



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

DÉBORA SIMONE ARAÚJO WANDERLEY

PREVENÇÃO DO SOFRIMENTO MENTAL NA SAÚDE PÚBLICA

**CAMPINA GRANDE
2022**

DÉBORA SIMONE ARAÚJO WANDERLEY

PREVENÇÃO DO SOFRIMENTO MENTAL NA SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carla de Sant'Ana Brandão Costa

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

W245p Wanderley, Debora Simone Araujo.
Prevenção do sofrimento mental na saúde pública
[manuscrito] / Debora Simone Araujo Wanderley. - 2022.
61 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Carla Sant'Ana Brandão Costa, Departamento de Psicologia - CCBS."

1. Saúde mental. 2. Promoção da saúde. 3. Atenção integrada em saúde. I. Título

21. ed. CDD 613

DÉBORA SIMONE ARAÚJO WANDERLEY

PREVENÇÃO DO SOFRIMENTO MENTAL NA SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: 23/03/2022.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Carla de Sant'Ana Brandão Costa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Valéria Moraes da Silveira Sousa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial	15
------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1	Atenção básica à saúde nos debates globais	8
2.2	Atenção básica, atenção especializada e atenção integral à saúde no Brasil	10
2.2.1	<i>Rede pública de saúde mental</i>	14
3	METODOLOGIA	17
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
4.1	Caracterização da amostra	20
4.2	Os profissionais de saúde, as práticas preventivas e a organização do trabalho multiprofissional em saúde mental	20
4.3	Considerações dos profissionais de saúde sobre as pessoas em sofrimento mental, o trabalho em rede e as condições de trabalho	30
5	CONCLUSÃO	42
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	50
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	51
	ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS (TCPR)	52
	ANEXO B - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA	53
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
	ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)	56
	ANEXO E- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)	57
	ANEXO F – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	58
	AGRADECIMENTOS	61

PREVENÇÃO DO SOFRIMENTO MENTAL NA SAÚDE PÚBLICA

Débora Simone Araújo Wanderley

RESUMO

Entendendo a saúde como um conceito amplo e que envolve múltiplos fatores, é possível considerar que a prevenção do sofrimento mental está ligada a aspectos ambientais, sociais e à atenção integral à saúde. O presente trabalho teve como objetivo conhecer a percepção dos funcionários de um serviço de saúde mental em relação às práticas para prevenção ao sofrimento psíquico, tendo em vista a grande importância da atenção básica, bem como a escassez de ofertas de serviços voltados à saúde mental nesse campo. Como base teórica foram utilizados documentos norteadores das práticas em saúde pública e estudos sobre promoção de saúde e prevenção do sofrimento mental. O público entrevistado foi composto pelos funcionários de um ambulatório de saúde mental voltado a pessoas em sofrimento mental de leve a moderado. A coleta de dados foi feita por meio de um roteiro de questões sociodemográficas e de um roteiro de entrevistas semiestruturado. Com essa pesquisa foi possível conhecer como os funcionários compreendem a prevenção, como atuam nesse aspecto e como o ambulatório se insere na Rede de Atenção Psicossocial do município. Foi possível perceber que as principais atividades de prevenção exercidas no local são a escuta e o acolhimento, e a inserção na RAPS é marcada principalmente pelo compartilhamento de valores e por encaminhamentos. A maior dificuldade encontrada pelos profissionais é a alta demanda ocasionada pela centralização dos atendimentos de pessoas em sofrimento mental leve a moderado.

Palavras-chave: Saúde mental. Promoção da saúde. Atenção integrada em saúde.

ABSTRACT

As health can be understood as a wide concept that involves multiple factors, it is possible to consider that the prevention of mental suffering is connected to environmental and social aspects, and to integrated health care. The present research aimed to understand the perception of workers at a mental health service in regards to their mental suffering prevention practices, bearing in mind the great importance of basic health care, as well as the shortage of attention offers in this field regarding mental health. As theoretical bases, guidelines of public health practices and studies about health promotion and mental suffering prevention were used. The interviewed public was comprised by the employers of a mental health ambulatory focused on people in mild or moderate mental suffering. The data collection was made through a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview script. It was possible to get to know how mental health workers understand prevention, how they act in this regard and how the ambulatory is situated at the municipal Psychosocial Attention Network. It was possible to notice that the main prevention activities in the ambulatory are listening and welcoming, and the insertion of the service at the Psychosocial Attention Network is marked specially by the mutual values and the referrals to other services. The biggest difficulty mentioned by the professionals is the high demand, occasioned by the centralization of services to people in mild to moderate mental suffering.

Keywords: Mental health. Health promotion. Integrated health management.

1 INTRODUÇÃO

Desde o final da Segunda Guerra Mundial discute-se a importância de garantir direitos básicos que formalizassem como dever das nações a promoção de dignidade humana. É possível considerar a existência de uma relação dialética entre a dignidade humana e a saúde, pois não é possível conceber a existência de condições de saúde dissociada de condições de dignidade humana. A Organização Mundial da Saúde (OMS) postula a saúde através de um clássico conceito: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Apesar de ser amplamente criticado, esse conceito foi considerado inovador na época de sua criação por romper com a lógica de saúde enquanto oposição à doença.

A partir desse debate, tornou-se possível, então, pensar nos conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças, que se constituem como bases da saúde pública brasileira. A promoção de saúde é definida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como “uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde.” (BRASIL, 2012, p. 29).

Czeresnia e Freitas (2009) acrescentam que as ações de promoção de saúde são voltadas a um grupo heterogêneo de pessoas com o objetivo de facilitar a construção de hábitos e realidades sociais mais saudáveis, enquanto a prevenção é normalmente mais voltada a grupos em risco de algum tipo de adoecimento, e tem como objetivo evitar ou diminuir as chances de que isso aconteça, minimizando a exposição a fatores de risco.

Tendo em vista essas discussões, a presente pesquisa teve o objetivo de conhecer a percepção dos funcionários de um ambulatório de saúde mental em relação às práticas para prevenção ao sofrimento mental. Buscou-se, então, conhecer as atividades realizadas pelo serviço, compreender a importância atribuída pelos funcionários a essas atividades e os desdobramentos interventivos realizados em casos de adoecimento mental crônico/grave ou persistente.

A escolha do tema se deu por considerar-se o acolhimento inicial em saúde mental de extrema importância para processos de conscientização, promoção de saúde e prevenção de sofrimento e agravos de quadros de adoecimento mental. Além disso, também considerou-se relevante conhecer um serviço que fosse porta de entrada para que quem o buscasse pudesse ser acolhido e encaminhado ao espaço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) mais adequado a prestar o cuidado necessário para cada usuário. O local da pesquisa foi escolhido,

então, por ser uma porta de entrada para pessoas em sofrimento mental, sem que haja a necessidade de encaminhamento prévio ou de marcação de horário para o acolhimento inicial, possibilitando à população a busca de ajuda no momento da necessidade. O serviço de saúde no qual a pesquisa foi realizada é um dos únicos com tal característica na cidade de Campina Grande e foi criado no início de 2020, tornando ainda mais relevante a investigação sobre suas características a partir das narrativas dos profissionais atuantes.

A assistência à saúde mental no serviço público também foi priorizada na busca do local para a pesquisa pela importância social da democratização do cuidado neste âmbito. Nesse sentido, concebeu-se a promoção de saúde mental e a prevenção do sofrimento nesse aspecto como uma necessidade básica e um direito humano fundamental e como requisito para manutenção da saúde de forma geral, através de um ponto de vista holístico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção básica à saúde nos debates globais

Ao longo da história é possível perceber uma crescente ênfase dada à atenção básica pelas autoridades globais de saúde e de direitos humanos, sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial, quando se percebeu a necessidade de estabelecer formalmente os direitos humanos fundamentais a serem garantidos (RODRIGUES, 2019). Esse processo culminou na elaboração de importantes documentos, sendo o primeiro deles a Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948. O artigo 25 dessa declaração trata sobre a saúde, afirmando que cada país deve trabalhar para garantir, além da atenção em saúde democratizada, o acesso a outros recursos que sirvam para a manutenção do bem estar humano durante toda a vida (ONU, 1948).

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, de acordo com Gondim et al. (2011), foi um marco para as políticas de saúde mundiais ao tratar sobre cuidados primários em saúde, pois coloca a saúde como principal meta social mundial e reconhece que diversos outros setores estão envolvidos na garantia desse direito. Trata, ainda, da importância e do direito da participação popular na gestão das decisões na saúde pública e aponta diversas justificativas pelas quais a saúde deve ser priorizada pelos governantes. Descreve, também, como devem ser as políticas de atenção primária à saúde (ONU, 1978). Em complemento ao que é dito por Gondim e seus colaboradores, Pires-Alves e Cueto (2017) percebem essa Declaração como o

fechamento de um ciclo dos desdobramentos do pós guerra, que viria a ser substituído pelo neoliberalismo.

Por sua vez, a Carta de Ottawa (ONU, 1986) é considerada por López-Fernández e Hormazábal (2017) uma necessidade frente às políticas neoliberais que se estabeleciam naquele período e subestimavam a importância da saúde como um direito público e social. Esse documento relata a falha de declarações anteriores sobre o tema em considerar mais amplamente a realidade dos países mais desenvolvidos e se propõe a responder as demandas dos demais territórios. Tem como foco a importância da promoção de saúde em diversos níveis. Desse modo, reafirma que a saúde deve ser base para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e é preciso que as ações nesses outros âmbitos também sejam promotoras de saúde.

Por fim, em 2019, foi lançada pela ONU uma declaração política de comprometimento global com a saúde denominada “Atenção primária em saúde no caminho para a Cobertura Universal em Saúde” (ONU, 2019). Nesse texto, enfatiza-se novamente a importância de um bom sistema de saúde para o desenvolvimento econômico, ambiental e social de um país. Além disso, tenta-se incentivar uma boa cobertura universal de saúde até 2030, e para que essa cobertura atinja também os países menos desenvolvidos e os grupos minoritários, a ajuda mútua entre as nações é colocada como uma importante ferramenta.

Comparado aos documentos anteriores, portanto, é possível observar nessa declaração uma abordagem mais equitativa sobre a atenção à saúde, considerando a priorização de grupos mais vulneráveis e o incentivo ao protagonismo e ao empoderamento desses grupos.

Entretanto, a ênfase no processo denominado UHC (Universal Health Coverage, que pode ser traduzido como Cobertura Universal de Saúde), conforme foi discutido no processo de escrita do documento, é considerada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pelo Conselho Nacional de saúde (CNS) insuficiente no Brasil, pois essa iniciativa não distingue se a cobertura integral deve ser por meio de recursos públicos ou privados, e acaba por causar uma “desresponsabilização de governos e o fornecimento de mínimos e de cestas” (FIOCRUZ; CNS, 2018, p. 5), incorporando uma perspectiva da saúde como um ato de benevolência, e não uma obrigação por parte do poder público, favorecendo assim a manutenção de desigualdades sociais (FIOCRUZ; CNS, 2018). Essa perspectiva relaciona-se com o que foi dito por Pires-Alves e Cueto (2017) sobre a declaração de Alma-Ata ser o fechamento de um ciclo que, ao ser encerrado, dá lugar à perspectiva neoliberal. A partir de então, a democratização do acesso aos direitos fundamentais fica em segundo plano em

relação aos interesses de mercado, tornando até mesmo a saúde um produto a ser comercializado.

Inúmeros exemplos disso podem ser encontrados na análise do manejo da pandemia no Brasil, em que os *lockdowns* foram evitados em nome da proteção econômica, conforme indica o jornal Brasil de Fato (2021), relatando a pressão dos empresários pernambucanos pela reabertura do comércio no pico de contaminações por COVID-19 no ano de 2021. Essa dificuldade também atinge os pequenos empreendedores, que dependem de negócios abertos ao público para sobreviver.

Para contornar as dificuldades, contudo, estratégias como as vendas pela internet mais que dobraram no período de pandemia, de acordo com o jornal Infomoney (2021). Além disso, Reyes Junior et al. (2021) sugerem que o paradigma entre economia e saúde se tornou apenas uma ferramenta no conflito entre os governos estaduais e o Governo Federal.

Na tentativa de remediar a ameaça de crise econômica, o Governo Federal criou o Auxílio Emergencial, que inicialmente consistia em uma ajuda de custo para pessoas em situação de vulnerabilidade social e no início teve valor de R\$ 600 ao mês, concedido a pessoas com renda familiar mensal de até meio salário mínimo ou renda familiar mensal total de até três salários mínimos (UNICEF, 2020). Esse auxílio foi renovado algumas vezes, com algumas mudanças e, em 2022, varia entre R\$ 150 e R\$ 350 por mês, dependendo do perfil familiar, durante quatro meses (BBC NEWS, 2022).

