



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NAYARA FERREIRA DA COSTA

**ACOLHIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: POTENCIALIDADES E
FRAGILIDADES**

CAMPINA GRANDE - PB

2017

NAYARA FERREIRA DA COSTA

**ACOLHIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: POTENCIALIDADES E
FRAGILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus I, para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Priscilla Maria de Castro Silva

CAMPINA GRANDE - PB

2017

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial "Tereza Brasileiro
Silva", CCBS - UFCG**

C837a

Costa, Nayara Ferreira da.

Acolhimento às pessoas em situação de sofrimento psíquico na atenção primária em saúde potencialidades e fragilidades/ Nayara Ferreira da Costa. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

65 f. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Priscilla Maria de Castro Silva, Dra.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Acolhimento. 2.Sofrimento Psíquico. 3.Atenção Básica. 4.Enfermeiros. I. Silva, Priscilla Maria de Castro (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083:159:964.2 (813.3)



SERVICÓ PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UACS
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC DO CURSO DE
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CAMPUS DE
CAMPINA GRANDE – PB.

Aos 28 dias do mês de Agosto do ano 2017 às 09:30 horas, na sala 05, com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Avaliação da percepção em situações de sofrimento psíquico no atropelo ferroviário em Saúde: potencialidades e fragilidades, desenvolvido pelo aluno (a) Mayara Fernandes da Costa, regularmente matriculado na componente curricular TCC II, no semestre 2017.1, orientado pelo professor (a) Isabella Maria de Castro Silva. O período da defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno utilizou 20 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa, o (a) aluno (a) juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo orientador. Obtendo nota 9,5 (NOVE E CINCO) pelos examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assin, em 18:

Campina Grande, 28/08/2017.

ORIENTADOR(A): Isabella Maria de Castro Silva

TITULAÇÃO: Docente

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: Francisca de Souza Silva Titulação: Doutor

2º Membro: Mariana Lúcia de Almeida Neves Titulação: Mestre

Curso de Bacharelado em Enfermagem

Coordenação do TCC II

Dedico esse trabalho à minha família, por sua capacidade de acreditar em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que eu nunca estive sozinha nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Chega então o final de um capítulo de uma bela narrativa. Foram cinco anos de aprendizagem e construções concretizados nessas breves páginas. Então, é tempo de agradecer aos atores que se fizeram presentes nessa história junto a mim...

Agradeço primeiramente a Deus, que com sua sabedoria traçou e guiou todos os meus passos para que eu concluísse essa etapa da vida.

Tenho imensa satisfação de dedicar tamanha alegria aos protagonistas dessa história, MEUS PAIS, Antonio Dionisio e Francisca Antonia, pois sem vossas atuações não seria possível à conclusão desse sonho. Obrigada por confiarem a mim a difícil missão de iniciar uma história em uma cidade desconhecida e a seguir um caminho repleto de incertezas e por apoiarem o meu sonho mesmo diante das dificuldades vivenciadas ao longo dessa trajetória.

Agradeço a minha irmã, Nayane Costa, que esteve presente em todos os momentos da minha vida e foi minha fortaleza nos momentos mais difíceis. Sua presença se fez necessária pra conclusão dessa história, obrigada pelos abraços, pelas críticas, pelos sorrisos, pelas lágrimas e por compartilhar tantos sentimentos e aspirações comigo.

Ao meu companheiro, ouvinte e confidente, meu namorado, Izaac Albuquerque, que se fez presente desde o início dessa jornada e vivenciou os momentos de alegria e de tristeza ao meu lado, agradeço eternamente.

Gratidão a minha família e aos meus amigos, que com simplicidade e companheirismo diminuíram o peso de muitos fardos que tive que carregar.

Minha sincera e eterna gratidão a minha orientadora Priscilla Castro, que através do ensino, do incentivo e por ter acreditado em mim, foi primordial na concretização desse sonho.

Aos componentes da banca examinadora, Maria Luísa e Francisco de Sales, que para além da minha formação acadêmica, se fizeram indispensáveis na concretização desse trabalho, gratidão.

A todos os professores, preceptores e profissionais que contribuíram na minha formação acadêmica, muito obrigada.

A Liga Interdisciplinar de Atenção a Saúde Mental, que dispõe de componentes incríveis, obrigada pelo acolhimento, pelas inquietações e pelo aprendizado adquirido.

A turma 2012.2, aos que se foram no decorrer dos anos e aos agregados, agradeço pelas palavras de força nos momentos mais difíceis e pelo incentivo para seguir em frente.

Posto o ponto final desse capítulo de minha vida, deixo em branco as próximas páginas para que sejam preenchidas com responsabilidade e excelência do exercício da minha profissão.

COSTA, N. F. Acolhimento às pessoas em situação de sofrimento psíquico na atenção primária em saúde: potencialidades e fragilidades. Campina Grande: UFCG, 2017. 65 p.

RESUMO

O Acolhimento aos indivíduos em situação de sofrimento psíquico é essencial, uma vez que é primordial para a inserção e permanência do indivíduo no serviço de saúde. O presente estudo tem como objetivo principal avaliar com base na percepção dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica, as fragilidades e potencialidades da estratégia do acolhimento, associado ao atendimento a pessoa com sofrimento no município de Campina Grande-PB. O estudo é do tipo descritivo e analítico com abordagem qualitativa, na qual se utilizou um roteiro para entrevista semiestruturada com perguntas subjetivas direcionadas aos enfermeiros atuantes há pelo menos um mês nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V de Campina Grande-PB. Obteve-se uma amostra de 20 participantes, predominantemente do gênero feminino. Para a realização da pesquisa foram obedecidos os preceitos da resolução 466/2012, onde a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa se deu com o parecer de número 2.065.085 no dia 16 de maio de 2017. Diante da análise do material empírico foi possível evidenciar o entendimento dos enfermeiros no que concerne o significado do acolhimento às demandas de saúde mental, constatar suas percepções acerca das potencialidades e fragilidades da operacionalização do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde que atuam e, ainda, observar suas sugestões e estratégias para a melhoria do acolhimento na atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Sofrimento Psíquico; Atenção Básica; Enfermeiros.

COSTA, N. F. **Care for people suffering from psychological distress in primary care: potentialities and weaknesses.** Campina Grande: UFCG, 2017. 65 p.

ABSTRACT

The reception of individuals in situations of psychological distress is essential, since it is essential for the insertion and permanence of the individual in the health service. The main objective of this study is to evaluate, based on the perception of nurses who work in Primary Care, the weaknesses and potentialities of the reception strategy, associated to care for the person with suffering in the city of Campina Grande-PB. The study is descriptive and analytical with a qualitative approach, in which a script for a semi-structured interview with subjective questions directed to the nurses working for at least one month was used in the Basic Health Units of the Sanitary District V of Campina Grande-PB. A sample of 20 participants, predominantly female, was obtained. For the accomplishment of the research, the precepts of resolution 466/2012 were obeyed, where the approval of the project by the committee of ethics in research occurred with the opinion of number 2,065,085 on May 16, 2017. Before analyzing the empirical material It was possible to highlight the nurses' understanding regarding the meaning of the reception of the mental health demands, to verify their perceptions about the potentialities and weaknesses of the operationalization of the reception in the Basic Health Units that work and also to observe their suggestions and strategies for the Improvement of care in basic care.

KEYWORDS: Reception; Psychic Suffering; Basic Attention; Nurses.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 TRAJETÓRIA DA HISTÓRIA DA LOUCURA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	16
2.2 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL.....	21
2.3 ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE SAÚDE MENTAL.....	27
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 TIPO DE ABORDAGEM	31
3.2 LOCAL DA PESQUISA	31
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	32
3.3.1 População	32
3.3.2 Amostra	33
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	33
3.4.1 Critérios de inclusão	33
3.4.2 Critério de exclusão	33
3.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO	33
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	34
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	34

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO..... 36

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 51

REFERÊNCIAS BOBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE 1

APENDICE 2

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

ANEXO D

ANEXO E

1 INTRODUÇÃO

A loucura por anos foi negligenciada e estigmatizada. Os indivíduos considerados doentes mentais sofriam maus tratos e a maioria dos internos em grandes hospitais psiquiátricos não tinham sequer diagnósticos de doenças mentais. O que se encontrava eram pessoas que incomodavam a sociedade, a exemplo de prostitutas, homossexuais, etilistas, vítimas de estupro, pessoas que fugiam das regras impostas pelos detentores do poder ou pessoas que seriam potenciais problemas aos mesmos. Ali, eram expostas a condições subumanas e tornavam-se vítimas de atrocidades perversas. Por muito tempo seus corpos foram vendidos pra as faculdades de medicina, onde viraram produtos lucrativos, estes, perderam a dignidade durante a vida e após a morte (ARBEX, 2013).

