

Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências

Mental health in primary attention: needed constitution of competences

Salud mental en atención primaria: constitución de competencias necesaria

Hilton Giovani Neves¹, Roselma Lucchese¹, Denize Boutelet Munari^{II}

¹Universidade Federal do Mato Grosso. Núcleo de Estudos em Saúde Mental. Cuiabá, MT

^{II}Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem. Goiânia, GO

Submissão: 17/06/2008

Aprovação: 06/02/2010

RESUMO

Um grande desafio aos serviços e profissionais de saúde é atender integralmente pessoas/famílias, criando espaços para a atenção à saúde mental no nível primário. Neste trabalho temos como objetivo refletir sobre a necessidade de constituição de novos saberes/fazeres para atenção à saúde mental na atenção primária, na perspectiva do referencial de competência. Ensaio elaborado a partir da constatação de pressupostos históricos que contextualizam a Estratégia de Saúde da Família e sua interface com os princípios da atenção psicossocial e algumas implicações na formação do enfermeiro diante dos propósitos teóricos do desenvolvimento de competência. Consideramos que para transformação da realidade com melhoria da atenção à saúde é preciso constituição de saberes/fazeres sincronizados com a atenção psicossocial e diretrizes do SUS.

Descritores: Programa Saúde da Família; Saúde mental; Educação em enfermagem.

ABSTRACT

The family/people integrally attention is one of health services and professionals challenges, creating spaces for mental health in the primary level health attention. The aim of this study is to reflect about the constitution necessity of new knowledges/dones to the mental health at the primary attention, taking as perspective the competence referential. Essay developed since the historical assumptions ascertains that contextualize the Family Health Strategy and its interfaces with the psychosocial principles and some nurse background implications since the competence development theoretical intentions. We consider that reality transformation, with the health attention improvement asks for knowledges/dones constitution that attends to the psychosocial attention and the Unique Health System rules.

Key words: Family Health Program; Mental health; Education, nursing.

RESUMEN

Un gran desafío a los servicios y profesionales de salud es atender integralmente personas/familias, creando espacios para la atención a la salud mental en el nivel primario. En este trabajo tenemos como objetivo reflexionar sobre la necesidad de constitución de nuevos saberes/haceres para atención a la salud mental en la atención primaria, en la perspectiva del referencial de competencia. Ensayo elaborado a partir de la constatación de presupuestos históricos que contextualizan la Estrategia de Salud de la Familia y su interface con los principios de atención psicossocial y algunas implicaciones en la formación del enfermero delante de los propósitos teóricos del desarrollo de competencia. Consideramos que para transformación de la realidad con mejoría de la atención a la salud es preciso constitución de saberes/haceres sincronizados con la atención psicossocial y diretrizes del SUS.

Descritores: Programa Salud de la Familia; Salud mental; Educación en enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Hilton Giovani Neves. Universidade Federal de Mato Grosso. Av. Fernando Corrêa da Costa, 2367. Bairro Boa Esperança. CEP 78060-900. Cuiabá, MT. E-mail: hgneves@terra.com.br

INTRODUÇÃO

As inúmeras mudanças que operam no campo das políticas e das práticas em saúde provocam a reflexão sobre o cotidiano dos serviços de atenção à saúde coletiva. Um dos desafios é ofertar atenção integral à saúde das pessoas, o que exige adoção de novas práticas para o cuidado em saúde, norteados pelos conceitos de autonomia e integralidade⁽¹⁾. Assim, a constituição de novos saberes e fazeres de cuidado em saúde é essencial, sobretudo, ao enfermeiro, que é um profissional presente nos cenários e equipes de atenção à saúde⁽²⁾.

Transportando essa necessidade para a área da saúde mental, deparamo-nos com um desafio, inerente ao processo de Reforma Psiquiátrica, por requisitar uma rede de assistência nos diversos níveis de atenção.

O processo de Reforma Psiquiátrica surge no contexto nacional a partir da década de 1980 do Século XX, como proposta à ruptura do modelo clínico-psiquiátrico centrado na referência hospitalar, em um processo de desconstrução e reconstrução da atenção a pessoa que sofre mentalmente. Assim, a atenção psicossocial nos remete a práticas de reinserção e permanência desse sujeito no convívio social, o que exige articulação da atenção primária com as novas propostas dos serviços substitutivos à hospitalização psiquiátrica⁽³⁾.