De acordo com o portal de notícias BBC News (2021), entretanto, considerando os preços no Brasil, o salário mínimo ideal seria de aproximadamente R\$ 6 mil. Isso demonstra que o argumento do governo federal de sacrificar medidas de saúde pública em nome da economia, até o momento, tem apenas piorado a situação tanto de saúde quanto social dos brasileiros, agravando a desigualdade e impondo dificuldades ao acesso e até mesmo à implementação de políticas de saúde.

2.2 Atenção básica, atenção especializada e atenção integral à saúde no Brasil

No Brasil, a Atenção Básica teve origem na década de 1920 e tinha o propósito de promover ações de saúde pública voltadas ao controle de doenças, levando em conta a base territorial e ações domiciliares e comunitárias. Aos poucos, sobretudo com o surgimento dos documentos norteadores globais, o conceito de atenção básica foi ampliado (GONDIM et al., 2011).

O modelo brasileiro de saúde atual é resultado, principalmente, da Reforma Sanitária, que teve o objetivo colocar em prática essas diretrizes globais construídas após a Segunda Guerra Mundial. Dessa forma, esse modelo tem como base o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986. De acordo com ele, os principais temas tratados na conferência foram a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor (BRASIL, 1986). Esses temas foram considerados para a construção dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e das leis 8.088/1990¹ e 8.142/1990², dentre outros documentos.

A Constituição Federal de 1988 é considerada o documento fundador do atual sistema público de saúde brasileiro, pois, pela primeira vez no Brasil, coloca a saúde como um direito humano e dever do Estado. Isso refletiu o caráter de resistência da nova constituição em contraponto à Ditadura Militar que se encerrava, durante a qual houve extrema repressão dos direitos civis.

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Posteriormente, a Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990)¹ estrutura com mais detalhes o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse documento são encontrados normas, princípios, diretrizes e valores do SUS, assim como todas as suas atribuições, em um primeiro momento. Posteriormente essa lei foi complementada por outras, como a Lei 8.142/1990², as constituições estaduais, as leis orgânicas municipais, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), entre outras (LOBATO, 2000). Trataremos aqui de algumas que se destacam no campo da prevenção.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), promulgada em 2006 e ampliada em 2014, explica e organiza a atenção básica no Brasil, na tentativa de consolidar uma política de promoção de saúde. Esse documento afirma que:

“A promoção da saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e

¹ Lei 8.080/1990: Trata sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, além de organizar o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 1990).

² Lei 8.142/1990: Fala sobre o financiamento do sistema de saúde e o modelo de gestão. Destaca-se o modelo de gestão participativa, no qual a comunidade é inserida ativamente (BRASIL, 1990).

comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem.” (BRASIL, 2014, p. 11).

A partir dessa premissa, a PNPS define os valores, princípios, objetivos e diretrizes para o funcionamento dos serviços de promoção à saúde, sempre voltados a conceitos socialmente abrangentes e comuns a todos os serviços do SUS, que têm a intenção de democratizar o acesso à saúde no Brasil. Além disso, define diretrizes e temas que devem ser observados nas práticas de promoção à saúde, os papéis do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde e a forma de financiamento dessa política. O incentivo à autonomia, ao empoderamento, às práticas sociais e culturais, ao debate e à participação popular são pontos importantes da PNPS, que buscam proporcionar ferramentas à população para o enfrentamento dos determinantes sociais à saúde (BRASIL, 2014).

De acordo com Campos (2011), entretanto, é possível perceber que essa política não se efetivou no campo da saúde mental, já que a atuação dos serviços de atenção básica em relação a pessoas em sofrimento emocional é apenas realizar acolhimento inicial e, quando possível, encaminhar ao CAPS, no qual será fornecida atenção especializada. Quando o usuário não apresenta transtornos instalados, graves o suficiente para serem encaminhados ao CAPS, não há o que se fazer, pois a rede de saúde brasileira não engloba esse público. De fato, a Lei 10.216/2001 é explícita ao estabelecer os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, bem como a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde direcionadas a este público, deixando de fora as pessoas em condição de sofrimento mental que não tem diagnóstico de transtorno.

Malta et al. (2018) avaliaram as mudanças ocasionadas pela revisão da PNPS e, no campo da saúde mental, citam apenas iniciativas no campo do combate ao abuso de álcool e drogas, acompanhando uma tendência da OMS, mas ainda de forma muito tímida, segundo os autores.

Essa lacuna na RAPS se agravou com a publicação da Nota técnica nº 3/2020 (BRASIL, 2020), que extingue o NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), e institui o Programa Previne Brasil, no qual os serviços de atenção primária têm autonomia para compor as equipes. Na prática, isso significa um golpe à atenção básica em saúde mental, uma vez que o NASF era o único espaço desse nível de assistência no qual o psicólogo fazia parte da equipe mínima. Com a perda desse serviço e a redução dos profissionais de psicologia, os programas de atenção básica diminuiram as ações que envolvem a saúde mental e, conseqüentemente, o acesso da população a esse serviço de acolhimento foi dificultado,

restando apenas iniciativas eventuais, que recebem poucos investimentos e nem sempre se relacionam fortemente com os outros serviços da Rede.

Após 2016, com a ascensão do neoliberalismo no Brasil, aconteceu também o congelamento de gastos públicos em saúde e educação por vinte anos, através da Emenda Constitucional 95/2016 e, pouco depois, em 2017, foi instituída a Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que consiste no:

“conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017, art. 2º).

Embora essa nova política conserve os princípios fundamentais do SUS e da atenção integral à família, já tradicionais, foi amplamente criticada por aprofundar a estratificação dos níveis de saúde ao reestruturar a atenção básica ao mesmo tempo em que incentiva a lógica hospitalocêntrica e abre brechas para a privatização do setor de saúde brasileiro. Além disso, a política também permite a flexibilização de equipes mínimas e das jornadas de trabalho, o que implica em serviços de saúde menos diversificados em especialidades profissionais (FERREIRA; LADEIA, 2018).

Sendo assim, a *atenção primária à saúde*, ou *atenção básica*, é considerada, no modelo do SUS, uma porta de entrada para os usuários do sistema de saúde brasileiro. Desse modo, desde a década de 1990, através do princípio de integralidade do SUS postulado na Lei 8080/1990, pensou-se em uma rede de saúde integrada, porém ainda com uma perspectiva hierárquica entre os níveis de atenção.

Cecilio e Reis (2018) salientam a tendência ao uso dos termos *atenção primária* e *atenção básica* como sinônimos, afirmando que o primeiro termo é o mais utilizado a nível mundial e carrega a ideologia de uma hierarquização do sistema de saúde. No Brasil, entretanto, *atenção básica* tem sido a expressão mais utilizada nos documentos norteadores e dá ideia de um sistema mais resolutivo e menos dependente, que está ligada a um modelo de cuidado integral à saúde, embora se considere que esse modelo não foi atingido no país.

Cuidado integral é um conceito extremamente amplo que, tanto nos textos elaborados pelo Ministério da Saúde (MS) quanto na literatura é analisado sob diferentes perspectivas. Na Lei 8.080/1990, a integralidade é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, art. 7º). Essa definição destaca

a associação de diferentes níveis de atenção para observar as necessidades tanto coletivas quanto de grupos individuais, tratando o princípio da integralidade por uma perspectiva do público alvo das ações do SUS. No glossário temático do MS, esse princípio é definido como o “conjunto de ações interligadas que perpassam todos os níveis de atenção à saúde, considerando a integralidade do sujeito e envolvendo os setores que intervêm nos determinantes sociais da saúde” (BRASIL, 2012, p. 20). Essa conceituação inclui também uma perspectiva do olhar integral direcionado a cada sujeito, o que se relaciona com os modelos de atenção que serão tratados mais adiante.

Cecilio e Reis (2018) também afirmam que os serviços de atenção básica atendem o princípio da equidade, mas o cuidado integral nesse nível de atenção é comprometido em função da alta demanda de atendimentos. O recebimento de uma grande quantidade de pessoas, por si só, é um fator positivo, mas muitas vezes percebido pelos gestores de forma limitadora, conforme percebem os autores.

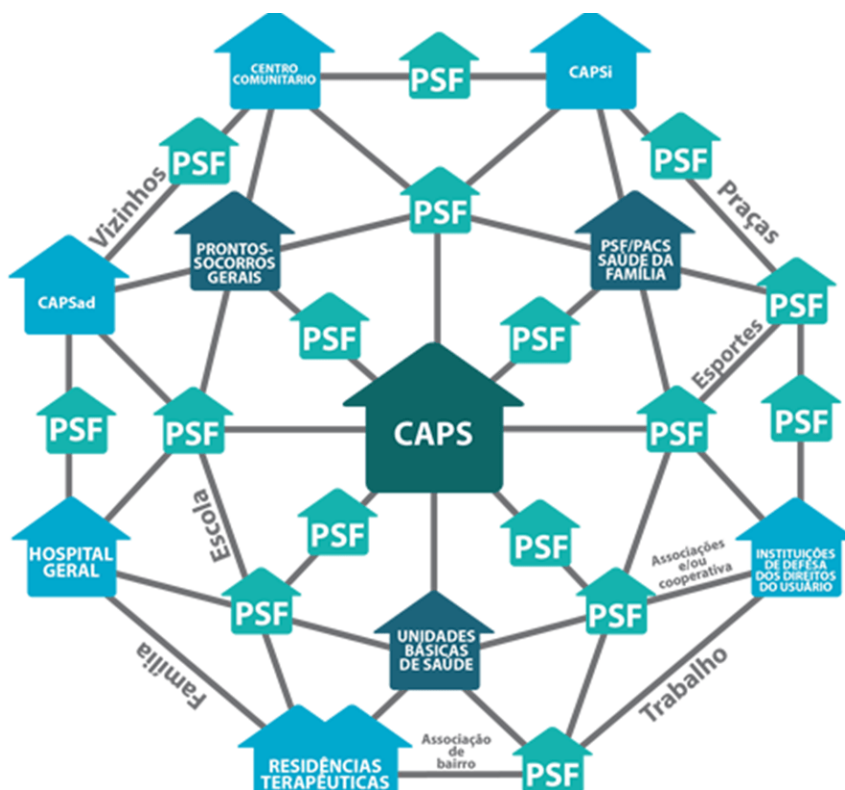
Sendo assim, apesar da atenção básica ter um papel norteador e organizador das políticas de saúde brasileiras, os recursos tecnológicos desses serviços frequentemente não atendem aos objetivos de resolutividade, isto é, não são suficientes para cumprir os objetivos a que os serviços se propõem na escala necessária. Desse modo, é preciso repensar a distribuição de recursos destinados à RAPS no Brasil, que perpetuam uma lógica fundamentalmente curativa, não incorporando uma cultura de promoção de saúde ou serviços bem estabelecidos de acolhimento ao sofrimento inicial, em parte por essa dificuldade de alcance de objetivos.

2.2.1 Rede pública de saúde mental

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), promulgada através da Lei 10.216, em 06 de abril de 2001, tem o objetivo de estabelecer direitos para as pessoas portadoras de transtornos mentais e um modelo de tratamento pautado na inserção social e no protagonismo das pessoas assistidas (BRASIL, 2001).

Essa lei é considerada uma grande conquista da reforma psiquiátrica no Brasil por colocar a internação involuntária ou compulsória como último recurso, priorizando um tratamento mais humanizado, de base comunitária, no qual o sujeito permanece socialmente inserido e se envolve ativamente no próprio processo terapêutico. Dessa forma, compreende-se que a pessoa em sofrimento mental, depois dessa lei, não necessariamente deixa de ter controle sobre a própria vida no momento em que se dispõe ao tratamento.

Figura 1: Fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: JP NEWS (2020).

De acordo com Cardoso et al. (2014), a Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, que também ocorreu em 2001, teve um papel fundamental para o estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como principais serviços substitutivos aos manicômios. Além disso, tratou-se também sobre a gestão, a fiscalização, a progressiva redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e sobre a construção de uma política semelhante voltada aos usuários de álcool e outras drogas, solidificada com a portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

Apesar de os CAPS se constituírem como uma das maiores conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, a iniciativa isolada não é suficiente para arcar com toda a assistência das pessoas em sofrimento mental. Para Luzio e Yasui (2010), por exemplo, o que aconteceu na realidade foi que, “transformada em um texto tímido, a lei [10.216/2001] aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas acena para uma proposta de mudança do modelo assistencial” (p. 22). Os autores enfatizam que, de acordo com o texto aprovado, os hospitais psiquiátricos continuam sendo parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Isso faz com que o novo modelo de atenção à saúde mental

ainda apresente resquícios da lógica manicomial, embora esse não seja mais o principal espaço de tratamento da rede.