Outra modalidade de sanitarismo da sociedade, que consistia em embarcações abarrotadas de pessoas consideradas doentes mentais, que seguiam sem destino nos rios da Renânia e dos canais flamengos e ficavam a mercê da própria sorte, até os fins de suas vidas, Foucault dava o nome a esse fenômeno de “Nau dos Loucos” (FOUCAULT, 1978).

Semelhante a esse fato histórico, remontamos a atrocidade que aconteceu no Brasil, mas precisamente em Barbacena, Minas Gerais, chamada de “Trem dos Loucos”. Pessoas eram colocadas no trem, sem saber para onde iriam e tinham como seu destino final um dos mais tenebrosos hospitais psiquiátricos do Brasil, o Hospital Colônia, e dali não retornariam ao local de onde vieram, era uma viagem sem volta. Com o início de perversidades e desrespeito, e um fim daquelas vidas (ARBEX, 2013).

Diante desse cenário, nos meados de 1970, surgiram debates acerca da loucura e sobre o tratamento instituído, além de suas consequências, em suma negativas, sob esses indivíduos. Logo, surgiram críticas ao modelo hospitalocêntrico, à segregação, à violência institucional e ao isolamento, condições impostas aos mesmos (PAULA, 2008). Inicia-se então o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, este foi dividido em dois períodos: o primeiro baseava-se na crítica ao modelo hospitalocêntrico, que ocorreu entre 1978 e 1991 e o segundo consiste na implantação das redes extra- hospitalares que ocorreu entre 1992 e 2000 (BORGES, 2013).

Para reforçar e enfatizar o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, além de lutar por mais direitos para a classe, foi fundado, em 1987, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Este, no presente, se mostra atuante em reivindicações a favor do

tratamento humanizado e de uma saúde digna para as pessoas em sofrimento psíquico. O Movimento luta por uma Reforma Psiquiátrica eficaz e capaz de mudar a realidade desses indivíduos, apoia a desinstitucionalização, busca a articulação entre a política de saúde mental e as outras políticas públicas sociais e almeja desmistificar a loucura, alcançando, dessa forma, a mudança das relações entre a sociedade, os doentes mentais, a loucura e a institucionalização. (GOMES, 2013)

E, finalmente, a Reforma Psiquiátrica Brasileira concretizou-se em 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e visa a mudança da assistência e tratamento das mesmas. Ela tinha como objetivo central a desconstrução do modelo asilar (BRASIL, 2001).

Para garantir a melhoria da atenção básica, a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, esta experimenta modificações que alteram o modelo de assistência e aumentam a qualidade do acolhimento e assistência prestada aos usuários das UBS. Desde 2006, a PNAB estabelece medidas para melhorar as condições de trabalho daqueles atuantes na AB, e desde então é instituída a necessidade da educação permanente dos profissionais, a importância da distribuição de recursos adequada, da classificação das responsabilidades das esferas do governo para com a AB, dentre outras ações. Além disso, a PNAB 2011 inovou no que concerne à ampliação do acesso à saúde aos moradores de rua, incentivando a extensão dos Consultórios na Rua (BRASIL, 2012).

Além do mais, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ - AB), também se configura como contribuinte para a melhoria do acolhimento nas UBS, visto que o programa objetiva garantir a melhoria da qualidade da AB através da avaliação complexa das UBS e, diante disso, da implementação de estratégias para incentivar mudanças e melhorias (BRASIL, 2012).

Já a Política Nacional de Humanização do SUS tem como finalidade promover mudanças na gestão e no cuidado da atenção básica, além de praticar os princípios do SUS nos serviços de saúde. Busca construir ações de saúde através de processos coletivos, diante da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2015).

No intuito de garantir todos os direitos que a Reforma Psiquiátrica aborda, foram criados Serviços Substitutivos em Saúde Mental, que são compostos por: centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; Unidades Básicas de

Saúde e Programa de Saúde da Família; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa De Volta pra Casa; além de Centros de Convivência e Cultura. (BRASIL, 2012).

Com a finalidade de ampliar os pontos de atenção a pessoas em sofrimento psíquico, no âmbito do SUS, foi criada e validada, através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).

Logo, a atenção básica está inserida na RAPS e tem como principal ferramenta para a eficácia da assistência a pacientes em sofrimento psíquico, o Acolhimento (BRASIL, 2015) Este, consiste em uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, além do mais, é possível considerá-lo um dispositivo contribuinte para a efetivação do SUS. É fundamental para a criação de vínculo entre usuários e profissionais, possibilita maior adesão dos pacientes aos serviços e aumenta resolutividade dos mesmos e os profissionais de saúde desempenham posição primordial para a efetivação do mesmo (BRASIL, 2010).

No entanto, no tocante ao acolhimento é possível visualizar algumas fragilidades, uma delas é a compreensão de que acolhimento é um espaço físico, que deve ser realizado somente na chegada dos pacientes e somente pelos profissionais da saúde, confundindo-o com a triagem e diminuindo a sua complexidade. Outro problema encontrado é o equívoco na organização dos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde, pois o atendimento é realizado mediante a ordem de chegada, não através da análise da gravidade e urgência de cada indivíduo (BRASIL, 2010). Além disso, é possível observar o julgamento que os profissionais de saúde deferem a algumas pessoas, como as que apresentam sofrimento psíquico, classificando-os, generalizando-os e os excluindo (BRASIL, 2015).

Deste modo, presumimos que essa problemática pode existir por diversos motivos, pela não capacitação em saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham na atenção primária, devido à rotatividade dos profissionais, que pode acarretar na falta de criação de vínculo com a comunidade, por déficit na RAPS e até mesmo pelo preconceito dos profissionais em relação a pessoas em situação de sofrimento psíquico.

Sendo assim, lançamos as seguintes perguntas norteadoras da pesquisa: Será que os profissionais da atenção básica se sentem preparados para acolher as demandas de Saúde Mental na atenção básica? Será que a rede de atenção psicossocial se encontra apropriada para o acolhimento dessa demanda nos serviços de base territoriais? Teria, pois, a principal porta de entrada das demandas de saúde mental fragilidades de acolhimento no território?

Essa pesquisa se justifica mediante observações empíricas realizadas em campos de estágio e por meio de estudos literários na disciplina de Saúde Mental e na Liga Interdisciplinar de Atenção à Saúde Mental acerca do acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica de Saúde. Com isso, foi possível perceber que havia falhas neste sentido, por isso a necessidade de constatar a existência das mesmas e a causa desse fenômeno. Por isso, se faz necessário a interpretação dos significados dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de Campina Grande acerca da operacionalização do acolhimento às demandas de saúde mental, no intuito de identificar as potencialidades e as dificuldades vivenciadas por eles. Portanto, a relevância deste estudo se dar por que a partir do mesmo podemos identificar quais e onde se encontram às fragilidades no tocante ao acolhimento às demandas de saúde mental e com isso torna-se possível analisar e estruturar estratégias para aprimorar tanto o acolhimento quanto à assistência prestada a esses indivíduos.