Tendo como política de efetivação das ações primárias de saúde no Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é para este dispositivo que direcionamos nossa reflexão, visto que, a atenção à saúde mental é reconhecida como real desafio no processo de efetivação da ESF, bem como na possibilidade de assistência integral aos diferentes sujeitos/famílias⁽⁴⁾.

Baseados nesse panorama é que apresentamos este ensaio cujo objetivo foi refletir sobre a necessidade de constituição de novos saberes/fazeres para atenção à saúde mental na atenção primária, na perspectiva do referencial de competência. A intenção é aprofundar e ampliar a discussão acerca dessa questão, construída com base nos pressupostos históricos que contextualizam a Estratégia de Saúde da Família e sua interface com os princípios da Reforma Psiquiátrica e algumas implicações na formação do enfermeiro diante dos propósitos teóricos do desenvolvimento de competência.

A competência referida é fundamentada na Pedagogia das Competências, que favorece a formação do profissional crítico, transformador da realidade social e agente de mudanças, que seja capaz de inovar e decidir no próprio local, com recursos que dispõem e com seus saberes em determinada situação⁽⁵⁾.

RESULTADOS

Contextualizando a ESF, Reforma Psiquiátrica e algumas considerações para formação do enfermeiro

A saúde no Brasil tem como modelo de atenção, historicamente predominante, a prática voltada para a doença, com foco hospitalocêntrico, uma relação mercantilizada entre médico e paciente. Modelo fortemente enraizado nos serviços de saúde e na população durante o período conhecido como "milagre econômico", perdurou de até final da década de 1970⁽⁶⁾. No mesmo período a formação do enfermeiro assumia, hegemonicamente, as

funções administrativas no contexto hospitalar, local ideal para a materialização do cuidar clínico, voltado para o indivíduo com ênfase na distribuição de tarefas e o cuidar curativo. O cuidado era centrado na recuperação do corpo individual, processo presidido pelo médico, detentor do saber clínico⁽⁷⁾.

O trabalho da enfermagem nesse campo era respaldado nos princípios de autoridade, disciplina, controle e o regime asilar na saúde mental, em franco processo hegemônico, cristalizava o preconceito com relação a doença mental tanto para os profissionais como para a sociedade⁽⁸⁾.

Apesar desse cenário instituído, a partir de 1983, movimentos de transformação, liderados por representantes da sociedade e políticos, iniciaram uma luta pelos direitos a cidadania, dentre eles à saúde. Pela primeira vez na história do país, a saúde teve seu panorama ampliado, sendo discutida como direito de todos e dever do estado, movimento denominado Reforma Sanitária⁽⁶⁾.

Evento político-sanitário mais importante da década, a VIII Conferência Nacional de Saúde reuniu intelectuais, profissionais e políticos da época, no qual foram lançados os princípios básicos para formação de uma nova política de saúde, com controle social, aumento dos recursos financeiros e aplicação do conceito ampliado saúde - clínica ampliada. Esse foi base para a nova constituição Federal, diretriz e princípios do Sistema Único de Saúde - SUS⁽⁹⁾, consolidado pelas leis 8080/90 e 8142/90.

Na mesma época, emergia no Brasil um movimento inspirado no modelo italiano de Franco Basaglia que discutia a saúde mental, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que unia de trabalhadores em saúde mental, usuários e familiares no questionamento da segregação da loucura, sob o lema, iniciando uma longa luta pela desospitalização do doente e pela busca de sua cidadania⁽³⁾.

A trajetória da conquista por melhorias na qualidade da assistência a usuários com transtorno mental foi marcada pela proposta do projeto de Lei nº 3657/89 de Paulo Delgado, propondo extinção progressiva dos manicômios, construção de serviços substitutos e regulamentando a internação psiquiátrica compulsória, movimento consolidado com aprovação da lei 10.216 de 6 de abril de 2001⁽²⁾.

Embora do início dos 80 até hoje tenham se dado amplas transformações políticas, culturais, sociais, administrativas e jurídicas no campo da saúde e da saúde mental, observamos que estas não foram suficientes para garantir a consolidação do SUS e da Reforma Psiquiátrica, por ser um processo social complexo, discutido em dimensões de ordem ideológicas, política e ética, que por sua vez, são entrecortadas por questões religiosas, cultural, morais⁽³⁾.