Por outro lado, Silva et al. (2019) observaram que, de 2009 a 2019 houve uma redução significativa nas hospitalizações psiquiátricas, sendo 82% delas em situações de urgência. Entretanto, foi possível perceber também a volta progressiva de uma mentalidade pré-reforma psiquiátrica. De acordo com Guimarães e Rosa (2019), em 2019 ocorreu o ápice desse retrocesso, a partir da publicação da Nota Técnica nº 11/2019, que retoma e/ou institui práticas como:

“Internação, inclusive de crianças e adolescentes, em hospitais psiquiátricos considerados espaços privilegiados de cuidados, contrapondo-se com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), (...); a legitimação das comunidades terapêuticas como local estratégico no “tratamento” de pessoas em consumo de SPA [Substâncias Psicoativas], desqualificando as estratégias de redução de danos; a previsão de financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia” (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 130).

Os autores discutem também que a nota ataca princípios e conquistas importantes do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, como a redução de danos, a clínica ampliada e os CAPS. Barcellos et al. (2011), por sua vez, afirmam que as Comunidades Terapêuticas – instituições de tratamento em que as pessoas ficam internas e que costumam ter forte cunho religioso – violam direitos humanos como a liberdade, especialmente liberdade religiosa, por impor trabalhos, rotinas, práticas religiosas e cumprimento de determinadas regras de forma compulsória, o que também vai contra a ideia de promoção da saúde como um cuidado integral, centrado e incentivador à autonomia.

Além dessas discussões, retomando a Lei 10.216/2001, a criação dos CAPS não resolve a falta de estrutura na atenção básica para acolher pessoas em sofrimento mental momentâneo ou com transtornos leves, de acordo com a portaria nº 336/2002:

“As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental [...] e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (BRASIL, 2002, art. 1º).

Sendo assim, com a superlotação desses espaços com os casos graves e persistentes, que são priorizados, até a criação do NASF não existiam espaços especializados em acolhimentos no momento da necessidade ou de casos leves na RAPS. Apesar de considerados leves, entretanto, esse tipo de adoecimento causa sofrimento significativo e que

tem o potencial de evoluir para casos graves e persistentes. Com a dissolução do NASF, esse tipo de acolhimento se tornou escasso no Brasil e os serviços de plantão psicológico em Clínicas-Escola de Psicologia, nas universidades, se destacam por acolher uma grande demanda de pessoas em sofrimento mental que não encontram espaço na RAPS.

Atualmente, o serviço de plantão psicológico é um dos mais recorrentes em cursos universitários de psicologia e consiste em uma modalidade clínica de escuta em momentos de crise. Essa forma de atuação tem como premissa o acolhimento aberto à comunidade em situações nas quais as pessoas se sintam emocionalmente fragilizadas e queiram buscar um atendimento imediato – o que não substitui um acompanhamento psicoterapêutico, mas apresenta uma proposta diferente e complementar (REBOUÇAS; DUTRA, 2010). Há também a proposta de ampliar a atenção à saúde mental na esfera pública, atendendo um maior número de pessoas e democratizando o acesso a esse âmbito da saúde (MAHFOUD apud GOMES, 2008).

Outros diversos decretos e portarias desde então vêm modificando gradativamente a legislação original em um movimento que tem sido chamado de “contrarreforma psiquiátrica” ou até mesmo de desmonte (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; RAMOS, 2020). Dessa forma, é necessário aos profissionais da área da saúde mental, assim como aos demais atores sociais envolvidos nessa temática, o acompanhamento dos debates e a reflexão sobre as mudanças que acontecem nesse setor para que seja possível evitar tentativas de cerceamento dos direitos conquistados.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas (Apêndice B), tendo como referência um questionário sociodemográfico com questões abertas e fechadas (Apêndice A).

A população sondada na pesquisa foi composta pelos funcionários de um serviço de acolhimento às pessoas em sofrimento mental. A amostra foi constituída pelos funcionários de um ambulatório de saúde mental na cidade de Campina Grande.

O ambulatório foi fundado em definitivo como um serviço integrado à atenção básica, vinculado a um Centro de Saúde onde existem outros atendimentos clínicos ambulatoriais específicos e generalistas de baixa complexidade. Entretanto, o serviço também está ligado à Rede de Atenção Psicossocial, em que existem atendimentos de maior complexidade voltados à saúde mental. Nessa Rede, o ambulatório em questão atua como uma porta de entrada, à

qual os usuários podem se dirigir espontaneamente ou serem encaminhados, e o atendimento é voltado ao acolhimento e a pessoas em sofrimento mental leve e moderado. Os serviços oferecidos são escutas ocasionais, acompanhamento psicológico e acompanhamento psiquiátrico.

Foram entrevistados todos os funcionários de ambos os sexos vinculados a esse serviço, exceto os médicos, por indisponibilidade de horários. Foram excluídas da análise as entrevistas dos profissionais que trabalhavam no serviço durante menos de dois meses até a data da entrevista devido à pouca experiência no local e à possibilidade de não terem se apropriado amplamente sobre o funcionamento do serviço. Inicialmente foi proposto que fossem entrevistados os funcionários ligados ao local há mais de 3 meses, mas dada a pouca quantidade de funcionários e a boa integração dos presentes há dois meses, esse recorte de tempo de trabalho foi diminuído para dois meses. No total, a amostra foi constituída por oito funcionários, sendo cinco psicólogas (os), uma assistente social, um (a) enfermeiro (a) e um (a) pedagogo (a).

A princípio as entrevistas seriam realizadas via chamada telefônica ou de vídeo, e apenas o áudio seria gravado para que as entrevistas fossem transcritas para análise. Entretanto, a pedido da coordenação do serviço, as entrevistas foram realizadas presencialmente no próprio ambulatório, em sala privada onde permaneceram somente a entrevistadora e a pessoa entrevistada mantendo-se a gravação de áudio para a posterior análise das informações, sem interrupções, a fim de preservar a comunicação livre e o sigilo das informações prestadas pelos participantes. Como exceção, uma das entrevistadas se apresentou como uma pessoa tímida e aceitou participar ao ser convidada por um colega para dar a entrevista junto com ele. Sendo assim, essas pessoas foram entrevistadas juntas, em sala reservada no ambulatório, onde se encontrava apenas a dupla e a entrevistadora.

Tratando-se de uma pesquisa com a proposta de utilizar informações fornecidas por seres humanos, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba. As entrevistas somente foram executados após autorização da Coordenação de Saúde Mental do município (TAI - Anexo E), responsável pelo ambulatório, parecer favorável do Comitê de Ética (Anexo F) e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo C) e Termo de Autorização para Gravação de Voz (TAGV – Anexo D), por cada um dos participantes, observando-se as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - que versa sobre os princípios éticos nas pesquisas do campo da saúde envolvendo seres humanos - e do Código de Ética Profissional do Psicólogo.

Após as entrevistas, os principais temas emergentes da coleta de dados foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin, que é:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens” (BARDIN apud TRIVINÓS, 1987, p. 160).

Conforme Bardin (2016), este método de análise perpassa três etapas: a *pré-análise*, que é a organização do material a ser estudado, ou seja, a preparação prévia dos documentos e referenciais norteadores; a *descrição analítica*, que é o estudo mais aprofundado dos documentos que constituem a pesquisa, sob a orientação dos referenciais teóricos adotados - neste caso, as entrevistas - a demarcação e organização das narrativas por temáticas e por aproximação entre os conteúdos; e a *interpretação referencial*, referente à reflexão e análise propriamente dita dos documentos selecionados com base nos referenciais teóricos norteadores da pesquisa em torno da temática - no caso deste estudo, a discussão dos resultados organizados em categorias temáticas a partir das narrativas das entrevistadas.

Sendo assim, a partir dos objetivos específicos e das questões elaboradas, foram criados três grupos de resultados.

O primeiro (subtópico 4.1), formulado a partir do questionário sociodemográfico e da questão 3 da entrevista, foi onde buscou-se conhecer a amostra e as atividades de cada funcionário para que fosse possível compreender melhor suas percepções e atuações, descritas mais detalhadamente nos subtópicos posteriores.

Para responder aos objetivos de “*conhecer as atividades de prevenção ao sofrimento mental realizadas pela equipe de saúde*” e “*compreender a importância de práticas preventivas em saúde mental a partir da percepção dos funcionários do serviço*”, o subtópico 4.2 foi dividido em quatro categorias, formadas a partir das questões 1, 2, 4 e 5, respectivamente, da entrevista semiestruturada.

O subtópico 4.3 teve o intuito de “*Investigar os desdobramentos interventivos em casos crônicos/graves e persistentes em relação à saúde mental*”, e para isso foram definidas cinco categorias a partir das questões 6, 7, 8, 9 e 10 da entrevista semiestruturada, respectivamente.

Cada categoria foi subdividida em subcategorias, de acordo com os diferentes conteúdos das narrativas sobre os temas das questões. As categorias foram analisadas separadamente, por meio da discussão das diferentes perspectivas sobre cada categoria

temática, tanto dos entrevistados quanto da literatura, e pontos de referência foram feitos entre as categorias sempre que possível.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por oito (08) pessoas, sendo uma pessoa que se identificava como pertencente ao sexo masculino e sete como pertencentes ao sexo feminino, com idades entre 29 e 58 anos e tempo de serviço no campo da saúde mental entre 2 e 35 anos, sendo que o tempo no ambulatório ficou entre 2 meses e 5 anos até o momento da coleta dos dados.

De acordo com os funcionários, apesar do ambulatório só existir de forma independente desde fevereiro de 2021, o serviço já existia anteriormente anexo a um centro de saúde da cidade e situa-se atualmente no mesmo complexo, mas com gestão e organização agora independentes. Sendo assim, os funcionários que já trabalhavam no serviço antes da separação permaneceram atuando no ambulatório e novos foram contratados.

Foram entrevistados profissionais de psicologia, enfermagem, pedagogia e serviço social. As atividades do ambulatório são voltadas para pessoas a partir de 18 anos que buscam o serviço por livre demanda ou via encaminhamentos. As atividades desenvolvidas por todos os funcionários são orientações e encaminhamentos. A todos os funcionários graduados são comuns as interconsultas e o acolhimento inicial por meio de escuta, sendo que eles se revezam nessa última função em plantões durante todo o horário de atendimento do ambulatório. A atividade privativa dos psicólogos é a psicoterapia; a enfermeira exerce como atividade diferenciada o preenchimento de receitas e laudos para serem entregues após consulta médica e a assistência ao médico quando necessário; a pedagoga atua de forma mais administrativa e organizativa; a assistente social fica encarregada, sobretudo, de realizar escutas, acolhimentos, encaminhamentos e auxiliar outros profissionais do local em relação a essa última atividade.

4.2 Os profissionais de saúde, as práticas preventivas e a organização do trabalho multiprofissional em saúde mental

A fim de alcançar os objetivos de “*conhecer as atividades de prevenção ao sofrimento mental realizadas pela equipe de saúde*” e “*compreender a importância de práticas*

preventivas em saúde mental a partir da percepção dos funcionários do serviço”, previamente estabelecidos para este trabalho, os profissionais ouvidos foram questionados acerca de suas percepções sobre a importância da prevenção em saúde mental e sobre as diversas atividades realizadas no ambulatório.

Desse modo, os resultados obtidos sobre essa temática estão agrupados em quatro categorias temáticas, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir. São elas: **I-** Compreensão dos profissionais de saúde sobre práticas preventivas em saúde mental; **II-** Percepção dos profissionais de saúde sobre a importância da atenção básica para os cuidados em saúde mental; **III-** Organização do trabalho de equipe multiprofissional; **IV-** Organização das ações/atividades de prevenção ao sofrimento mental.