Visando responder tais questionamentos, como objetivo geral temos avaliar com base na percepção dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica, as fragilidades e potencialidades da estratégia do acolhimento, associado ao atendimento a pessoa com sofrimento no município de Campina Grande-PB. E especificamente, temos: investigar as potencialidades e fragilidades encontradas na Atenção Básica de Campina Grande para o acolhimento das demandas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde da Família; avaliar as percepções dos enfermeiros do Distrito Sanitário V de Campina Grande acerca da operacionalização e preparo para o acolhimento das demandas de saúde mental na atenção básica; caracterizar o perfil sócio demográfico dos enfermeiros que realizam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V de Campina Grande-PB e, por fim, identificar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica frente à realização do acolhimento do usuário da saúde mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRAJETÓRIA DA HISTÓRIA DA LOUCURA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O conceito e significado da loucura tiveram diversas nuances no decorrer do tempo. Seus primeiros registros surgiram na Antiguidade grega e romana, onde a loucura era vista como manifestações místicas. Estudiosos acreditavam na existência de influências demoníacas, que se manifestavam através de comportamentos estranhos daqueles indivíduos considerados loucos. Logo, o tratamento tornou-se de cunho religioso, e, na época da Inquisição aqueles que não seguiam a ideologia cristã eram denominados como loucos, bruxos e servidores do mal, e, diante disso, tornavam-se alvos de perseguições além de serem condenados a morte (MILLANI; VATENTE, 2008).

Os estudos acerca de transtornos mentais passaram por transformações no decorrer do tempo, antes da Idade Média era denominado pela ciência como alienismo, sucedendo a essa fase, surge à psiquiatria, tendo como seu mentor Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria. Pinel era atuante na Revolução Francesa, esta, por sua vez, trouxe mudanças inovadoras nos hospitais daquela época, modelos estes com influência nos dias de hoje. Os hospitais naquele tempo não tinham caráter científico como atualmente, tinham caráter filantrópico, com o objetivo de abrigar tanto os pobres quanto os doentes. No século XVII, foi criado pelo Rei da França o Hospital Geral, com a finalidade de remover da sociedade as pessoas consideradas loucas, era uma medida sanitária para os grandes centros, Foucault chamou esse fenômeno de “A Grande Internação” e “O Grande Enclausuramento” (AMARANTE, 1995).

O que caracterizava século XVII era o conceito de salubridade, sendo primordial para a medicina social. Para a efetivação desse modelo, antecedendo a criação do Hospital Geral, foram criados comitês de salubridade dos departamentos e principais cidades. A noção de salubridade caracterizava-se pela preocupação em manter objetos e elementos em bom estado, assim como o meio ambiente, almejava a higiene pública e o controle social e urbano, sua finalidade era promover melhores condições de saúde. Esse modelo sanitarista, na França, perpassa até meados do século XIX, até então, os pobres não eram considerados, assim como os loucos, um perigo a saúde da sociedade. Pois, até o momento, eram essenciais na

realização de tarefas primitivas e não tinham poder de revolução. A partir do século XIX, surgiram modificações nesse episódio, os pobres e plebeus demonstravam inquietações revolucionárias, além do adoecimento da cólera. E, assim como os loucos, os pobres começaram a apresentar risco à sociedade e tornaram-se, também, alvos do modelo sanitário (FOUCAULT, 1979).

O cenário que demonstra o sanitarismo desse século é descrito por Foucault como “Nau dos Loucos”, se tratava de grandes embarcações com indivíduos considerados nocivos à sociedade, como homossexuais, enfermos, loucos, etc. Estes eram postos, à força e sem esclarecimento, em grandes navios que navegavam sem destino sob os rios da Renânia e os canais flamengos. Estas pessoas eram postas à própria sorte, expostos ao frio, a doenças, à fome e a todos os tipos de atrocidades, além disso, essas embarcações não retornavam com seus tripulantes, estes, tinham como seu destino final suas mortes, e, dessa forma, a sociedade livrava-se daqueles que a poluíam (FOUCAULT, 1978).

Contudo, no final do século XVII, este cenário sofre um processo de transformação, os internos não acometidos de doenças mentais rebelam-se e lutaram pelo fim de suas internações, questionavam por quais motivos eram submetidos a tais atrocidades e reivindicavam seus direitos a liberdade. Concomitante a isso, surgem crises políticas e econômicas, na qual as grandes internações tornaram-se economicamente inviáveis e as cidades necessitavam da mão de obra barata dos mendigos, pobres e prostitutas ali internos, a partir disso, os hospitais gradativamente tornaram-se apenas de cunho psiquiátrico, e àqueles que não sofriam qualquer retardo mental começaram a servir a sociedade (MILLANI; VATENTE, 2008).

Tal cenário também se fazia presente no Brasil, por onde perpassou grande parte do século XX, no qual vidas eram postas à própria sorte no maior hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospital Colônia. Logo, indivíduos eram postos à força em trens que tinham como destino final o Hospital Colônia, no qual a maioria não retornava a sociedade, este fenômeno foi denominado como o “Trem dos Loucos”. Os internos eram submetidos a todos os tipos de atrocidades e este local foi titulado por Daniela Arbex como o Holocausto Brasileiro, em virtude de mais de 60 mil vidas inocentes ceifadas por trás dos muros deste hospital. Os critérios utilizados para a internação dos indivíduos eram àqueles vistos no século XVII, a segregação mostrava-se eficiente para o sanitarismo das cidades, por isso eram internos todos

aqueles que degradavam a mesma, como prostitutas, homossexuais, alcoólatras, mendigos, etc., e, na minoria, os que tinham como diagnóstico algum transtorno mental (ARBEX, 2013).

Além dos maus tratos, insalubridade e violência constantes naquele local, os indivíduos tornaram-se mercadoria lucrativa para o hospício, visto que, quando mortos pelo frio e pelas condições subumanas nas quais eram expostos, seus corpos eram vendidos pra faculdades de medicina, e, quando o mercado da venda de corpos saturou, eles eram decompostos em ácido para que seus ossos fossem comercializados (ARBEX, 2013).

Diante da inquietação diante deste cenário monstruoso e inspirada na Reforma Psiquiátrica Italiana, despertou, na década de 60, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, quando o médico italiano Franco Baságliia obteve uma experiência exitosa ao fechar o hospital psiquiátrico de Gorizia. Tal episódio repercutiu mundialmente e influenciou diversos movimentos da luta antimanicomial. O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi dividido em dois momentos: o primeiro, de 1978 a 1991, consistiu em críticas ao modelo hospitalocêntrico, em suma realizada por familiares, sindicalistas e trabalhadores, na qual eclodiram as denúncias de maus tratos. O segundo, de 1992 a 2000, e que perdura até os dias atuais, consiste na implantação de redes e serviços extra-hospitalares (BORGES, 2013).

Em meados dos anos 70, surge um personagem que se mostrava inquieto da barbárie existente na assistência psiquiátrica brasileira, Ronaldo Simões Coelho, Psiquiatra, tinha o propósito de extinguir o Hospital Colônia, desfrutava de ideias revolucionárias e contrárias ao modelo hospitalocêntrico, era influenciado pelos pensamentos de Michel Foucault, personalidade que o mesmo obteve o ensejo de conhecer e permutar conhecimentos. E, somente no final da década de 70, o Hospital Colônia foi denunciado por Simões no III Congresso Mineiro de Psiquiatria. E, finalmente em 1979 o país recebeu a ilustre passagem do Italiano Franco Baságliia, que visitou alguns hospitais psiquiátricos brasileiros e tornou as atrocidades do Hospital Colônia conhecidas mundialmente. Acontecimentos que simbolizaram os primeiros passos para a mutação do modelo manicomial brasileiro e viabilizaram o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (ARBEX, 2013).

Através do descontentamento e denúncias à violência psiquiátrica e ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, foi possível a expansão de debates e discussões que objetivavam o fim do modelo manicomial. Uma dessas iniciativas revolucionárias foi responsável pela criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), fundado em 1976

e existente até hoje, cuja missão é lutar pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Este fenômeno pode ser considerado o marco para o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1995).

Com a finalidade de remodelar a assistência psiquiátrica brasileira, surgem movimentos primordiais na luta antimanicomial. Em 1978, advém no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), embasava-se em críticas ao modelo assistencial psiquiátrico vigente no país e buscava possibilidades de intervir na saúde mental, visando a desinstitucionalização (AMARANTE, 2010).