Apesar de todas essas características instituídas, as forças e movimentos instituintes conseguem um contraponto importante na construção dos valores e direitos da sociedade em muitos aspectos, mostrando contradições da realidade.

Essa afirmação fica mais clara, quando vemos o surgimento da ESF e a construção da Reforma Psiquiátrica, que se constituíram em um movimento de contrários, avanços e retrocessos, inerentes aos processos de transformação. A ESF concebida pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar as práticas assistenciais de saúde, tem como proposta, superar o modelo centrado na doença e no hospital, buscando a concepção de saúde focada no sujeito, família, comunidade e na melhoria da qualidade

de vida⁽¹⁰⁾.

Movimentos pretendentes a controlar a situação que o país enfrentava no início da década de 90, com desagradáveis indicadores de acesso e resultantes da atenção básica, significativas desigualdades regionais, tanto na oferta/acesso aos serviços de saúde, quanto nos investimentos e resultados, a ESF surge como proposta para inversão do quadro de iniquidade, ineficiência e inexistência de ações primárias, sobretudo, em áreas de risco⁽⁶⁾.

Como estratégia de atendimento, para atingir os objetivos do SUS, a ESF possibilita organização do trabalho, em que o enfermeiro exerce papel preponderante, desde o planejamento das ações até a assistência. A ESF possibilita ao enfermeiro organizar seu trabalho para além do cuidar clínico e curativo, instituído historicamente a sombra do modelo biomédico⁽¹¹⁾.

Por sua vez, na saúde mental a busca da efetivação de serviços substitutivos à hospitalização são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) presente nas práticas da Saúde Mental desde 1989, porém só instituídos pela portaria 224/92 e reestruturados pela 336/2002⁽³⁾. Dentre as características do CAPS que convergem com os pressupostos da ESF destacamos a territorialização, a responsabilidade pela demanda, a desinstitucionalização, o vínculo, o trabalho centrado na equipe multiprofissional, o foco de atenção no indivíduo/família/comunidade e um projeto terapêutico concebido com interação com recursos comunitários⁽¹²⁻¹³⁾.

Nesse sentido, a ESF e o CAPS embora tenham princípios e diretrizes que convergem para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica, não se concretizam na prática⁽¹³⁾. Na perspectiva de alguns pesquisadores^(4,11) embora seja estabelecida uma afinidade teórica entre os princípios e diretrizes desses serviços, no cotidiano, ambos trafegam na contramão desta tendência combinatória, por um hiato evidente entre a concepção e formação dos profissionais para a atenção em saúde mental que impõe obstáculos para um processo de transformação da assistência, inviabilizando práticas reabilitatórias.

Esse aspecto se agrava ao ser constatado que a saúde mental não é contemplada pelos programas prescritivos do MS para ações primárias de saúde, incluindo a ESF⁽¹⁴⁾. Estudo revelou que entre o que é pactuado pelas Gestões, nos relatórios que alimentam o Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB) e o que é instituído pelas equipes de Saúde da Família na promoção e prevenção de saúde, não há espaço para a saúde mental⁽¹³⁾.

Outros estudos^(11,15) apontam que o cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção primária tem se mantido na lógica da medicalização, hospitalização e fragmentação do sujeito, assim como, a valorização a assistência especializada, aspectos que reforçam dificuldades de rompermos com a lógica do trabalho em saúde centrado no médico, na doença e na fragmentação do sujeito.

Além disso, o caráter centralizador da própria política de saúde focada na execução dos programas pré-estabelecidos, atividades prescritivas e pré-formatadas, não permite um avanço de pensarmos as realidades locais, por não levar em conta a falta de estrutura física, organizacional, a heterogeneidade do país e da rotatividade, desqualificação, tipos de vínculos dos profissionais⁽¹⁶⁾.

Quanto à formação do enfermeiro, diante deste cenário de mudanças na área da saúde, verificamos que apesar de ter caminhado com as reformas sociais no campo da saúde, foi institucionalizado no bojo do processo de intensa divisão do trabalho

médico. O ensino tradicional e tecnicista foi muito presente na formação destes profissionais, o que reflete no descompasso entre o ensino e as práticas, de enfermagem em saúde mental e desses com as políticas de saúde atuais, que priorizam a atenção à pessoa em sofrimento psíquico na comunidade⁽¹⁷⁾.