I- Compreensão dos profissionais de saúde sobre práticas preventivas em saúde mental

Sobre essa temática, os profissionais foram questionados a respeito de como entendem as práticas preventivas em saúde mental. As respostas obtidas apontam práticas que vão desde as atividades direcionadas à promoção da saúde ao acesso a tratamentos. Assim, as narrativas das profissionais possibilitaram a constituição de três subcategorias que são: a) Promoção de saúde e cuidado básico integral; b) Prevenção aos agravos; c) Intervenção precoce.

a) Promoção de saúde e cuidado básico integral

- *“A prática preventiva é justamente a porta de entrada (...) para que o indivíduo tenha acesso ao cuidado básico (...)”.* (E1)

- *“(...) É onde o profissional consegue identificar com agilidade quais são os motivos que o paciente está ali na demanda do serviço, então quando a gente consegue exercer o papel de ter essa sensibilidade de ver o sujeito como um todo”.* (E5)

b) Prevenção aos agravos

- “(...) Práticas que talvez levassem (...) a refletir sobre a importância de cuidar, sobre cuidar da saúde mental, [sobre] a importância de alguns sintomas, de algumas queixas (...) que quando não são levadas em consideração acabam, muitas vezes, se tornando um problema mais grave futuramente (...)”. (E8)

- “(...) Quando você sentir os primeiros sintomas procurar ajuda, não deixar que aquilo progrida (...)”. (E10)

c) Intervenção precoce

- “(...) Evitar que aquela pessoa adoça, especificamente falando. Técnicas em grupo principalmente, (...) mas a terapia individual também é preventiva”. (E4)

- “(...) É muito importante, justamente o SUS, que ele apoie (...) as pessoas que estão tendo um sofrimento específico, esse acolhimento de ser tratado. (...) é importante ter a prática como um todo da saúde mental e assistência social também, ter esse acolhimento (...)”. (E11)

Aqui, é possível perceber um entrelace entre as noções de prevenção e promoção. Conforme citado anteriormente, Czeresnia e Freitas (2009) distinguem os conceitos sobretudo por promoção de saúde ser um conjunto de medidas de produção de saúde mais abrangente e voltado à população em geral, enquanto a prevenção costuma ser direcionada a um grupo de risco para uma condição específica.

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (p. 1). Essa definição está ligada à educação em saúde ao estabelecer a capacitação da comunidade e de cada indivíduo como um tema central à promoção de saúde. No decorrer do documento é possível perceber também que, a partir desse processo, as práticas de produção de saúde poderiam ser desenvolvidas e aplicadas pela própria comunidade, e não somente a partir dos poderes governamentais, embora as ações nesse nível também sejam de suma importância.

Nessa mesma perspectiva, os autores Campos, Barros e Castro (2004) falam da importância de perceber os sujeitos como potenciais produtores de saúde e por isso as políticas de promoção de saúde devem incentivar a autonomia de pessoas e grupos. Essa ótica se aproxima da perspectiva fenomenológica de Augras (1993) ao discutir sobre os processos de saúde - doença. A autora propõe uma percepção fenomenológica na qual a saúde e a doença são percebidas como parte do mesmo processo, e não como opostos entre si. Para ela, saúde significa a capacidade de manter o equilíbrio e superar as crises que se apresentam por meio da criação e da transformação de si e do meio, e essa potencialidade é considerada um estado normal. Patológico, então, seria o momento de rigidez, de não-mobilização criativa, de ausência de resposta coerente com as condições ambientais. A autora, retomando uma discussão de Goldstein, considera ainda que cada pessoa deve servir de parâmetro para seu próprio conceito de normalidade.

Ainda sob esta perspectiva, Rogers e Kinget (1975) consideram que:

“O indivíduo que chega a abandonar prerrogativas tão eminentemente pessoais, e que chega a acreditar que cabe a outro determinar o caráter de sua personalidade e o significado de seu comportamento, encontra-se num estado de desajustamento mais grave após a terapia do que antes” (p. 214).

Voltando-se especificamente ao campo da saúde mental, os autores defendem que a forma mais terapêutica de lidar com alguém em sofrimento psíquico é centrando-se na pessoa, nas suas particularidades e necessidades, e não no sintoma, facilitando a emergência de suas tendências à atualização. O foco no sintoma deverá ter como objetivo a compreensão do significado de tais manifestações. O processo de *atualização* ocorre, segundo os autores, quando a pessoa é acompanhada de forma não diretiva na sua própria trajetória de exploração interna, que permite a formação de autoconfiança e, conseqüentemente, autonomia para definir o que é ou não patológico (ROGERS; KINGET, 1975). Essa tendência à atualização é semelhante ao defendido por Augras como capacidade de transformar a própria realidade de forma criativa mediante uma crise.

Assim, a compreensão acerca da autonomia das pessoas e grupos nas ações de promoção da saúde emerge de ações pautadas na educação, na informação e na construção de ações relevantes para a saúde de uma população a partir das necessidades e parâmetros identificados em um grupo/comunidade específica. Numa outra perspectiva mais centrada nos processos patológicos, contudo, é possível considerar a promoção de saúde como um tipo de prevenção, designada como primária por Leavell e Clark (1965 apud DEMARZO, 2011). A

prevenção primária se refere a processos educativos e protetores contra potenciais fatores de risco, sem especificidade. A prevenção secundária corresponde a diagnóstico, tratamento precoce e prevenção de agravos, tendo em vista uma condição específica (DEMARZO, 2011). A prevenção terciária se refere à reabilitação, tentando restringir as complicações (CORDEIRO et al., 2010). A prevenção quaternária diz respeito à evitação de consequências por excesso de intervenções médicas (MORAIS; CALDAS; FARIAS, 2014). Entretanto, cabe destacar que embora as ações de promoção da saúde possam ter impacto amplo, inclusive prevenindo adoecimentos e agravos, a promoção da saúde não costuma estar direcionada diagnósticos ou condições clínicas específicas, já que para estas situações encontram-se as ações de prevenção em saúde.

Nas falas dos entrevistados também foi possível perceber resquícios da perspectiva biomédica, em falas que se focam em sintomas e tratamentos, como as incluídas na subcategoria *b*, e das perspectivas fenomenológica e humanista em falas com elementos como “olhar o sujeito como um todo” (E1) e “acesso ao cuidado básico” (E5), agrupadas a subcategoria *a*.

II-Percepção dos profissionais de saúde sobre a importância da atenção básica para os cuidados em saúde mental

Nessa categoria, os funcionários discorreram sobre como eles percebiam a importância de um serviço que recebesse encaminhamentos e demanda espontânea de pessoas em sofrimento mental, e pareceram basear-se não só em uma perspectiva institucional, mas também em suas vivências cotidianas. Os comentários sobre a temática foram agrupados da seguinte forma: a) Equidade de direitos; b) Acolhimento e atendimento básico.

a) Equidade de direitos

- “(...) É através da atenção básica que na saúde pública o indivíduo vai ter suporte, o tratamento adequado (...) aqui tem esse atendimento gratuito (...)”. (E1)

- “(...) Para ter o tratamento ou acompanhamento e também a medicação, né? Que é difícil para eles a medicação. Às vezes (...) eles não têm condições. (...) Às vezes são vários da família [que precisam], é muito difícil”. (E2)

- “É fundamental, principalmente porque nem todo mundo tem condições de pagar psicólogo nem psiquiatra”. (E10)

b) Acolhimento e atendimento básico

- “É fundamental porque não sobrecarrega os outros serviços. (...) É o primeiro receptor, (...) onde se faz um acolhimento e aí vai se ver que tipo de demanda ele traz”. (E5)

- “Dar esse primeiro suporte, de [ser] a porta de entrada, trabalhar com essas questões mais simples, digamos assim, questões como insônia, ansiedade muito leve”. (E8)

- “É a porta aberta, né? É a que recebe de toda forma a demanda em si, e da atenção básica a gente direciona para os locais específicos (...). De suma importância para que realmente essa rede funcione”. (E9)

- “É um filtro e vê lá na ponta o que é que está acontecendo e encaminha para (...) um serviço mais especializado”. (E10)

- “Eu acredito que seja primordial. (...) As pessoas não buscam [pois ficam] com medo, com receio de ser colocado de outra forma, de ser louco, estigmatizam muito isso (...). É importante, deveria ter mais essa abertura justamente de falar sobre a saúde mental, (...) para as pessoas entenderem que a gente tem que ter, sim, essa prevenção à nossa saúde, não só física mas [também] mental”. (E11)

Conforme discutido no tópico 2 deste estudo, a própria história da construção do conceito de promoção de saúde pressupõe a busca pela garantia de cobertura universal em saúde. No Brasil, os princípios da inclusão social e da garantia de acolhimento ficam explícitos na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) ao instituir a universalidade e a equidade como princípios fundamentais do SUS. De acordo com esse documento, “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (BRASIL, 1990, art. 8º).

Sendo assim, a constituição e organização desse sistema de saúde o torna um ambiente não só propício como também fundamental para o acolhimento e a luta contra estigmas sociais, que devem se estender às temáticas relativas à saúde mental e, particularmente, à “loucura”.

A proposta da atenção básica prevista na PNPS no Brasil inclui também a importância que esse nível de acolhimento tem no incentivo à autonomia e às particularidades dos indivíduos e das comunidades, de modo geral (BRASIL, 2006). Nas falas destacadas acima, esses componentes podem ser verificados, sobretudo o acolhimento. Sendo assim, é possível verificar que a cultura do serviço, assim como o fato de ser uma iniciativa relativamente ampla em saúde mental na atenção básica, dá indícios de que essa proposta reverbera na prática, embora ainda de modo incipiente, visto que é uma iniciativa isolada.

Entretanto, o fato do ambulatório ter sido separado do Centro de Saúde, ao contrário de outros ambulatórios específicos, deixa margem para questionar-se se as próprias práticas em saúde mental são acolhidas como meios de promoção de saúde por uma perspectiva holística.

Em estudo recente, Vieira e Delgado (2021), por sua vez, destacam a força com que o estigma social relacionado ao adoecimento mental circula também entre profissionais da atenção básica, tendo encontrado sinais como generalização, frustração por recaídas dos atendidos e desresponsabilização nas falas de profissionais desse campo.

III- Organização do trabalho colaborativo

A abordagem sobre a organização do trabalho no ambulatório teve como finalidade a compreensão sobre como se efetua o trabalho em conjunto e como os especialistas em diferentes aspectos da saúde mental humana atuam juntos para construir uma atuação mais ampla, caso percebessem que existe essa interação entre eles. As respostas foram divididas nas subcategorias a) Não existe trabalho com a equipe interna; b) Realização de trabalho multiprofissional ou interprofissional; c) Ajuda mútua e compartilhamento de experiência.

a) Não existe trabalho com a equipe interna

- *“Bom, aqui no ambulatório não é feito (...) várias ações foram realizadas com a Secretaria de Saúde (...)* Agora no mês de setembro várias ações foram realizadas com a Secretaria de Saúde (...).” (E1)

b) Realização de trabalho multiprofissional ou interprofissional

- “O trabalho aqui precisa ser multiprofissional. (...) A gente discute muito os casos, a gente nunca toma uma decisão isolada sobre o destino de um paciente do ambulatório, (...) porque o atendimento nunca é feito por uma única pessoa, ele no mínimo vai passar por duas pessoas”. (E8)

- “De início a gente (...) direciona para o acolhimento (...). Se for por questões psicológicas, [direciona-se para] o acompanhamento psicológico; se for necessário consulta com psiquiatra a gente também já ajeita a consulta”. (E9)

- “Eu trabalho com a [Terapia] Cognitivo-Comportamental e juntamente com o psiquiatra, então um está sempre associado ao outro”. (E11)

c) Ajuda mútua e compartilhamento de experiência

- “Existe, assim, quando a gente percebe que alguém do serviço tá com alguma demanda aí a gente chega perto, disponibiliza ajuda. (...) Tem reunião de equipe eventualmente, quando existe uma queixa. Se tinha mais antes (...) mas existe, só que a gente está um pouco pausado por causa da pandemia mesmo e da demanda que está sendo muito alta” (E4).

- “A coordenadora já foi coordenadora do CAPS, inclusive quando eu trabalhava lá. Então, a gente tem um pouco mais de experiência do que elas [as colegas de equipe], então a gente sempre se junta quando tem algum caso que a gente acha interessante (...)”. (E10)

Nas falas dos entrevistados foi possível perceber diferentes facetas sobre como o trabalho em equipe no local é realizado. Apesar de uma das entrevistas indicar que não há trabalho com a equipe interna, outras profissionais sinalizam ações de compartilhamento sobre os atendimentos, discussão dos casos e decisões conjuntas entre profissionais. As autoras Peduzzi e Agreli (2018) consideram que trabalho colaborativo é um termo que abrange trabalho em equipe, colaboração interprofissional e trabalho em rede, sendo que cada

um desses três níveis se referem a um modelo de compartilhamento de valores, objetivos e interdependência entre os profissionais menor que o anterior.

O trabalho em equipe seria a modalidade em que esses fatores são mais intensos, e, por isso, seria a forma mais adequada para lidar com situações mais urgentes e complexas. A colaboração interprofissional, então, seria uma situação de mais independência profissional e flexibilidade, ideal em situações menos complexas. Para as autoras, o ideal é alternar entre essas modalidades conforme a necessidade, tornando assim a prática centrada nas necessidades de cada usuário. Para que esse modelo de atenção fosse intensificado, seria importante também a inclusão deles e de suas famílias na prática colaborativa (PEDUZZI, AGRELI, 2018).