No ano de 1986, é concebido, na cidade de São Paulo-SP, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, nominado de Professor Luís da Rocha Cerqueira, acontecimento inspirador e primordial para a remodelação da assistência psiquiátrica brasileira. Logo, tinha a finalidade de acolher, atender e prestar assistência a novos pacientes e egressos de hospitais psiquiátricos, além de ter se tornado referência diminuição de internações em hospitais psiquiátricos na região. Já em 1987, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental na cidade de Bauru-SP, organizado pelo MTSM, foi criado o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, também neste evento, surge o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Esse luta, desde então, para garantir os direitos dos portadores de transtornos mentais, além de buscar outras ferramentas de cuidado, como dispositivos extra-hospitalares, objetivando diminuir os leitos hospitalares psiquiátricos, pois se mostra atuante contra o modelo asilar (RIBEIRO, 2004).

Outro marco importante para o processo de desinstitucionalização no país ocorreu no ano de 1989, quando a Casa de Saúde Anchieta, hospício com mais de quinhentos internos, na cidade de Santos, foi fechada e substituída por outro modelo assistencial, dispôs da criação de Centros de Atenção Psicossocial, que funcionavam vinte e quatro horas por dia, projetos culturais e artísticos, lares de abrigo e cooperativas de trabalho (AMARANTE, 2010).

Ainda neste ano, foi submetido ao Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, o qual propõe os direitos de indivíduos acometidos por transtornos mentais e almejava a decadência do modelo manicomial. Contudo, o processo de tramitação foi longo, e apenas em 06 de abril de 2001 a Lei nº 10.216/2001 foi promulgada (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010). A Lei garante aos portadores de doença mental o direito ao acesso a um tratamento humanizado, proteção contra abusos e exploração, assegura

a reinserção dos mesmos à sociedade, e, principalmente, que o tratamento seja realizado em serviços comunitários, para que desta forma não haja a segregação desses indivíduos (BRASIL, 2001).

Logo depois, eclode um episódio primordial para nortear os rumos da saúde brasileira, quando foi instituída através da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta define saúde como direito de todos e dever do Estado, e, SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelas esferas públicas do país, podendo ter participação complementar de instituições privadas (BRASIL, 1990).

E, finalmente em 1989 foi submetido ao Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, o qual propõe os direitos de indivíduos acometidos por transtornos mentais e almejava a decadência do modelo manicomial. Contudo, o processo de tramitação foi longo, e apenas em 06 de abril de 2001 a Lei nº 10.216/2001 foi promulgada (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010). A Lei garante aos portadores de doença mental o direito ao acesso a um tratamento humanizado, proteção contra abusos e exploração, assegura a reinserção dos mesmos à sociedade, e, principalmente, que o tratamento seja realizado em serviços comunitários, para que desta forma não haja a segregação desses indivíduos. A Política Nacional de Saúde Mental é apoiada pela Lei nº 10.216/2001 e almeja um modelo de saúde mental comunitário, além do cuidado continuado e integral dos indivíduos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2001).

Logo, foram promulgadas legislações estaduais embasadas no Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, são elas: a Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993, do Estado do Ceará, na qual veta a construção e/ou ampliação de hospitais psiquiátricos no território cearense, visando à redução de hospitais psiquiátricos no Estado. A Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, do Distrito Federal, que dispunha de diretrizes que asseguravam os direitos de usuários portadores de transtornos mentais. A Lei nº 5.267, de 7 de agosto de 1992, do Espírito Santo, estabelecia os direitos fundamentais de portadores de doenças mentais. A Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, de Minas Gerais, dispões sobre a promoção de saúde e reinserção dos mesmos à sociedade, além de implantar ferramentas extra-hospitalares para assistiá-los. Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995, no Paraná, viabiliza melhores condições de assistência aos internos psiquiátricos e aos estabelecimentos de saúde mental (BRASIL, 2002).

A Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994, de Pernambuco, desfruta da substituição de hospitais psiquiátricos por serviços integrais à saúde e regulamenta a internação involuntária de indivíduos em sofrimento psíquico. A Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995, do Rio Grande do Norte, desfruta sobre a adequação de hospitais e leitos psiquiátricos, além da construção de espaços substitutivos. Já a Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, do Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por serviços substitutivos em saúde mental e desfruta de medidas protetivas à pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2002).

Através do exposto, é possível afirmar que a Reforma Psiquiátrica teve uma trajetória árdua, no entanto perseverou devido a manifestações sociais e políticas no país e obteve grandiosas conquistas para a saúde mental brasileira. Contudo, as lutas contra o modelo antimanicomial não deve cessar, pois apenas dessa forma é possível obter experiências exitosas e remodelar a assistência psiquiátrica do país.

2.2 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL

Os Serviços Substitutivos em Saúde Mental são oriundos da Reforma Psiquiátrica e das lutas dos movimentos antimanicomiais, consistem em serviços extra-hospitalares, que almejam proporcionar tratamento humanizado, reinserção à sociedade e a desinstitucionalização dos portadores de doenças mentais. Consiste em um modo de remontar a saúde mental brasileira (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010). São compostos por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa De Volta pra Casa; além de Centros de Convivência e Cultura. (BRASIL, 2012).

O CAPS é regulamentado pela a Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, na qual é definido como repartição local, responsável pelo atendimento de sua população adscrita. Conta com atendimentos multiprofissionais, que ocorrem por pelo menos um turno de quatro horas por pelo menos cinco dias da semana. Os usuários do CAPS são assegurados ainda, a dispor de atendimentos individuais, atendimentos em grupo, assistência aos familiares, atividades comunitárias, centradas na inserção dos indivíduos a comunidade, e além de tudo, estabelece que usuários que passem um turno de quatro horas no CAPS desfrutem de duas refeições no local e àqueles que passem oito horas, de três refeições (BRASIL, 1992).

Logo, os Centros de Atenção Psicossocial são divididos em cinco modelos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPSi. O CAPS I é apto a atender em municípios com população entre 20000 e 70000 habitantes, seu horário de funcionamento é de 8 à 18 horas, de segunda-feira a sexta-feira. O CAPS II em municípios com população entre 70000 e 200000 habitantes, apresenta o mesmo horário de funcionamento do CAPS I, com a ressalva que, quando necessário, pode ter expediente noturno, até 21 horas. E, ambos destinam-se ao atendimento de adultos com transtornos mentais persistentes. Já o CAPS III atende em municípios com população maior que 200000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana. E, dispõe, ainda, de leitos-noite, com o propósito de amparar usuários em crises psíquicas no período noturno e nos finais de semana, almejando assistência integral do indivíduo e obstando sua internação em hospitais psiquiátricos. Tal ferramenta deve ser utilizada em pacientes vinculados ao projeto terapêutico no CAPS e não pode ultrapassar o intervalo de sete dias ininterruptos ou dez dias alternados em períodos mensais. O CAPS AD tem capacidade de fornecer serviços municípios com população maior que 70000 habitantes, seu horário de funcionamento é de 8 à 18 horas, pode apresentar turnos noturnos até 21 horas, mediante necessidade, é disponível de segunda a sexta e é destinado a pacientes cujo transtornos mentais são decorrentes de uso de substâncias químicas. O CAPSi, pode atender uma população de até 200000 habitantes, exibe o mesmo horário de funcionamento que o CAPS AD e destina-se a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Os Hospitais-Dia e ambulatórios de saúde mental consistem em ferramentas que tencionam minimizar o número de internações em hospitais psiquiátricos. Propõe-se um conjunto de atividades a serem realizadas com os portadores de transtornos mentais acima de 18 anos e seus familiares, em até cinco dias da semana, de segunda a sexta, de 8 a 17 horas, com carga horária de oito horas diárias por paciente e é composto por uma equipe multidisciplinar. Os pacientes em regime têm direito a três refeições diárias e serão alvos das seguintes atividades: atendimento individual, atendimento grupal, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias (BRASIL, 1992).