De igual forma, é possível observar que embora as diretrizes da Reforma Psiquiátrica sejam contempladas nos planos de ensino das disciplinas de enfermagem em saúde mental, as atividades práticas nem sempre se dão no campo da atenção psicossocial, nos espaços comunitários e na atenção primária, sobretudo, nas relações/interações dos níveis de atenção que compõe a rede de serviços à saúde⁽¹⁸⁾.

Atenção à saúde mental na atenção primária: a necessária constituição de competências

Sem a pretensão de esgotar a discussão em torno do conceito de competências e, sobretudo, não negando a existência de divergências sobre o tema, faremos aqui uma contextualização pontual e parcial. Iniciaremos a abordagem da constituição de competências na enfermagem, especificamente, da atenção à saúde mental na atenção primária, reconstruindo o caminho relativo ao processo de formação do enfermeiro, partindo das necessidades de acompanhar as transformações ocorridas na saúde e sociedade a partir da década de 80 do século XX, até o ponto de introdução do termo 'competência' nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

As discussões acerca da necessidade de mudanças nos currículos de enfermagem iniciaram em 1994, evocadas a partir da nova forma de trabalhar o contexto saúde emergida com a Reforma Sanitária e efetivada com a Constituição Federal e leis orgânicas. Até então o currículo vigente era de 1972. Foram apresentadas propostas pela Associação Brasileira de Enfermagem Nacional (ABEn), a Portaria 1972/94 regulamentou o Currículo Mínimo de Enfermagem e realizou o primeiro Seminário Nacional Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil – SENADen quando foram apresentadas várias diretrizes que deveriam fazer parte da formação do enfermeiro. Com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB/96 estabeleceu-se as Diretrizes Curriculares como responsáveis pelas formações de nível superior⁽²⁾.

Estas aprovadas em 2001 pelo Ministério da Educação, passaram a ser o principal desafio das escolas de enfermagem por ter, entre seus fundamentos, a aproximação da formação dos alunos as diretrizes do SUS⁽²⁾. Assim, os currículos de graduação deveriam ser fundamentados no campo do saber da profissão de enfermagem, visando promover no aprendiz a competência para o desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e responsabilidade pela formação permanente; reconhecer a saúde e condições dignas de vida como um direito; assentar-se em conteúdos relacionados ao processo de saúde-doença do indivíduo, da família e comunidade, garantindo assim, a integralidade da assistência^(2,17).

Para atender esse desafio, reportamos-nos ao conceito de competência para o ensino de enfermagem, fundamentado na abordagem pedagógica por competência, na qual faz distinção do significado de competência e qualificação, esta última diz respeito a saberes e habilidades construídos socialmente, independente das condições de aplicação. Preocupa-nos a clarificação desta definição, visto que, o tema competência vem sendo discutido nas últimas três décadas, porém, mantém-se um conceito polissêmico, variando

seu significado segundo autor, setor e país⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Assim, definimos competência como a situação real de como as coisas se dão na prática, em um contexto, em que se estão inseridas⁽²⁰⁾. As competências vão se construindo mediante as situações práticas que nos são apresentadas com certa frequência⁽²²⁾, pois todas as ações humanas exigem algum tipo de conhecimento, superficiais ou profundos, que são originados da experiência pessoal, senso comum, cultura, pesquisas, entre outros⁽¹⁹⁾.

Nesse sentido, questionamos quais conhecimentos construímos quanto sobre a saúde mental na atenção primária, que local de determinação social ele ocupa, uma vez que, a frequência desta prática em saúde é limitada e, historicamente ela sempre foi tratada de forma apartada das demais práticas de saúde e social.

Tendo em vista que a saúde mental sempre foi concebida como especialidade, focada em recursos terapêuticos historicamente dados no campo institucionalização, a inclusão dela no PSF pode ser caracterizada como uma situação-complexa ou situação-problema a ser superada. Assim, que experiência acumulada dispomos para construir competências para lidar com a saúde mental no campo da atenção primária?