De fato, a segunda definição, a colaboração interprofissional, se aproxima mais do que é exposto nas falas dos profissionais entrevistados, e isso está de acordo com a proposta do ambulatório de ser um serviço de acolhimento a pessoas em estágio de sofrimento inicial a moderado. Os profissionais afirmaram também que a colaboração se intensifica de acordo com a complexidade da situação, o que também está de acordo com a sistematização das autoras. Não foi possível identificar, entretanto, se/como ocorre a participação dos usuários e suas famílias na organização dos projetos terapêuticos.

Galván (2007), em revisão de literatura, expõe uma classificação mais clássica – mas ainda assim semelhante à de Peduzzi e Agreli – dos trabalhos em equipes de saúde, denominando as possíveis modalidades como multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Para ela, essa ordem demonstra um nível de integração crescente entre as especialidades profissionais. No nível transdisciplinar, ocorre a horizontalização das relações de poder e a criação de uma nova visão sobre a realidade da atuação – não só a junção de várias percepções. Para ele, o trabalho também deve fluir entre essas classificações, e não ficar engessado em uma delas.

Nessa perspectiva, é possível considerar que o trabalho em equipe no ambulatório ocorre de modo multidisciplinar, uma vez que há atuações independentes e, em alguns momentos, fragmentada, conforme na fala de E9. Existe também o trabalho interdisciplinar, nos momentos em que há discussão dos casos e compartilhamento de percepções, conforme destacado por E8, E4 e E10.

IV- Organização das atividades de prevenção ao sofrimento mental

Questionados sobre como o trabalho de prevenção era realizado no ambulatório, caso considerassem que existiam, os funcionários entrevistados que consideraram existir trabalho de prevenção em saúde discorreram sobre modalidades de ações que perpassam o acolhimento, a escuta a orientação e a informação. Assim, as falas sobre o tema foram agrupadas entre a) Não existem; b) Escuta e acolhimento; c) Orientação e divulgação de informações.

a) Não existem

- *“Não, ainda não, porque quando as pessoas chegam aqui já chegam super precisadas de ajuda”.* (E10)

b) Escuta e acolhimento

- *“O público do ambulatório são pessoas que necessariamente estão passando por um transtorno ou um conflito ou por algo que ele não tenha necessariamente uma gravidade (...). A gente dá esse apoio psicológico e psiquiátrico e essa que é a função do ambulatório”.* (E9)

- *“Primeiramente a escuta psicológica, que é fundamental, e cada um [prossegue os atendimentos especializados] com sua prática (...)”.* (E11)

c) Orientação e divulgação de informações

- *“A gente utiliza a questão da panfletagem, utiliza de redes sociais (...) para estar divulgando questões e serviços prestados à população com relação à saúde mental, (...) também, com palestras, divulgação e eventos que trabalham essa questão da Saúde Mental como um todo”.* (E5)

- *“A gente sempre orienta o paciente a se cuidar, dar importância ao que ‘tá’ acontecendo, aos sintomas, a fazer o tratamento corretamente, a psicoterapia, tentar não faltar, que é muito importante essa continuidade, fazer direitinho”.* (E8)

Nesta categoria é possível perceber o destaque a atividades como escuta, acolhimento e educação em saúde como os principais meios de prevenção em saúde mental no serviço, conforme as falas de E11 e E5. Por outro lado, é necessário ressaltar a ocorrência de diversas falas que ressaltam os sintomas e o tratamento especializado como principais atividades do ambulatório, conforme dito por E10 e E9.

As percepções de E11 e E5 sobre a própria atuação denotam uma noção mais ligada ao acolhimento, à compreensão da pessoa como um todo e à promoção de saúde. Nesse sentido, é possível considerar que existe um olhar no qual a pessoa é vista de forma central, inserida em um meio em que há dificuldades, mas com possibilidade de participar ativamente para modificar e participar de sua reconstrução de forma dialética, conforme discute Augras (1993).

As perspectivas de E10 e E9 chamam atenção, por outro lado, para a ambivalência do serviço, que circula entre atenção básica e especializada. Além disso, apesar de, nas categorias I e II deste subtópico, os profissionais terem demonstrado conhecimento e atribuição de importância às atividades de prevenção na atenção básica, não parecem já tê-las incluído profundamente na sua atuação, além das atividades de escuta, acolhimento e educação em saúde. Esse posicionamento pode estar ligado também à alta demanda que o local recebe, conforme será discutido mais adiante.

Outro ponto a ser destacado diz respeito à predominância das falas relacionadas ao tratamento, que podem ser associadas à prevalência da perspectiva biomédica, na qual se percebe o foco da intervenção no problema, e não na compreensão da pessoa ou na promoção à saúde, conforme discutido anteriormente.

4.3 Considerações dos profissionais de saúde sobre as pessoas em sofrimento mental, o trabalho em rede e as condições de trabalho

Visando “*Investigar os desdobramentos interventivos em casos crônicos/graves e persistentes em relação à saúde mental*”, conforme objetivo delineado, foram abordadas questões sobre a realidade do público atendido pelo ambulatório, bem como as providências tomadas em cada tipo de caso e a pertinência dessas ações. Os resultados foram alocados nas categorias: **I-** Preocupações dos profissionais com pessoas em sofrimento mental; **II-** Procedimentos comuns dos profissionais diante de casos graves/ persistentes; **III-** Articulação dos profissionais para realização do trabalho com a RAPS; **IV-** Percepção dos profissionais sobre possíveis melhorias no serviço ofertado.

I- Preocupações dos profissionais com pessoas em sofrimento mental

Esta categoria teve o intuito de compreender as principais inquietações dos profissionais, enquanto equipe, em relação ao público e as maiores dificuldades de quem busca os serviços do ambulatório em questão. Nesse sentido, as narrativas das respostas obtidas foram categorizadas entre: a) Alta demanda; b) Acolhimento; c) Gravidade dos casos.

a) Alta demanda

- “(...) É a demanda que é imensa, que aguarda 3, 4, 5 meses na lista de espera para iniciar o atendimento”. (E1)

b) Acolhimento

- “É acolher, escutar o outro, (...) a demanda que o outro traz, o tempo todo ver a subjetividade (...)”. (E5)

- “A primeira preocupação nossa é a empatia que a gente tem que ter com o público, porque geralmente é um público que já vem sofrendo, (...) então a gente tenta compreender esse tipo de sintoma. (...) A nossa preocupação é essa, é que o usuário chegue e tenha algum tipo de resposta, que ele seja atendido, ouvido (...)”. (E8)

- “Eu acredito que realmente a escuta, o acolhimento (...). E depois, gradativamente, a busca da psicoterapia, se caso for também [tratamento] farmacológico, psiquiatra (...)”. (E11)

c) Gravidade dos casos

- “Vamos supor que você atenda 15 pessoas, 10 já tentaram suicídio. É impressionante o número de pessoas que já tentaram suicídio, sabe? (...) E assim, a gente atende também pessoas que já passaram por processos mais sérios de surto,

entendeu? (...) a gente pega [para atendimento prioritário] aqueles que a gente vê que realmente se não for atendido vai tentar suicídio de novo” (E10)

Diante dessas falas, é possível observar que a principal preocupação da equipe é promover um acolhimento empático às pessoas que se dirigem a esse serviço. A importância dessas atitudes acolhedoras é de extrema importância para atender a necessidade de todos os usuários. No entanto, é evidente a preocupação dos profissionais em acolher e encaminhar as pessoas em condição de maior gravidade, a fim de evitar agravamentos e riscos. Contudo, a elevada demanda do ambulatório parecer um fator que dificulta atender a todos com a celeridade que a situação exige.

Minóia e Minozzo (2015) consideram que a prática de acolhimento deve receber pessoas sem um horário especificado e também permear todos os atendimentos. Pode ser, ainda, um importante fator promotor de cuidado integral, não centrado em um especialista à medida que se percebe cada pessoa em seus múltiplos aspectos. Simões e Moreira (2013), por sua vez, apontam que, se não houver acolhimento e escuta atenta aos usuários da atenção básica, o saber técnico não garante o sucesso do tratamento. Além disso, ressaltam que o acolhimento de pessoas em sofrimento mental na ESF segue os pressupostos defendidos pela reforma psiquiátrica e previnem a superlotação de serviços mais especializados.

Conforme o que foi descrito no tópico 4.1 e na subcategoria b) desta categoria, as características necessárias para o acolhimento se assemelham ao que ocorre no ambulatório pesquisado, sobretudo em relação a constância do acolhimento e a permanência de uma prática acolhedora nos diversos momentos do trabalho exercido no local. Apesar do acolhimento ser uma etapa importante no serviço de saúde, é necessário que a partir deste ocorram desdobramentos coerentes com a urgência e condição de cada usuário. A fala sobre a importância atribuída à gravidade dos casos atendidos aponta também uma preocupação com o grande volume de pessoas em sofrimento que se encontram sem atendimento, de acordo com o trecho “a gente pega [para atendimento prioritário] aqueles que a gente vê que realmente se não for atendido vai tentar suicídio de novo” (E10).

Rotoli et al. (2019), por outro lado, ressaltam que também existem situações em que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde relatam não se sentirem seguros para atender pessoas em sofrimento mental por não terem esse conhecimento priorizado durante a formação. De todo modo, ressalta-se aqui uma certa presença de angústia da participante do estudo pela dificuldade de acolher toda a demanda – o que aponta para a urgência da implantação de mais iniciativas como esta – e também pela disseminação da possibilidade de

que a saúde mental seja abordada nas unidades básicas de saúde, incluindo a formação básica e continuada de profissionais da saúde e não apenas a partir de uma lógica organicista.

II- Procedimentos comuns dos profissionais diante de casos graves/ persistentes

O principal procedimento apontado pelos participantes deste estudo é a avaliação para o encaminhamento a outros serviços, quando identificada a necessidade de cuidados que extrapolam a possibilidade do ambulatório. De acordo com as colocações dos entrevistados, é possível perceber que cada caso é avaliado individualmente e a pessoa é encaminhada para o serviço que mais se relaciona com suas necessidades.

a) Avaliação da demanda para encaminhamento a serviço especializado

- *“A gente tenta, após o acolhimento, que é uma escuta, a gente faz uma anamnese, que são aquelas perguntas mais específicas, e daí a gente vai vendo a situação, aí a gente tenta encaixar essa pessoa, que não dá para ficar solta, e fala também com o psiquiatra para que ele atenda”.* (E10)

- *“(...) A gente faz o encaminhamento para outros serviços que vão atender a necessidade do paciente (...)”.* (E5)

- *“(...) Quando a gente identifica que é um paciente que precisa de uma escuta e um acolhimento de urgência a gente já faz o encaminhamento para o [hospital] Dr Edgley, e aí dependendo também do diagnóstico (...).”* (E1)

b) Encaminhamento para emergência psiquiátrica

- *“A gente sempre encaminha, porque aqui nós não atendemos quando tem algum tipo de transtorno severo ou um estado muito grave. A gente já encaminha para o setor do [hospital] Dr. Edgley, que é de emergência”.* (E11)

- *“(...) Muitas vezes ela [a pessoa] chega em crise mesmo, então a gente encaminha diretamente para o Dr. Edgley (...).”* (E8)

- “(...) Se ele [o paciente] estiver em crise nós direcionamos para a emergência psiquiátrica (...)”. (E9)

c) Encaminhamento para os CAPS

- “Encaminhamento para o CAPS.” (E4)

- “(...) Às vezes vem paciente que é encaminhado (...) [com quadro] mais severo, e aí a gente precisa encaminhar para o CAPS (...)”. (E1)

- “A gente faz o encaminhamento porque na assistência que essa pessoa vai no ter no CAPS ... ela vai ter uma assistência melhor continuamente. (...) A gente tenta não absorver a demanda do CAPS porque a gente não tem como ficar com essa pessoa semanalmente, tá entendendo? E, [lá] no caso, essa pessoa tem condições de ir todos os dias se for o caso”. (E8)

- “(...) Se for um paciente que de certa forma parou o tratamento, está voltando de novo a questão do uso [de substâncias psicoativas] a gente encaminha pro CAPS AD (...) e assim [por diante,] de acordo com os transtornos”. (E9)

Verifica-se que o acolhimento e a entrevista de anamnese são procedimentos importantes para a avaliação inicial das pessoas que chegam ao ambulatório e a compreensão sobre suas necessidades e a possibilidade destas serem atendidas no ambulatório. A partir da avaliação dos usuários, os principais procedimentos dos profissionais do ambulatório, diante de casos graves e/ou persistentes, são os encaminhamentos para os CAPS e para a emergência psiquiátrica, conforme a especificidade de cada caso. O modo como ocorre a atuação conjunta entre o ambulatório e os demais serviços da RAPS será discutido no próximo agrupamento de resultados que abordará sobre essa questão.