Já a Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família, responsáveis por 80% da resolutividade no que diz respeito à saúde da população e atendendo o princípio da integralidade à saúde, destaca-se crucial para a saúde mental e deve mostrar-se atuante em ações que viabilizem melhor assistência às demandas da mesma (BRASIL, 2002). Contudo, é importante que haja o serviço de referência e contra-referência da Atenção Básica com outros

serviços de rede de atenção à saúde mental para afunilar a assistência e prestar o cuidado integralmente, além disso, é importante a atuação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (MATEUS, 2013).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem em 2000, através da Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, estes consistem em moradias destinadas a abrigar portadores de transtornos mentais que não possuam suporte social, econômico e familiar, além de egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, e visa à reinserção à comunidade. São divididos em duas modalidades: SRT Tipo I e SRT Tipo II (MARTINS et al., 2012).

§ 1º - São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores. § 2º - São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores (BRASIL, 2000, p.01).

O Programa De Volta pra Casa foi instituído mediante a Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003, tem como integrante o auxílio-reabilitação psicossocial, incentivo financeiro para indivíduos egressos de hospitais psiquiátricos por pelo menos dois anos ininterruptos. Propõe-se contribuir com a reinserção dos mesmos à sociedade, proporcionando-os condições econômicas e sociais (LIMA; BRASIL, 2014). O valor do benefício é de 240 reais, passível de reajuste, a quantia é paga diretamente ao beneficiário ou ao seu representante legal e terá duração de um ano, estando suscetível a renovação caso seja necessário. O benefício é suspenso se o indivíduo for reinterno em hospital psiquiátrico ou quando há êxito na reinserção social (BRASIL, 2003).

E por fim, os Centros de Convivência e Cultura são definidos pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 como espaços nos quais é ofertado aos usuários e familiares um meio de sociabilizar, de produzir cultura e arte. É primordial para a integração ao meio social de indivíduos em sofrimento psíquico e suas programações são moldadas diante da necessidade de seu público-alvo (BRASIL, 2011).

Realizando um recorte epidemiológico dos Serviços Substitutivos implantados no Brasil em dezembro de 2014, seguem os seguintes dados: no que concerne aos Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), existiam 2209 CAPS, sendo 1069 CAPS I, 476 CAPS II, 85 CAPS III, 201 CAPSi, 309 CAPSad e 69 CAPSad III; no que compete às Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família, haviam 56652 Equipes de Saúde da Família, 7240 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo 2742 NASF I, 2087 NASF II e 2421 NASF III; existiam 289 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) habilitados, sendo, 1 na Região Norte, 75 na Região Nordeste, 31 na Região Sul, 170 na Região Sudeste e 12 na Região Centro-Oeste; ainda, no tocante do Programa De Volta pra Casa, há 4349 indivíduos beneficiados do programa, sendo 36 na Região Norte, 815 na Região Nordeste, 473 na Região Sul, 2790 na Região Sudeste e 235 na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2015).

Já no município de Campina Grande-PB, de acordo com Clementino et al. (2016, pg. 263), os Serviços Substitutivos existentes são:

[...] oito CAPS (um CAPSAD, dois CAPS I, um CAPS II, um CAPS III e três CAPSi), um Centro de Convivência e seis Residências Terapêuticas. Tomando-se por base a divisão administrativa do município, selecionaram-se cinco CAPS. Dois desses serviços substitutivos são classificados como tipo I; um do tipo II e um do III, além de um CAPS AD. Os dois serviços substitutivos da modalidade CAPS I estão localizados nos distritos sanitários de Galante e São José da Mata, sendo referência para três municípios paraibanos circunvizinhos: Fagundes, Puxinanã e Boa Vista.

Com a finalidade de ampliar acesso à atenção psicossocial, foi instituída através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial. Esta é composta pelos seguintes componentes: **Atenção básica em saúde**, formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde e equipe de atenção básica para populações específicas, estas divididas em Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; e por Centros de Convivência. **Atenção psicossocial especializada**, formada pelos seguintes pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades. **Atenção de urgência e emergência**, formada pelos seguintes pontos de atenção: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e Unidades Básicas de Saúde, entre outros. **Atenção residencial de caráter transitório**, formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial. **Atenção hospitalar**, formada pelos seguintes pontos de atenção: enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: Serviços Residenciais Terapêuticos. E **reabilitação psicossocial** (BRASIL, 2011, grifo meu).

A Atenção Básica de Saúde (ABS) trata-se de um elemento primordial da RAPS, de acordo com Brasil, (2013, pg.21), é responsável pela “promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”. Ademais, segundo Brasil, (2011, pg. 03), a ABS “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade da participação social”.

Portanto, é responsabilidade da ABS promover ações que viabilizem a integralidade do cuidado aos doentes mentais, garantir que recebam atendimento em todas as áreas clínicas, a exemplo de odontologia, nutrição, entre outras, para que os mesmos não sejam minimizados apenas ao diagnóstico de um transtorno mental. Além disto, deve ser realizada a busca ativa, quando é possível localizar e intervir em situações e/ou locais que acarretam sofrimento psíquico nos indivíduos da comunidade. Diante disso e somando ferramentas como: grupos terapêuticos, grupos de apoio, incentivo ao laser e esporte, assim por diante, torna-se viável a prevenção em saúde mental (MATEUS, 2013).

A Unidade Básica de Saúde é responsável pelo atendimento e acompanhamento de demandas gerais da comunidade onde se localiza, sendo este atendimento programado ou não, sua carga horária de funcionamento é de 40 horas semanais. A equipe básica que uma UBS deve conter: um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um cirurgião dentista e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, além de no máximo 12 agentes comunitários de saúde, onde estes podem atender no máximo 750 pessoas. Cada equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, considerando a vulnerabilidade do local e dos indivíduos da comunidade (BRASIL, 2011).

Visando a colaboração com as atribuições da ABS e das UBS, foram criados, pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). Estes são responsáveis pela ampliação das ações da ABS e de sua resolutividade, e, compostos por profissionais de diversas áreas do conhecimento que trabalham em conjunto com profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF) e devem ter o horário de funcionamento concomitante a estas. Contudo, não consiste na principal porta de entrada do

SUS, sendo esta às Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Os NASFs são divididos em dois tipos: NASF I e NASF II. O primeiro deverá ser composto por pelo menos cinco profissionais, não coincidentes, entre as seguintes modalidades: médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Já o segundo deverá ser composto por pelo menos três profissionais, não coincidentes, entre as seguintes modalidades: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008).

Outra potencialidade da ABS é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), este possibilita identificar os problemas dos indivíduos, famílias e comunidade, planejar e programar estratégias e metas de cuidado e acompanhar a evolução dos mesmos (VASCONCELOS, 2016). É primordial que a elaboração de um PTS seja realizada por uma equipe multiprofissional que esteja comprometida com a resolutividade do problema, sendo um membro desta equipe autor responsável principal pelo PTS, este deve ter maior vínculo ao paciente em questão (OLIVEIRA, 2007).

Contudo, constatou-se que havia uma parcela da população que não era beneficiada adequadamente pela ABS, a População em Situação de Rua. Esta, portadora de infinitas fragilidades, clamava por estratégias que a concedesse direito à saúde, lazer, etc. (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, foi criada a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, através do Decreto nº 7.053 DE 23 de dezembro de 2009. Esta por sua vez, tem como objetivos: assegurar à População em Situação de Rua acesso à saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho, alimentação e renda; promover capacitação permanente de profissionais e gestores que lidam com essa população; realizar o controle epidemiológico destes usuários; a elaboração e efetivação de ações educativas objetivando a formação cultural, ética, e de respeito entre a população referida; o incentivo de pesquisas e produção científica sobre tais indivíduos; a implantação de centros de defesa de direitos humanos para os mesmos; e, por fim, disponibilizar canais de comunicação que possibilitem a realização de denúncias de abusos sofridos por eles (BRASIL, 2009).