Considerando que situação-problema é aquela que propõe uma tarefa, que mobiliza no sujeito recursos, ativa esquemas (hábitos, organização de vida, que pautam nossa conduta) e o conduz a tomar decisões no sentido de solucionar problema de maneira crítica e criativa⁽²²⁾, um profissional competente é aquele que sabe administrar a tal situação-complexa, agindo e reagindo com pertinência, combinando recursos e mobilizando-os num contexto, transpondo recursos, aprendendo a aprender a aprender e envolver-se. Assim, ele se vê diante de uma situação que o desafia para uma realização, formula hipóteses e julgamentos, compromete-se com a resposta, decide e age⁽⁵⁾.

Na saúde mental as situações mais complexas localizam-se na atenção territorial, são as que precisam de mais monitoramento, atenção e responsabilidade profissional. Esta é uma lógica inversa a da saúde em geral que têm seus procedimentos de alta complexidade nos hospitais, enquanto em hospitais psiquiátricos as ações fundamentam-se em isolar, medicar, vigiar⁽¹⁰⁾. Podemos dizer que atender o indivíduo com transtorno mental e família na ESF configura-se em uma situação-complexa⁽¹¹⁾. Assim sendo, responsabiliza o profissional enfermeiro a tomar uma decisão, e desencadear todo um processo de mobilização de recursos para a solução desta situação.

O repertório de recursos que o profissional conta, para atender a pessoa em sofrimento psíquico é constituído de saberes/fazeres pertinentes ao que ele vivenciou até o momento, tanto na sua formação, quanto na vida social. Muitas vezes, seus registros, especificamente relacionados a formação, são a partir de referenciais construídos no contexto do modelo biomédico⁽¹⁷⁾ que perpetua a lógica de asilamento e distância desses sujeitos do nível de atenção primária à saúde.

Para superar esse modelo arraigado na formação e nas práticas dos profissionais, precisamos desenvolver no profissional de saúde habilidades para saber/fazer: acolhimento, escutar as pessoas, incluí-las nas atividades coletivas⁽¹⁰⁾; exercer a "expressão 'responsabilizar-se' pelas pessoas que estão sendo cuidadas" para estruturar vínculos afetivos e de compromisso no processo de ajuda à pessoa em sofrimento psíquico e família⁽³⁾.

É fundamental ainda romper barreiras para que as equipes de CAPS e ESF trabalhem juntas, em sincronia com a atenção psicossocial, sobretudo a equipe de saúde mental contribuir nas capacitações dos profissionais da atenção básica⁽¹⁰⁾, pois, há premência no investimento em profissionais, centrando o desenvolvimento de habilidades para lidar com a afetividade e a subjetividade das pessoas⁽⁴⁾. Finalmente é urgente a construção de projetos terapêuticos focados no diálogo e encontro entre o profissional, usuários e serviços de saúde, em um contexto que considere elementos do conhecimento do profissional e da pessoa a que se direciona o tratamento, suas expectativas, desejos, vivências e sofrimento⁽¹⁰⁾.

Assim, consideramos que estes são alguns recursos a constituírem as competências na atenção à pessoa em sofrimento psíquico/família, que merecem mais atenção dos profissionais que estão na ponta de atendimento e na gestão dos serviços, bem como daqueles que formam novos profissionais a cada ano. Então, a transformação da realidade e a melhoria da atenção, passa necessariamente pelo desenvolvimento dessas competências, o que sinaliza que a responsabilidade e desafio é de todos que compõe essa rede de serviços de atenção a saúde e formação de recursos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo de refletir sobre novos saberes/fazeres do enfermeiro para atenção à saúde mental na atenção primária e o desenvolvimento de competências para atender a saúde mental na ESF, acreditamos que estas devam ser constituídas a partir de novos saberes e fazeres em sinergia com o modelo psicossocial. Esse, na nossa perspectiva é um caminho para romper com o modelo biomédico, embora esse seja complexo e ainda em construção.