A forma como os encaminhamentos são realizados no ambulatório concorda com o que foi citado no tópico 2.2 sobre o CAPS ser o serviço da RAPS mais indicado para pessoas com transtornos graves e persistentes, existindo diversas tipologias de CAPS para diferentes públicos, como o CAPS AD para pessoas em uso de substâncias e o CAPSi para o público infanto-juvenil, por exemplo (BRASIL, 2002). Mielke et al. (2009) ressaltam ser o CAPS um

mecanismo que segue a lógica da Reforma Psiquiátrica, atuando a partir de intervenções psicossociais numa perspectiva humanizada e que prioriza a inclusão social, tendo como meios a inserção social no trabalho em conjunto com as famílias, compreendendo os sujeitos de forma integral, respeitando e incentivando a autonomia e a cidadania dos usuários.

Já as emergências psiquiátricas a que os profissionais se referiram encaminhar frente a situações de crise são leitos psiquiátricos situados em um hospital geral. Segundo Barros, Tung e Mari (2010), esse serviço tem a função de estabilizar o quadro de crise de pessoas com transtornos mentais graves a partir de um acompanhamento mais intensivo. Entretanto, o fato dessas internações ocorrerem em hospitais gerais tem o intuito de fornecer um cuidado integral aos internos e, logo em seguida, encaminhá-los para o acompanhamento no CAPS, sem longos períodos de internação em que não exista inserção social, ao contrário do que ocorre em hospitais exclusivamente psiquiátricos, ainda existentes mesmo após a reforma psiquiátrica e o gradativo fechamento destes. A duração média das internações em hospital geral para tratamento de saúde mental, de acordo com Silva et al. (2014), é de 16 a 30 dias.

Sendo assim, é possível considerar que os encaminhamentos realizados pela equipe do ambulatório estão de acordo com o que é previsto na legislação referente à saúde mental e com a lógica da reforma psiquiátrica, tendo a função de construir com os usuários meios para que eles possam participar ativamente e serem inseridos socialmente do seu próprio tratamento.

III- Articulação dos profissionais para realização do trabalho com a RAPS

Questionados se existia um trabalho junto à Rede de Atenção Psicossocial do município e, se sim, como ele ocorria, os participantes explanaram sobre as modalidades de atividades realizadas, possibilitando a constituição de quatro categorias: a) Trabalhos esporádicos em conjunto; b) Apenas por encaminhamentos; c) Capacitação e encaminhamentos; d) Não existe trabalho em rede, conforme descrito seguir:

a) Trabalhos esporádicos em conjunto

- *“Devido à correria do dia a dia às vezes isso é deixado de lado (...). Agora no mês de setembro foi o mês de prevenção ao suicídio e realmente teve uma visão maior de levar os profissionais da área, mas é esporádico. (...)” (E1)*

b) Apenas por encaminhamentos

- “(...) Quando a gente identifica que é um paciente que precisa de uma escuta e um acolhimento de urgência a gente já faz o encaminhamento”. (E1)
- “A gente só encaminha (...) se tem esse respeito: ‘Ah, foi encaminhado pelo ambulatório, então vamos atender, vamos acolher essa demanda’. Existe essa abertura mas não existe um diálogo bem aberto”. (E4)
- “Aqui a gente trabalha mais isoladamente, mas fazendo a ponte. A cada paciente que chega com uma demanda diferente a gente direciona esse paciente ao local de necessidade (...)”. (E5)

c) Capacitação e encaminhamentos

- “(...) Antes da pandemia (...) a gente fazia muitas capacitações com a rede e isso é muito bom, um serviço tentar entender o outro (...)” (E8)
- “O ambulatório faz parte da rede de saúde mental. Ele é uma complementação no sentido de que o paciente que apresentar uma estabilidade (...) e a função do CAPS é essa, ressocializar, então (...) eles encaminham para cá para ele ter a oportunidade de conduzir sua vida, tentar se socializar, começar a entender que ele pode conduzir sua vida, que ele pode ir até um serviço, que ele vai conseguir atendimento”. (E9)
- “Tem. Tem que existir. A gente justamente, quando encaminha, vai com o prontuário, fala sobre a demanda que está acontecendo com paciente, às vezes o paciente histórico vem, em surto, e a gente tem que relatar isso ao outro o setor em que vai ser acolhido o paciente”. (E11)

d) Não existe trabalho em rede

- *“Não, porque assim, a gente aqui é só o nosso atendimento e o atendimento do psiquiatra. É porque aqui como é o ambulatório a gente tem que atender essas pessoas que chegam de demanda espontânea, entendeu? (...)”.* (E10)

Nesta categoria temática, foi possível perceber que a percepção dos profissionais sobre o trabalho em rede é ambígua. É compreensível que existe um diálogo entre os profissionais dos diferentes serviços, entretanto, alguns entrevistados percebem o ambulatório como um importante elemento constituinte da RAPS, conforme é possível reconhecer na fala de E9. Por outro lado, uma pessoa entrevistada relata não haver contato entre os serviços e não reconhece as ações de diálogo como um modo de integração na Rede.

Cunha et al. (2016) entendem que a atuação em rede tem a ver com um compartilhamento de valores e objetivos comuns entre diferentes serviços a ponto de ser possível que eles se aproximem em suas práticas. Sobre a função dos serviços da RAPS, Schneider (2009) aponta que a RAPS é fundamental para garantir inclusão social e resgatar a cidadania dos usuários dos serviços, que são importantes princípios da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, a articulação da Rede garante a possibilidade de que esses usuários circulem e atuem de forma autônoma em diferentes espaços da comunidade à qual pertencem.

De acordo com esse ponto de vista, é possível perceber que os valores citados estão presentes na mentalidade da maioria dos profissionais, conforme visto em categorias anteriores através de referências à quebra de estigma e à socialização, por exemplo. Além disso, pelo que foi visto na categoria anterior, essa forma de representar o cuidado em saúde mental é comum também aos serviços do CAPS e das emergências psiquiátricas em hospitais gerais. Sendo assim, é possível concluir que existe um trabalho em rede entre os serviços públicos de saúde mental. É possível perceber, ainda como dito por E9, o ambulatório como um complemento à rede típica, sendo que a prática exercida no local faz a ligação entre a atenção básica e a atenção especializada em casos graves e persistentes, que é o público-alvo dos CAPS, suprimindo uma demanda de atendimento a pessoas em sofrimento leve a moderado que nem sempre recebem o atendimento necessário nem na atenção básica típica nem nos CAPS, conforme discutido no tópico 2.2 do presente trabalho.

Anjos et al. (2015) também falam sobre o tema, relatando que alguns dos profissionais da atenção básica ouvidos por eles não sentem-se preparados para lidar com pessoas em sofrimento mental e imaginam que esse papel é dos psicólogos e psiquiatras. É possível perceber que, se por um lado é benéfico que o público em sofrimento mental seja encaminhado para um local mais preparado para oferecer assistência, por outro, esse público é

privado da possibilidade de receber um acompanhamento integral e básico graças à deficiência na formação dos profissionais de saúde. Esse fato demonstra a importância do trabalho em uma rede funcional e bem estruturada, que poderia ser uma ferramenta para minimizar essas dificuldades. A proposta comentada por E8, acerca de capacitações em conjunto, por exemplo, poderia ser uma forma de diálogo entre os serviços para que houvesse uma maior troca de informações e ideias e, conseqüentemente, uma maior coesão entre os serviços da RAPS.

IV- Percepção dos profissionais sobre possíveis melhorias no serviço ofertado

Os profissionais participantes do estudo foram convidados a falar sobre as dificuldades que ainda percebem no ambulatório e, a partir disso, sobre aspectos que necessitam ser melhorados. A maior parte das pessoas falou sobre a grande demanda, poucos profissionais e a dificuldade de acolher todo o público com os recursos disponíveis. O conteúdo das narrativas possibilitou a constituição das seguintes categorias: a) Descentralização e ampliação; e b) Não percebem pontos para melhora.

a) Descentralização e ampliação

- *“Um atendimento mais descentralizado. (...) Se a gente tivesse aqui uma estrutura para atendimento desses pacientes [infanto-juvenis] seria bom, mas também teria que vir mais profissionais da área”*. (E1)

- *“Teria que ter toda uma estrutura e profissionais voltados para crianças e adolescentes”*. (E2)

- *“(...) Realmente a maior dificuldade é essa alta demanda. Talvez até seja a única (...), a gente consegue perceber que realmente os pacientes estão caminhando, mas existe outros 300, 400 pacientes que estão aguardando a vez de serem chamados (...)”*. (E4)

- *“Acho que a demanda é demais para ter poucos profissionais (...)”*. (E5)

- “A ampliação que é urgente, a ampliação do número de profissionais da equipe, médicos, psicólogos, assistentes sociais, sabe? A questão da descentralização do ambulatório, que é importante. Eu acho que em cada policlínica deveria ter um ambulatório (...)”. (E8)

- “Dá para melhorar o acesso a essas pessoas. Esses serviços de ambulatório podem ser funcionalizados em todas as policlínicas de Campina Grande (...) como acontece nos postos de saúde o atendimento [em] ginecologia, oftalmologia, pediatria - [poderia haver] também o atendimento ambulatorial em saúde mental para que essas pessoas pudessem ter acesso mais rápido, antes que o sofrimento se torne algo muito mais grave”. (E9)

- “Eu acho que deveria aumentar. (...) Acho insuficiente o número de psiquiatras e psicólogos aqui no serviço”. (E10)

b) Não percebe pontos para melhora

- “Eu acho muito efetivo o serviço daqui. (...) A gente percebe que os profissionais acolhem de forma efetiva, são compromissados nas suas funções (...) eu não percebo nada que deveria ir além”. (E11)

As falas agrupadas nesta categoria demonstram o quanto os serviços de prevenção no campo da saúde mental no município estudado ainda são incipientes em comparação à demanda que existe. Convém destacar que a alta demanda citada como a maior dificuldade do serviço também foi citada na categoria I deste subtópico como uma das preocupações dos profissionais com relação ao público atendido. As narrativas de ambas as categorias indicam que a saúde pública pode ser uma forte ferramenta para o cuidado em saúde mental, sobretudo a partir de uma atenção integral, como deve ocorrer na Atenção Básica, conforme discutido anteriormente.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da saúde:

“A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante com o fim de orientar a descentralização das ações e dos serviços de saúde e de organizar a Rede de Atenção à Saúde. O processo de regionalização considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios.” (BRASIL, 2014, p. 11).

É possível considerar, a partir dessa definição sobre como a atenção básica deve ser organizada, que as inquietações da equipe do ambulatório estão em conformidade com a referência a respeito da organização da rede de atenção.

Observando as falas de E8 e E9, é possível perceber que essa facilidade de acesso já ocorre em outras linhas de cuidado, mas é possível considerar que a pouca atenção direcionada à saúde mental e também ao cuidado integral, no sentido da criação e efetivação dos mecanismos necessários, dificultam que esse trabalho seja realizado de uma forma mais abrangente. Além disso, a dificuldade de acolher toda a demanda, maximizada pela centralização dos atendimentos a pessoas em sofrimento mental leve a moderado no ambulatório, também foi citada na categoria I deste subtópico (4.3) como uma das preocupações da equipe em relação ao público, assim como a gravidade do sofrimento das pessoas recebidas.

A preocupação com a elevada demanda, o crescimento da lista de espera e a centralização dos atendimentos se assemelham aos resultados das pesquisas de Alves e Rodrigues (2010) e de Matsukura et al. (2012) nas quais as autoras destacam que fatores como pobreza, morar em regiões periféricas e dificuldade de acesso a serviços de saúde – não só de saúde mental – são importantes fatores de risco tanto para o desenvolvimento do sofrimento mental quanto para piora do prognóstico nesses casos.