Frente a isto, foram instituídos os Consultórios nas Ruas, compostos por equipes multiprofissionais que prestam assistência integral e continuada à População em Situação de Rua e devem ter suas ações integradas às UBS e aos demais serviços substitutivos, mediante necessidade do usuário. As Equipes de Consultório nas Ruas são divididas em três modalidades: Modalidade I, composta por quatro profissionais, sendo estes, dois com nível escolar superior e dois com nível escolar médio; Modalidade II, composta por seis profissionais, sendo estes, três com nível escolar superior e três com nível escolar médio; e, por fim, Modalidade III, que consiste na equipe de profissionais da Modalidade II somadas à um profissional médico. As Equipes deverão cumprir a carga horária semanal de 30 horas e os horários de funcionamento devem adequar-se à população atendida, podendo estes sucederem em qualquer dia da semana e em qualquer turno. Além disso, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem ser atuantes no apoio às Equipes, complementando suas ações (BRASIL, 2012).

Epidemiologicamente, no que concerne à Distribuição das Equipes de Consultórios na Rua implantadas e habilitadas, em dezembro de 2014, no Brasil, existiam o total de 111 Equipes de Consultórios na Rua, sendo estas, 22 da Modalidade I, 50 da Modalidade II e 39 na Modalidade III. Sendo, 3 na Região Norte, 27 na Região Nordeste, 12 na Região Sul, 60 na Região Sudeste e 9 na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2015).

Logo, como suportes da atenção básica em saúde na RAPS existem as Equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, que tem o propósito de apoiar todos os pontos de atenção e é composta por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2011).

2.3 ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE SAÚDE MENTAL

A Política Nacional de Atenção Básica é a precursora nas mudanças no que diz respeito à melhoria da qualidade do acolhimento e da assistência na atenção básica. Nela estão descritos os princípios e diretrizes gerais da atenção básica. Esta se baseia nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012). Para tanto, um contribuinte para a efetivação dessas melhorias trata-se do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ – AB, este tem o objetivo de Com o objetivo ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da AB com

garantia de um padrão comparável nacional, regional e localmente. Tendo isso em vista, promove avaliações e intervenções diante dos resultados que incentivam inovações (BRASIL, 2015).

Já a Política Nacional de Humanização foi instituída em 2003 e objetiva a humanização da prática profissional e a prática dos princípios do SUS nos serviços de saúde. Para tanto, estimula o diálogo entre gestores, usuários e profissionais. A PNH baseia-se em três princípios, que são: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Além disso, é composta pelas seguintes diretrizes: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários.

Conforme supramencionado, o acolhimento configura-se como uma das diretrizes da PNH-SUS e é uma das principais ferramentas da ABS no que concerne a saúde mental. Este, não se trata apenas de um local de escuta e/ou de recepção, e sim, de acolhimento, escuta qualificada, oferta de soluções para os problemas dos indivíduos e, nos casos de encaminhamento, responsabilização pela resposta da resolução do caso. Além do mais, é responsabilidade de todos os profissionais da UBS, da portaria, recepção, serviço de limpeza e profissionais da saúde, executá-lo (SÃO PAULO, 2016).

Segundo Brasil (2013, pg. 07):

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

Através do Acolhimento é possível analisar as relações entre usuários e profissionais a partir de parâmetros éticos, técnicos, humanitários e solidários. Desta forma viabiliza que os pacientes reconheçam o processo de saúde e àqueles que são submetidos, tornando-os empoderados e capazes de serem atuantes neste processo. Os pacientes devem ter suas queixas escutadas, ter seus medos, ansiedades e expectativas valorizadas e o profissional deve identificar seus riscos e vulnerabilidades, além de serem responsáveis por solucionar seus problemas. (BRASIL, 2010)

De acordo com São Paulo (2016, pg. 27), são condições para um Acolhimento adequado:

- Adequada estrutura física para o atendimento;
- Equipamentos;
- Equipe de profissionais capacitada e que compreenda a necessidade de reestruturar o processo de trabalho no serviço;
 - Sistematização das ações, de modo a reduzir ao mínimo as etapas burocráticas e necessidades de deslocamentos para o consumo de serviços;
 - Redução das dificuldades e obstáculos para o atendimento do cidadão no próprio serviço;
 - Presença de elementos necessários ao diagnóstico e tratamento no local.

Uma de suas potencialidades é a possibilidade da criação de vínculo entre os usuários e UBS e os profissionais. Através da relação de confiança que este constrói, é possível aplicar uma medida de redução de danos, dessa forma, evita-se a imposição e superioridade por parte dos profissionais de saúde e assim, os usuários sentem-se atuantes e importantes no seu tratamento. Além disso, o vínculo proporciona o conhecimento e entendimento das diversidades culturais, de crenças e valores dos indivíduos, possibilitando a flexibilidade do profissional ao lidar e entender estas potenciais barreiras. Sobretudo, é primordial para realizar um diagnóstico situacional do território, possibilitando a elaboração de estratégias e ações que viabilizam a resolução dos problemas encontrados (BRASIL, 2013).

Segundo (BRASIL, 2010, pg. 35), as ferramentas quem podem ser utilizadas para acolher de forma eficaz são:

- Montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade
- Levantamento e análise, pelos próprios profissionais de saúde, dos modos de organização do serviço e dos principais problemas enfrentados.
- Construção de rodas de conversas objetivando a coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas.
- No adensamento do processo, ir ampliando as rodas para participação de diferentes setores da unidade.
- Montagem de uma planilha de passos com dificuldades, tentativas que fracassaram e avanços.
- Identificar profissionais sensibilizados para a proposta.
- Construção coletiva dos passos no processo de pactuação interna e externa.

- Articulação com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção.
- Assinalamento constante da indissociabilidade entre a atenção e a gestão (modos de produzir saúde dos modos de gerir essa produção).

São notáveis vulnerabilidades no que concerne ao Acolhimento, a exemplos: a escuta desqualificada, na qual não são identificados os riscos e fragilidades do usuário; a concepção do acolhimento como um espaço físico, na qual se entende que um ambiente confortável consiste na maneira mais eficaz de realizar o acolhimento ideal; a confusão com a definição de triagem, episódio no qual o acolhimento se restringe apenas à recepção, classificação de riscos e encaminhamentos para serviços especializados, onde é rompido o cuidado continuado e o vínculo com o paciente; a idealização equivocada, de alguns profissionais, de que o acolhimento é um ato caridoso de bondade, excluindo, dessa forma, seu caráter político, ético e científico; além dos atendimentos realizados por ordem de chegada, onde não é realizada a classificação de riscos para definir os casos de urgências, o que acarreta em filas madrugadoras e aglomeradas nas UBS e a renúncia de grande parte dos pacientes, ocasionando novamente a perda de vínculo dos mesmos com a unidade (BRASIL, 2010).

Além do mais, é possível visualizar o preconceito que alguns profissionais de saúde nutrem acerca de indivíduos portadores de transtornos mentais, taxando-os, generalizando-os e os excluindo, tal fato reprime esses indivíduos e rompem a construção de vínculo dos mesmos com a UBS e os profissionais (BRASIL, 2015). Outra problemática que dificulta a efetivação do Acolhimento é o sistema de fragmentação de assistência à saúde, que se mostra uma barreira no cuidado continuado aos pacientes em sofrimento psíquico. Além disso, a comunicação entre a ABS e os serviços secundários, terciários e substitutivos, são escassos, e, raramente, ocorre à referência e contra-referência. Portanto, os indivíduos desvinculam-se à ABS, com isso se perde a atenção integral e continuada dos mesmos (BRASIL, 2010).

Portanto, faz-se necessário o entendimento concreto da definição de Acolhimento, para que a partir disso sejam desenvolvidas ações que viabilizem a efetivação do mesmo, assim é possível realizar o cuidado integral e continuado a esses indivíduos, além de garantir à ABS sua capacidade de resolutividade.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ABORDAGEM

A presente pesquisa trata-se de um estudo do tipo, descritivo e analítico com abordagem qualitativa para interpretação da percepção dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde sobre a operacionalização do acolhimento aos indivíduos em sofrimento psíquico.

O estudo descritivo e analítico é utilizado quando já existe um conhecimento prévio acerca do tema, no intuito de descrevê-lo, com isso, é possível a formulação de hipóteses buscando afirmá-las ou negá-las mediante o resultado da análise da pesquisa, por isso a importância dos dados coletados (GUILHOTO, 2002).