Esse movimento requer mudanças e o manejo de resistências tanto na atenção em saúde, quanto no ensino de enfermagem. Vale destacar que esse é um processo dialético, pois ao mesmo tempo em que lutamos contra práticas tradicionais de saúde, as legitimamos mantendo as condutas tecnicistas, curativas e o modo burocrático de gestão. As transformações são percebidas na Constituição, Leis, Resoluções, LDB, Diretrizes Curriculares Nacionais, implementação da ESF e dos serviços substitutivos na atenção à saúde mental. Em contrapartida, alguns entraves devem ser superados, como o modo rígido e formatado de gestão da ESF por meio de execução de programas prescritivos; a complexidade da implantação do processo de Reforma Psiquiátrica e as dificuldades da sua sustentação se não estiver sintonizado com os dispositivos de atenção primária, e ainda a necessidade de formação de uma rede de atenção e integração entre os serviços.

Entendemos que o impacto da ESF na saúde das pessoas será relevante a partir da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde, dentre elas, a rede de serviços de atenção à saúde mental.

Pensando na ampliação da atuação do enfermeiro com a criação da ESF, na sua vinculação com a atenção primária e a busca da integralidade da atenção da pessoa e família, o desafio é incluir em sua prática ações de saúde mental, em um contexto de distanciamento histórico saúde mental X atenção primária.

Esse processo indica a necessidade de mudanças no ensino e na prática, constituídas a partir do desenvolvimento do saber/fazer

que consolidem as diretrizes do SUS e atenção psicossocial. Considerando que o direcionamento das Diretrizes Curriculares Nacionais sinalizam para a enfermagem os avanços esperados na formação do profissional autônomo, responsável pelo próprio aprendizado contínuo, ator das transformações no contexto da saúde e social, instala-se também o desafio de renovar a capacidade do corpo docente na superação de modelos tradicionais de ensino.

O cenário ideal para constituição de novas competências para atuar nessa realidade é o cotidiano da atenção básica. Assim, é no

campo da prática que muitas transformações estão acontecendo e que oferece dados de realidade a serem superados e recriados. Tendo em vista que para o desenvolvimento de competências o contexto é essencial, eis o grande desafio para os serviços e instituições de ensino de prover condições para que os profissionais da prática e em formação possam operar transformações. Essas requerem saltos de qualidade que provoquem ruptura com o modelo hegemônico, que só poderão acontecer se pensados e estruturados em cenários reais.

REFERÊNCIAS

1. Akerman M, Feuerwerker L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidade o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: Campos WSC, Minayo MCS, Akerman M, Drumand Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 171-86.
2. Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier LM, Fernandes JD et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. Rev Bras Enferm 2007; 60 (6):627-34.
3. Amarante P. Saúde mental e a atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde mental no programa de saúde da família: conceitos dos agentes de comunitários sobre o transtorno mental. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4):567-72.
5. Le Boterf G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed; 2003.
6. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra, RC. Atenção primária à saúde e estratégia da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnio M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
7. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.15-26.
8. Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(3):441-9.
9. Ramminger T. Trabalhadores de Saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2006.
10. Lancet A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos WSC, Minayo MCS, Akerman M, Drumand Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-34.
11. Brêda MZ, Rosa, WAG, Pereira MAO, Scatena MaCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(3):450-2.
12. Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. Rev Eletrôn Enferm 2003; 59(2): 71-7.
13. Oliveira AGB, Vieira MAM, Andrade SMR. Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d água; 2006.
14. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. A saúde mental no programa de saúde da família. In: Anais do 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2007, Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: ABEn-SC; 2007.
15. Buchele F, Laurindo DLP, Borges VF, Coelho EBS. A interface da saúde mental na atenção básica. Cogitare Enferm 2006; 11(3): 226-33.
16. Merhy EE, Franco TB. PSF - contradições de um programa destinado a mudança do modelo assistencial. In: Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública. 1999; Águas de Lindóia (SP), Brasil. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 1999.
17. Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo; 2005.
18. Munari DB, Godoy MTH, Esperidião E. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Esc Anna Nery Rev Enferm 2006; 10(4):684-93.
19. Perrenoud P. Construindo as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999.
20. Lucchese R, Barros S. Pedagogia das competências - um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem - uma revisão de literatura. Acta Paul Enferm 2006; 19(1): 92-99.
21. De Domenico EBL, Ide CAC. Referências para o ensino de competências na enfermagem. Rev Bras Enferm 2005; 58(4): 453-7.
22. Macedo L. Situação-problema: forma e recurso de avaliação, desenvolvimento de competências e aprendizagem escolar. In: Perrenoud P, Thurler MG. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 113-35.