V- Avaliação dos profissionais sobre as condições de trabalho

Para a construção desta categoria os profissionais foram questionados acerca de como se sentem trabalhando no local, para que fosse possível compreender o aspecto subjetivo de satisfação em relação ao trabalho dos entrevistados enquanto profissionais trabalhadores no campo da saúde mental. Assim, dividiu-se as falas entre: a) avaliações positivas; e b) Avaliações positivas com ressalvas.

a) Avaliações positivas

- “(...) Na ampliação que aconteceu agora ficou melhor (...)”. (E1)

- “*Aqui especificamente, no ambulatório, eu acredito que eu não tenho nada do que reclamar. A gente tem um espaço seguro, um ambiente tranquilo (...)*”. (E4)

- *“As condições de trabalho aqui são favoráveis. (...) A gente tem autonomia para decidir aonde encaminhar, para tomar decisões, a gente atende usuário de acordo com a necessidade dele, não existe a questão da interferência política, (...) eu tenho autonomia de poder exercer a minha função de dizer: ‘Não, isso eu não vou fazer porque não faz parte do meu código de ética’ (...). Então aqui é bem legal”. (E8)*

- *“(...) Hoje nós temos uma estrutura física muito melhor (...)”. (E9)*

- *“(...) Eu não avalio negativamente, me sinto bem, a equipe é maravilhosa”. (E11)*

b) Avaliações positivas com ressalvas

- *“Eu me sinto bem aqui. Você vê que a gente tem condições de trabalhar (...). A gente só não consegue atender o infantil porque não tá propício o ambiente (...)”*. (E5)

- *“Eu me sinto super bem (...) A gente sofre também com eles [os pacientes], porque não é fácil lidar com aquela pessoa em sofrimento (...)”*. (E10)

Nesta categoria, há indicação de que ainda existem melhorias a ser realizadas. Entre elas, está a necessidade de ampliação do serviço, que exigiria tanto um aumento da estrutura física quanto do número de profissionais, uma vez que ambos foram citados como insuficientes. Essa necessidade concorda com o que foi colocado na categoria IV, na qual foram incluídas diversas falas sobre a impossibilidade de acolher toda a demanda.

Além disso, o fator do sofrimento da equipe junto com as pessoas atendidas também foi mencionado como uma dificuldade, o que indica a importância de um acompanhamento psicológico desses profissionais para que eles possam ter condições de ser um suporte a outras pessoas em sofrimento emocional.

Silva e Costa (2008) defendem que há um descuido com a saúde mental de profissionais da área, destacando fatores como a formação voltada à importância de cuidar e não de ser cuidado, assim como a falta de políticas públicas voltadas a profissionais desse setor. Os autores apontam, ainda, as reuniões de equipe como uma forma fácil para que esses profissionais adquiram espaço de fala e se apoiem mutuamente. Mais recentemente, diversos

autores, como por exemplo Dantas (2021), falam sobre o agravamento da saúde mental de profissionais da saúde como um todo, a um grau extremamente preocupante, sobretudo no contexto da pandemia. Entretanto, boa parte das pessoas consideraram as condições de trabalho ideais, destacando a melhora estrutural realizada recentemente. Esse fator pode ser observado também no fato de que, na categoria IV, apenas o aumento de profissionais foi mencionado como uma necessidade, perante a proposta atual do ambulatório de atendimento adulto.

A autonomia enquanto profissional também foi citada como um fator positivo do trabalho no ambulatório. De acordo com Melo et al. (2016), a autonomia dos profissionais da saúde indica a desvinculação de um serviço do modelo biomédico de atenção graças à horizontalidade das relações de poder que deve existir para que essa autonomia se efetive e, conseqüentemente, à tendência de integralidade do cuidado nos serviços com esse modelo de atuação.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho teve o intuito de conhecer e compreender as perspectivas de funcionários de um ambulatório de saúde mental sobre a prevenção nesse âmbito e quais são as atividades de prevenção realizadas no serviço em que o público entrevistado se situa. Foi possível verificar uma variedade de perspectivas, que passam pela promoção de saúde, uma prática centrada nos usuários do serviço de forma integral, e também por uma percepção mais biomédica, voltada ao sintoma e ao tratamento.

As principais práticas de prevenção citadas foram o acolhimento e a escuta. É possível concluir, ainda, que alguns funcionários compreendem o serviço como um importante complemento à RAPS, enquanto outros têm uma percepção menos abrangente, considerando que executam um tratamento clínico isolado. Além disso, as atividades em conjunto com a RAPS ocorrem por meio de encaminhamentos, compartilhamento de valores e ações conjuntas ocasionais.

A maior dificuldade relatada pelos profissionais foi a alta demanda, atribuída à escassez de outros serviços que atendessem o mesmo público, o que dificulta o acesso das pessoas ao serviço de saúde mental e, quando esse acesso acontece, existe uma longa fila de espera para que a pessoa seja acompanhada. Nesse sentido, é relevante destacar que a reforma da atenção básica, sobretudo a extinção do NASF e conseqüente diminuição do número de psicólogos nesse nível da saúde, pode ser considerada um evento agravante dessa

centralização de atendimentos a pessoas em sofrimento mental nos serviços como o ambulatório, que são eventuais. Aliadas a isso, as premissas da nota técnica nº 11/2019, que retoma práticas de institucionalização no campo da saúde mental, apontam para o gradual retrocesso em relação aos valores que vinham sendo adotados pelo sistema de saúde brasileiro, sobretudo em relação a inserção social, integralidade, respeito e garantia dos direitos humanos.

O estudo em questão se limitou a obter as perspectivas dos profissionais de saúde mental sobre o tema, contudo, compreende-se que a atenção básica envolve um cuidado amplo. Estudos sobre as perspectivas de profissionais de outras áreas da saúde, atuantes também na atenção básica, demonstraram que o tema é pouco abordado nas formações em saúde, de modo geral. Esse fator causa dificuldades na construção de um trabalho mais amplo a partir de uma perspectiva mais integral e menos estigmatizada, conforme discutido por Vieira e Delgado (2021). Ações de formação continuada sobre esse aspecto e até mesmo revisões dos Planos Pedagógicos de Curso das graduações da área de saúde seriam pertinentes para minimizar esse entrave.

Outra dificuldade percebida durante a construção do presente trabalho foi encontrar referenciais atualizados sobre como ocorre a assistência psicológica a profissionais especialistas em saúde mental no setor público, uma vez que boa parte das publicações recentes têm como foco os trabalhadores de saúde de modo geral que foram gravemente afetados emocionalmente durante o contexto da pandemia da COVID-19.

Por fim, é necessário reafirmar a importância das políticas públicas de saúde como garantidoras de direitos humanos fundamentais e também como formas de enfrentamento a fatores de risco. Para que essas políticas sejam efetivas nesses aspectos, contudo, é de extrema relevância que elas sejam acessíveis e mais amplamente disponíveis a toda a população, especialmente às pessoas socialmente vulneráveis, garantindo assim os princípios da universalidade e da equidade, essenciais para o sucesso das políticas públicas de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista portuguesa de saúde pública**, v.28, n. 2, p. 127-131, 2010.

ANJOS, M. A. et al. Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção básica para além do encaminhamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 7, n. 16, p. 27-40, 2015. Disponível em:

<http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1936/4325>. Acesso em: 18 fev. 2022.

AUGRAS, M. **O ser da compreensão**: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

BARCELOS, K. R. et al. A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas. **Saúde em Debate [online]**, v. 45, n. 128, p. 130-140, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YFyHN3m5MQRRrsbhm7MKjpy/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, p. S71-S77, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/xQ7NkgJ4VHTTPZ6Vsz76mpS/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BBC NEWS. **Salário mínimo de 2022 poderá comprar menos de duas cestas básicas**. dez. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-59839609#:~:text=Os%20dados%20s%C3%A3o%20referentes%20a,rela%C3%A7%C3%A3o%20a%20novembro%20de%202021>). Acesso em: 04 fev. 2022.

BBC NEWS. **Como vai funcionar o pagamento do novo auxílio emergencial**. mar. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56595850>. Acesso em: 04 fev. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**: Política Nacional de Saúde Mental. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020**. Brasília, 2020.

BRASIL DE FATO. **No pico da pandemia, empresários mantêm pressão por reabertura de comércio em PE**. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/12/no-pico-da-pandemia-empresarios-mantem-pressao-por-reabertura-de-comercio-em-pe>. Acesso em: 07 fev. 2022.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2022.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 16, n. 1, p. 4643 – 4652, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n5ZmQDqh8LyqN5NzW8XM4jx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 18 jan. 2022.

CARDOSO, A. J. C. et al. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 57-63, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/dc64/9ba05a30705caf13579eb72bf07a647f3d1c.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 8, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n8/e00056917/pt/#>. Acesso em: 18 jan. 2022.

CORDEIRO, Q. et al. Prevenção em saúde mental. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, v. 7, n. 7, p. 38-53, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Quirino-Cordeiro/publication/273505717_Prevencao_em_Saude_Mental/links/55f69f7208ae1d98039772a0/Prevencao-em-Saude-Mental.pdf. Acesso em: 11 fev. 2022.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CUNHA, F. M. et al. A importância da articulação do trabalho em rede: a experiência do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas**: Conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. Cap. 10, p. 235-250.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 25, p. 1-9, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/rCWq43y7mydk8Hjq5fZLpXg/?lang=pt&format=html&stop=next#>. Acesso em: 20 fev. 2022.

DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. **Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS, UNIFESP**.

2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Marcelo-](https://www.researchgate.net/profile/Marcelo-Demarzo/publication/341941217_Reorganizacao_dos_sistemas_de_saude_promocao_da_sau)

[Demarzo/publication/341941217_Reorganizacao_dos_sistemas_de_saude_promocao_da_sau_de_e_Atencao_Primaria_a_Saude/links/5eda5a8992851c9c5e81a929/Reorganizacao-dos-sistemas-de-saude-promocao-da-saude-e-Atencao-Primaria-a-Saude.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marcelo-Demarzo/publication/341941217_Reorganizacao_dos_sistemas_de_saude_promocao_da_sau_de_e_Atencao_Primaria_a_Saude/links/5eda5a8992851c9c5e81a929/Reorganizacao-dos-sistemas-de-saude-promocao-da-saude-e-Atencao-Primaria-a-Saude.pdf). Acesso em: 11 fev. 2022.

FERREIRA, J. S.; LADEIA, L. E. G. As Implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na Dinâmica dos Serviços de Saúde. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 42, p. 681-695, 2018. Disponível em:

<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1358>. Acesso em 18 jan. 2022.

GALVÁN, G. B. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. **Revista da SBPH**, v. 10, n. 2, p. 53-61, 2007. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200007. Acesso em: 14 fev. 2022.

GOMES, F. M. D. Plantão psicológico: novas possibilidades em saúde mental. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 39-44, 2008. Disponível em:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5513438>. Acesso em: 24 jan. 2022.

GONDIM, R. et al. Organização da Atenção. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. Cap. 4, p. 93-120.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em questão**, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

INFOMONEY. **Com pandemia, comércio online mais que dobra e já chega a 21% das vendas**. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/negocios/com-pandemia-comercio-online-mais-que-dobra-e-ja-chega-a-21-das-vendas/>. Acesso em: 07 fev. 2022.

JP NEWS. **Mais de 120 organizações ingressam no MPF contra ‘revogaço’ da saúde mental**. Disponível em: <https://jplitoral.com.br/mais-de-120-organizacoes-ingressam-no-mpf-contrarevogaço-da-saude-mental/>. Acesso em: 26 ago. 2021.

LOBATO, L. V. C. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços**. 2000. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4512/2/ve_Lenaura_Lobato_ENSP_2000.pdf. Acesso em: 27 jan. 2022.

LÓPEZ-FERNÁNDEZ, L A.; HORMAZÁBAL, O. S. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 31, n. 6, p. 443 – 445, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/gs/2017.v31n6/443-445/es/>. Acesso em: 24 jan. 2022.

LUZIO, C. A. e YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 ago. 2021.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9mXFmz3J8Y4qjibKgk8VVVq/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MELO, C. M. M. et al. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. **Escola Anna Nery [online]**, v. 20, n. 4, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9hF3zZdzdVD5PsTLYg4pkkF/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VxRQnvzxrGVDpbgPmHCQqm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2022.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**. 2015, v. 35, n. 4, p. 1340-1349. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/CPqyH9xbLLbLScNkfF4jN5c/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 16 fev. 2022.

MORAIS, A. O. D. S.; CALDAS, C.; FARIA, E. T. Ações preventivas em saúde do idoso: prevenção secundária, terciária e quaternária. **Curso de Ações Preventivas em Saúde do Idoso: prevenção secundária, terciária e quaternária – UNA-SUS/UFMA**. 2014. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1307/1/Unidade%204_MOD%2003Sa%c3%ba de%20do%20Idoso.pdf. Acesso em: 11 fev. 2022.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 03 ago. 2021.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/por.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Alma-Ata 1978**: Cuidados primários em saúde. 1978. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf. Acesso em: 26 jul. 2021.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Carta de Ottawa**. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 26 jul. 2021.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage “Universal Health Coverage: moving together to build a healthier world**. 2019. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u35/uhc_hlm_silence_procedure.pdf. Acesso em: 27 jul. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2022.

PEREIRA, L. F.; RECH, C. R.; MORINI, S. Autonomia e Práticas Integrativas e Complementares: significados e relações para usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 25, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KQzh8SwcCc8rRrNgfjgKgb/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 12 fev. 2022.

PIRES-ALVES, F. A.; CUETO, M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 7, p. 2135-2144, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n7/2135-2144/#>. Acesso em: 13 jan. 2022.