A abordagem qualitativa visa à resposta de indagações de maneira subjetiva e particular, com isso, ela vai além de quantificar os dados (MINAYO, 2001). Ainda, segundo Minayo (2001, pg. 21-22), “[...] ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde da Família do Distrito Sanitário V de Campina Grande-PB, no período de Maio e Junho de 2017. Segue as especificações sobre as Unidades Básicas de Saúde da Família:

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	NÚMERO DE EQUIPES	NÚMERO DE ENFERMEIROS
CATOLÉ DE ZÉ FERREIRA	01	01
BAIRRO DAS CIDADES I	01	01
BAIRRO DAS CIDADES II	01	01

VELAME I E II	02	02
ARGEMIRO DE FIGUEIREDO	01	01
NOVO HORIZONTE	01	01
NOVO CRUZEIRO	02	02
RONALDO CUNHA LIMA	02	02
ENF ^a ANAILDA C. MARINHO	01	01
CATINGUEIRA I E II	02	02
RESSURREIÇÃO	01	01
RONALDO B. FIGUEREIDO	02	02
RAIFF RAMALHO	03	03
CENTRO DE SAÚDE DA LIBERDADE	-	04
SERRA DA BORBOREMA	01	01
LIBERDADE III	01	01
ALUÍSIO SALVIANO DE FARIAS	01	01

Os locais foram escolhidos por localizarem-se em um único distrito sanitário sendo este o maior do município e o que atende a maior demanda de indivíduos. Além de ter um número representativo de enfermeiros atuantes.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

3.3.1 População:

Para desenvolver a pesquisa, a população do estudo foi composta por vinte e sete enfermeiros atuantes há pelo menos um mês nas seguintes Unidades Básicas de Saúde da Família: Catolé de Zé Ferreira, Bairro das Cidades I, Bairro das Cidades II, Velame I e II, Argemiro de Figueiredo, Novo Horizonte, Novo Cruzeiro, Ronaldo Cunha Lima, Enf^a Anailda C. Marinho, Catingueira I e II, Ressurreição, Ronaldo B. Figueiredo, Raiff Ramalho,

Centro de Saúde da Liberdade, Serra da Borborema, Leberdade III e Aluísio salviano de farias.

3.3.2 Amostra:

Participaram da amostra vinte enfermeiros, que concordaram e aceitaram participar da pesquisa obedecendo aos seguintes critérios de inclusão e exclusão.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.4.1 Critérios de inclusão:

- Enfermeiros
- Profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde há pelo menos um mês;
- Profissionais que aceitaram participar voluntariamente da entrevista, e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

3.4.2 Critério de exclusão:

- Estavam de atestado, de licença ou de férias no período da pesquisa;
- Aqueles que não se adequaram aos critérios descritos na inclusão.

3.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO

O instrumento utilizado foi um roteiro para entrevista semiestruturada com estruturado em duas partes, sendo a primeira parte destinada à caracterização dos sujeitos e a segunda parte consiste em perguntas subjetivas direcionadas aos enfermeiros, relacionadas à operacionalização do acolhimento na atenção básica (apêndice 1). As gravações foram realizadas nas Unidades Básicas de Saúde nas quais os enfermeiros trabalhavam, o tempo médio das entrevistas foi de quinze minutos. Previamente às gravações foram solicitadas as assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido dos voluntários.

A entrevista é uma ferramenta primordial na obtenção de dados subjetivos, por isso sua importância nesse tipo de estudo. Uma modalidade de entrevista é a semiestruturada,

podem ser elaboradas previamente tanto questões subjetivas como objetivas, possibilitando que o entrevistado discorra sobre os questionamentos (BONI; QUARESMA, 2005).

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Para caracterizar os sujeitos, foi utilizada a estatística descritiva, numérica. Na qual não há pretensão de dar ao estudo um delineamento quantitativo, mas unicamente valorizar variáveis referentes à caracterização das participantes do estudo (MINGOTI, 2005).

A análise dos dados obtidos através das entrevistas foi realizada com a utilização das técnicas da Análise de Conteúdo (AC), este conjunto de técnicas tem a finalidade de analisar comunicações. A partir dela é possível interpretar os depoimentos e contrapor com as hipóteses (BARDIN, 2009).

Para a efetivação da AC, é necessária organização por parte do investigador, por isso Bardin a dividiu em três fases: a primeira é a fase pré-análise, que consiste na sistematização da análise, no intuito de planejar as etapas a serem seguidas; a segunda fase é a exploração do material, na qual este será selecionado e a terceira consiste no tratamento dos resultados, na qual serão interpretados e analisados (BARDIN, 2009).

Segundo Farago e Fofonca (2011, pg.4), a AC caracteriza-se “[...] como um método que, historicamente e cotidianamente, produz sentidos e significados na diversidade de amostragem presentes no mundo acadêmico”.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após a elaboração do projeto, o mesmo foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) para parecer sobre a possibilidade de operacionalização da pesquisa. Nesse caso, as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidas.

Além disso, de acordo com a resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, todos os participantes receberam e foram informados sobre o Termo de Compromisso do Pesquisador, esclarecendo detalhadamente os procedimentos

realizados na pesquisa, tais como seus objetivos, métodos utilizados e quais os benefícios da pesquisa (BRASIL, 2012).

Os colaboradores da pesquisa estão cientes do anonimato e privacidade dos depoimentos prestados e logo após a decisão, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No intuito de apresentar os resultados, a técnica a utilizada consistiu na narrativa, pois esta viabiliza a confrontação dos achados com a literatura existente do tema abordado.

Conforme a resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o anonimato dos profissionais envolvidos na pesquisa será preservado, foi utilizada a letra “P” para identificar os entrevistados, que foi acompanhada por um número cardinal em ordem crescente, como: (1,2,3...) (BRASIL, 2012).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Iniciamos esse capítulo fazendo uma breve apresentação dos participantes desse estudo, que foi realizado com enfermeiros (as) das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V de Campina Grande. Esse comporta dezessete Unidades Básicas de Saúde, nas quais atuam vinte e sete enfermeiros. Destes, vinte responderam o roteiro da entrevista semiestruturada, três estavam de férias no período da pesquisa e quatro se negaram a participar.

Destes, todos tem ensino superior completo. Relacionado ao gênero, a prevalência é do sexo feminino e a idade média é de trinta e nove anos. Todos os voluntários exercem com profissão principal a de enfermeiro, intercalando a docência e outros meios de trabalho à sua prática. A maioria deles é da religião católica e são casados. A renda média é de aproximadamente cinco mil reais e a média do tempo no qual os mesmos trabalham em suas Unidades de Saúde é de seis anos.

Para a organização do material empírico segue-se o que sugere a Bardin (2011) no que concerne a qualidade das categorias, que se trata da exclusão mútua, da homogeneidade, da pertinência, da objetividade, da fidelidade e da produtividade. Desta forma e com intuito de atingir nossos objetivos, foram definidas as seguintes categorias: categoria I: entendimento dos profissionais acerca do acolhimento em saúde mental, categoria II: possibilidades/potencialidades para o acolhimento das demandas de saúde mental na atenção básica, categoria III: pontos de estrangulamento no acolhimento das demandas de saúde mental e categoria IV: sugestões/estratégias para melhoria do acolhimento na atenção básica.

Categoria I - Entendimento dos profissionais acerca do acolhimento em saúde mental

Assim como se intitula a categoria, para o desenvolvimento de um trabalho integral e humanizado se faz necessário compreender o entendimento do conceito de acolhimento em saúde mental por parte dos profissionais de saúde. Sabe-se que o acolhimento é um dispositivo que visa proporcionar a resolutividade da UBS e a construção e sustentação de relações, tanto de vínculo, como de confiança, entre os usuários, serviço e profissionais (BRASIL, 2015).

As seguintes falas evidenciam o significado desse dispositivo de cuidado que os profissionais da saúde atribuem para as demandas de saúde mental.