REBOUÇAS, M. S. S.; DUTRA, E. Plantão psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. **Revista da abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 19-28, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3577/357735613004.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

REYES JUNIOR, E. et al. Conflito entre economia e saúde? O caso da covid-19 no Brasil. **Revista Gestão Organizacional**, v. 14, n. 1, p. 378-389, 2021. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/5486>. Acesso em: 07 fev. 2022.

RODRIGUES, L. H. S. A. Consolidação da proteção internacional dos direitos humanos e o contexto histórico da criação da Declaração Universal Dos Direitos Humanos, seus trabalhos preparatórios e a participação do representante da República Federativa Do Brasil. **Polifonia: Revista Internacional Academia Paulista de Direito**, São Paulo, n. 4, p. 180 - 207, 2019. Disponível em: <https://apd.org.br/wp-content/uploads/2020/01/TEXT0-07-1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022.

ROGERS, C. R; KINGET, G. M. A. **Psicoterapia & relações humanas**. Volume II. Belo Horizonte: Interlivros. 1 Ed., 1975.

ROTOLI, A. et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery [online]**, v. 23, n. 2, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wrXD8RKChfjKjcJVhzMscQR/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 83-106, 2008. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/290>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SILVA, T. L. et al. Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 644-659, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/952>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SILVA, M. G. et al. Internações psiquiátricas no Brasil: análise exploratória e de tendência de 2009 a 2019. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]**, v. 70, n. 1, p. 39-44, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/GszWkwydb7NqngZBRtrMKjp/abstract/?lang=en#>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SIMÕES, W. M. B.; MOREIRA, M. S. A importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária à saúde. **Enfermagem Revista**, v. 16, n. 3, p. 223-239, 2013. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12894>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SCHNEIDER, A. R. S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/faenfi/article/view/4843>. Acesso em: 18 fev. 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNICEF - Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância. **Auxílio emergencial durante a pandemia do coronavírus**: como funciona e quem pode receber?. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/auxilio-emergencial-durante-pandemia-do-coronavirus>. Acesso em 03 mar. 2022.

VIEIRA, V. B.; DELGADO, P. G. G. Estigma e saúde mental na atenção básica: lacunas na formação médica podem interferir no acesso à saúde?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2021, v. 31, n. 04. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FqdxGNRchKtZvxxTZz4dz5z/abstract/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em 12 fev. 2022.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome:				
Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Outro. Qual?	<input type="checkbox"/> Prefiro não responder
Idade:				
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo	<input type="checkbox"/> Pós graduação completa
Formação (se tiver nível superior)?				
Função no serviço?				
Salário (em número de salários mínimos):	<input type="checkbox"/> 1 a 3	<input type="checkbox"/> 3 a 5	<input type="checkbox"/> mais de 5	
Há quanto tempo trabalha no serviço?				
É o seu primeiro trabalho na saúde mental?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Se não, qual o local anterior e por quanto tempo trabalhou lá?				

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Prevenção do sofrimento mental na saúde pública

Roteiro de entrevistas

1. O que você entende por práticas preventivas em saúde mental?
2. Para você, qual a importância da atenção básica no cuidado à saúde mental?
3. Como você, especificamente, atua no serviço?
4. Existe um trabalho em equipe no local onde você atua? Se sim, como esse trabalho é realizado?
5. Quais são as atividades de prevenção ao sofrimento mental que o serviço costuma desenvolver?
6. Na sua percepção, quais as principais preocupações dos profissionais com as pessoas em sofrimento mental?
7. Como os profissionais do seu local de trabalho costumam proceder quando recebem casos graves ou persistentes?
8. Existe um trabalho com a Rede de Atenção Psicossocial? Se sim, como esse trabalho é realizado?
9. Na sua opinião, o que você acha que poderia melhorar no serviço?
10. Como você avalia as suas condições de trabalho?

**ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS (TCPR)**

Título da Pesquisa: Prevenção do sofrimento mental na saúde pública

Eu, Carla de Sant'Ana Brandão Costa, Professora do Curso de Psicologia, da Universidade Estadual da Paraíba, portador(a) do RG: xxxx e CPF: xxxx, comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande, agosto de 2021.

Assinatura do(a) Pesquisador responsável

Orientador(a)

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevenção do sofrimento mental na saúde pública

Eu, **Carla de Sant'Ana Brandão Costa**, orientadora do presente estudo, professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, portador(a) do RG:xxxxxxx, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, agosto de 2021.

Pesquisador Responsável
(Orientadora)

Orientanda

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a), o(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: Prevenção do sofrimento mental na saúde pública, sob a responsabilidade de: Débora Simone Araújo Wanderley e do orientador Carla Sant’Ana Brandão Costa, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A pesquisa consistirá em um Trabalho de Conclusão de Curso de psicologia, e tem como objetivo conhecer a percepção dos funcionários de um serviço de saúde mental em relação às práticas para prevenção ao sofrimento mental. A escolha do tema se deu por considerarmos a atenção básica à saúde mental de extrema importância para processos de conscientização, promoção de saúde e prevenção de sofrimento e agravos de quadros de adoecimento mental. Além disso, também considerou-se relevante conhecer um serviço que fosse porta de entrada para que quem o buscasse pudesse ser acolhido e encaminhado ao espaço da Rede de Atenção Psicossocial mais adequado. Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados.

A pesquisa será de natureza qualitativa, através de entrevista individual remota, por meio de roteiro semiestruturado e de um questionário sociodemográfico estruturado, via chamada telefônica ou por plataforma de vídeo.

Os participantes estarão sujeitos a riscos mínimos derivados de possíveis conteúdos desconfortáveis relacionados à rotina de trabalho. Contudo, a exploração dos temas e escuta livre dos participantes durante a entrevista deverá configurar um benefício, considerando a catarse por meio da fala.

Além disso, outros benefícios poderão decorrer da contribuição do projeto relacionados à troca de informações entre pessoas da área de saúde mental, o que contribui para enriquecimento profissional de ambas as partes a respeito de possibilidades de atuação no contexto em questão. Indiretamente, os benefícios se referem à contribuição científica resultante da futura socialização dos resultados da presente pesquisa.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos

participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Débora Simone Araújo Wanderley ou Carla Sant'Ana Brandão Costa através dos telefones (83) 99888-3146; (83) 98833-8097 ou através dos e-mails: debora.wanderley@aluno.uepb.edu.br; carlasbrandao@servidor.uepb.edu.br. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br.

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **Prevenção do sofrimento mental na saúde pública** e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada Prevenção do sofrimento mental na saúde pública poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Carla Sant’Ana Brandão Costa e Débora Simone Araújo Wanderley a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Carla Sant’Ana Brandão Costa, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, __/__/____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXO E- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

24513574/0001-21
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Assis Chateaubriand, 1376
LIBERDADE - CEP 58414-060
CAMPINA GRANDE - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)

Estamos cientes da intenção e autorizamos a realização do projeto intitulado "Prevenção do sofrimento mental na saúde pública" desenvolvido pela aluna Débora Simone Araújo Wanderley do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Carla Sant'Ana Brandão Costa, que acontecerá no Ambulatório de Saúde Mental, localizado no Centro de Saúde do Catolé, situado na Rua: Eutécia Vidal Ribeiro, S/N, - Sandra Cavalcante.

Campina Grande, 23/09/2021

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lívia Sales Cirilo
Coordenação Geral de
Saúde Mental - SMS-CG

ANEXO F – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevenção do sofrimento mental na saúde pública

Pesquisador: Carla de Sant'Ana Brandão Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52728321.5.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.079.770

Apresentação do Projeto:

A pesquisa a ser realizada terá natureza qualitativa, e será executada através de entrevista remota semiestruturada, tendo como referência um questionário sociodemográfico. A amostra será constituída pelos funcionários do Ambulatório de Saúde Mental, no Centro de Saúde do Catolé, na cidade de Campina Grande.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Conhecer a percepção dos funcionários de um serviço de saúde mental em relação às práticas para prevenção ao sofrimento mental. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS :** Conhecer as atividades de prevenção ao sofrimento mental realizadas pela equipe de saúde; -Compreender a importância de práticas preventivas em saúde mental a partir da percepção dos funcionários do serviço;- Investigar os desdobramentos interventivos em casos crônicos/graves e persistentes em relação à saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS : Os participantes estarão sujeitos a riscos mínimos derivados de possíveis conteúdos desconfortáveis relacionados à rotina de trabalho. Contudo, a exploração dos temas e escuta livre dos participantes durante a entrevista deverá configurar um benefício, considerando a catarse por meio da fala. **BENEFÍCIOS :** Os benefícios poderão decorrer da contribuição do projeto relacionada à troca de informações entre pessoas da área de saúde mental, o que contribui para

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP**



Continuação do Parecer: 5.079.770

enriquecimento profissional de ambas as partes a respeito de possibilidades de atuação no contexto em questão. Indiretamente, os benefícios se referem à contribuição científica resultante da futura socialização dos resultados da presente pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem caráter relevante, pois é preciso também cuidar das pessoas que são cuidadoras de pessoas que apresentam sofrimento psíquico, uma vez que se entende-se a saúde como um conceito amplo, influenciado por múltiplos fatores e que envolve promoção de saúde, prevenção de adoecimentos, reabilitação e diversas áreas relacionadas ao bem estar, o presente trabalho será focado terá como objetivo conhecer a percepção dos funcionários de um serviço de saúde mental em relação às práticas para prevenção ao sofrimento psíquico, tendo em vista a grande importância do atendimento primário, bem como a escassez de ofertas de serviço nesse campo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão em conformidade com as exigências da CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto, o Parecer para esta pesquisa é de APROVAÇÃO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1840812.pdf	01/11/2021 17:52:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2TCLEadequado.pdf	01/11/2021 17:51:46	Carla de Sant'Ana Brandão Costa	Aceito
Folha de Rosto	1FOLHAROSTOProjDeboraAssinadaFinal.pdf	19/10/2021 17:07:27	Carla de Sant'Ana Brandão Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1ProjFinalCEPDeboraWanderley.pdf	08/10/2021 20:16:40	Carla de Sant'Ana Brandão Costa	Aceito
Outros	3InstrumentoColeta.pdf	08/10/2021	Carla de Sant'Ana	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.079.770

Outros	3InstrumentoColeta.pdf	20:15:41	Brandão Costa	Aceito
Outros	1TermoAutorizacaoInstitucional.pdf	08/10/2021 20:13:35	Carla de Sant'Ana Brandão Costa	Aceito
Outros	2TermodeAutorizGravacaoVoz.pdf	08/10/2021 20:09:32	Carla de Sant'Ana Brandão Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	1TermoCompromissoPesqResponsavel.pdf	08/10/2021 20:05:11	Carla de Sant'Ana Brandão Costa	Aceito
Declaração de concordância	1DEclaracaoConcordanciaProjPesq.pdf	08/10/2021 20:03:56	Carla de Sant'Ana Brandão Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 04 de Novembro de 2021

Assinado por:
Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que creio ter me dado força e sabedoria para chegar até aqui, e também os valores necessários para ser uma boa profissional: vendo o ser humano com amor, sem julgamentos.

À professora Carla Brandão, por ter me apoiado durante boa parte do curso, tanto me acompanhando e orientando durante minha formação e também nesse trabalho quanto sendo extremamente compreensiva e acolhedora também nas minhas dificuldades pessoais. Ao grupo de extensão por tornarem minha trajetória de graduação mais rica e leve ao mesmo tempo. Aos demais professores do curso, por tornarem minha formação possível e consistente.

À minha mãe Maria José Wanderley, por ser meu grande apoio emocional durante toda a minha vida e por não me permitir acreditar nem por um segundo que eu não era capaz de fazer tudo àquilo a que eu escolher me dedicar enquanto profissional, apesar das dificuldades. À minha mãe e ao meu pai Paulo Wanderley por sempre acreditarem em mim e me apoiarem enquanto pessoa e em toda minha vida estudantil. Também por serem modelos de profissionais e estudiosos, e assim me inspirarem a nunca me acomodar ou me limitar profissionalmente.

Aos meus amigos que o curso me deu, Mateus Uchôa, Stéphanie Fachine e Maria Aparecida Januário, por me acompanharem em todos os momentos dessa jornada. Vocês fizeram tudo mais leve, mais divertido, mais especial e também somaram muito na minha formação.

Aos meus melhores amigos Luie Wanderley, Luíza Toscano, Stefany Machado, Matheus Medeiros, Mariana Medeiros e Amanda Rafaella de Araújo, por terem sido minha família, de sangue ou não, mas sempre escolhendo estar ao meu lado nos bons e nos maus momentos. Vocês me ajudaram a me manter confiante e a me tornar uma pessoa e profissional cada vez melhor. O que vocês me ensinam eu não poderia aprender em nenhuma escola.