“O acolhimento é tentar tratar o paciente bem assim que ele chega e tentar ver qual a necessidade dele na unidade, pra ele ser bem direcionado e poder ser resolutivo no que ele precisar. E o acolhimento tem que vir da porta de entrada até o atendimento final” P16

“Além da criação de vínculo, é você, como profissional de saúde, compreender através da escuta e atender as necessidades daquela pessoa. A partir daí traçar medidas de intervenções.” P.16

“Nós precisamos ter um acolhimento muito humanizado, para que, a gente, com uma palavra errada não possa aumentar esse sofrimento.” P. 7

“O acolhimento eu vejo como um atendimento não só vendo a doença do paciente, e sim o vendo de forma holística e escutar desde o primeiro momento que ele chega à unidade [...] Em saúde mental, é [...] uma boa escuta, de uma escuta qualificada, você já consegue [acolher], além de identificar alguns fatores que podem está contribuindo para o agravamento do problema.” P.14

O acolhimento constitui-se uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e trata-se de uma ferramenta essencial para a inserção e permanência do indivíduo no serviço de saúde. Além disso, segundo evidencia os discursos, é um dispositivo que não deve restringir-se apenas a um espaço físico de recepção, e sim, ser executado na totalidade do atendimento ao usuário, desde sua recepção até sua despedida. Também se faz necessário à responsabilização de todos os profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde, evitando a sobrecarga de determinados profissionais, como o enfermeiro, que predominantemente é incumbido a essa função (FERMINO et al., 2016).

Ademais, com o amparo do acolhimento, as Unidades Básicas de Saúde tem potencialidade de se transfigurar em serviços resolutivos. Para tanto, deve-se reformular o processo de trabalho no intuito de abranger a todos os indivíduos que procuram os serviços promovendo a resolubilidade de suas necessidades de saúde, promovendo a integração de saberes e práticas multiprofissionais (MINÓIA; MINOZO, 2015).

Consoante a isso, esse dispositivo de cuidado mostra-se substancial para todos os usuários das Unidades Básicas de Saúde, em situação de sofrimento psíquico ou não. Estes primeiros necessitam de maior sensibilidade dos profissionais de saúde para a identificação de

sua situação e para a continuidade do tratamento. Através do acolhimento realizado de forma sensível e eficaz torna-se possível a criação de vínculo entre os usuários e os profissionais, assim como os usuários e a Unidades Básicas de Saúde, transfigurando a continuidade do acompanhamento por esta mais acessível (SIMÕES; MOREIRA, 2016).

Segundo os participantes da pesquisa, para a consumação deste instrumento, se faz necessário à aplicação de ferramentas, como a humanização, a empatia, a escuta ativa dos profissionais de saúde para com os usuários do SUS e a corresponsabilização do cuidado.

A humanização, contemplada em elementos das falas de todos os participantes supramencionados, consiste em uma prática que deve ser nata dos profissionais de saúde em suas relações humanas, estes devem abordar de forma sensível e holística os usuários. Através do acolhimento humanizado, é possível identificar sinais de adoecimento de um indivíduo como ser singular, e até mesmo do adoecimento coletivo de onde este está inserido. Logo, a vivência dos usuários na Unidade Básica torna-se menos hostil, possibilitando a diminuição do sofrimento dos mesmos. Além disso, é essencial para prover uma sensação de segurança dos usuários com os profissionais e com o serviço de saúde (MAYNART et al., 2014).

Já a empatia, também mencionada em muitos depoimentos, conceitua-se como a capacidade de um sujeito em se posicionar no posto do outro, a fim de gozar dos seus sentimentos, no intuito de compreender suas possíveis ações. Através disso, o enfermeiro mantém a aproximação com o usuário e consegue transpor o mundo destes e compreender seus sentimentos e frustrações. Portanto o indivíduo deixa de ser alvo de críticas e julgamento e sente-se similar ao profissional de saúde, e a relação entre estes se torna horizontalizada, proporcionando conforto e aconchego aos usuários (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Outro instrumento fundamental para a efetivação do acolhimento é a escuta ativa, que tem como artifício a empatia. Através da escuta ativa é possível obter a confiança dos usuários e exacerbar o vínculo destes com os profissionais. Além disso, no campo da saúde mental, preponderantemente as disfunções dos usuários não estão explícitos, e sim, mascarados detrás de outras queixas, geralmente biológicas. Neste caso, apenas através de uma escuta ativa e qualificada é possível identificar disfunções psíquicas e elaborar intervenções, proporcionando a resolubilidade das mesmas (AZEVEDO; ARAÚJO; VIDAL, 2015).

Tendo em vista que o usuário não deve ser visto como um ser passivo em seu processo de saúde, o enfermeiro deve entendê-lo com um agente ativo e responsável pelo seu tratamento e reabilitação. Para alguns elementos da pesquisa é imprescindível que os indivíduos em situação de sofrimento psíquico tenham sua autonomia preservada, sendo mantidos os direitos de argumentação e de opinião no que concerne a sua saúde. Segundo o exposto, é viável afirmar que a corresponsabilização do sujeito trata-se de uma ferramenta primordial para a efetivação do acolhimento, visto que o indivíduo se sente valorizado como ser humano e responsável por si próprio (GARUZI et al., 2014).

A luz das falas e da literatura acima consultadas, percebemos um amplo entendimento no que concerne o acolhimento, compreendendo sua importância para os indivíduos em situação de sofrimento psíquico. Nas falas os participantes perceberam que esse dispositivo é indispensável para a realização de uma assistência qualificada e no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Contudo, para sua efetivação se faz necessário o suporte de elementos, como a humanização, a empatia, a busca ativa e a correposabilização do sujeito. Quando realizado de forma eficaz, a Unidade Básica de Saúde se posiciona como um agente transformador da saúde, tornando-se resolutiva e estimulando a continuidade do acompanhamento do indivíduo, estabelecendo o vínculo destes com os profissionais de saúde e as UBS.

Categoria II - Possibilidades/potencialidades para o acolhimento das demandas de saúde mental na atenção básica

No escopo de obter a eficácia do acolhimento às demandas de saúde mental, é relevante que os enfermeiros disponham da compreensão das possibilidades e das potencialidades da Atenção Básica. Pois, sabe-se que esta desempenha um papel fundamental na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Tendo isso em vista, se faz necessária a compreensão das potencialidades da atenção básica para que essas não fiquem subutilizadas. Logo, as seguintes falas afirmam as concepções que a classe incube acerca das possibilidades e potencialidades da mesma no que concerne ao acolhimento dessas demandas.

“É possível trazer para o ambiente da unidade, esses pacientes, e interagir com os mesmos de uma forma dinâmica” P01

“A potencialidade é porque a gente conhece os pacientes, conhece as famílias, a maioria a gente sabe qual a situação em casa também. A gente tem a visão mais abrangente desse paciente”. P06

“As potencialidades é o fato do vínculo com a comunidade e o fato da unidade está inserida perto das residências deles e a gente ter um vínculo diário com eles.” P07

“A atenção básica é de suma importância no acolhimento às demandas de saúde mental, tanto pela proximidade dos profissionais da saúde com os usuários, possibilitando a formação de vínculo.” P09.

“[...] a gente procura trabalhar não com o foco na doença, a gente tem aqui o NASF, que eu vejo uma potencialidade muito grande” P14.

Desde a década de noventa, a atenção básica eclode em um momento de crítica ao modelo hospitalocêntrico, mostrando-se norteadora para as questões biopsicossociais, culturais, ambientais e singulares dos sujeitos, na tentativa de extinguir o modelo medicalizante e a psiquiatrização dos indivíduos (MARTINS, 2014). Uma estratégia estabelecida para a concretização desse modelo de saúde emergente foi à instituição das Unidades Básicas de Saúde e seu significado de territorialização. Esta é mencionada em diversos depoimentos dos participantes desse estudo, como uma potencialidade das UBS para a execução do acolhimento qualificado ao público de saúde mental.

Por meio da territorialização e da regionalização da saúde é possível à ampliação da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde. Devido ao aspecto geográfico, tendo em vista que as UBS estão inseridas na comunidade e para o acesso da população a esses serviços dispõe de menor esforço, menos tempo e menores gastos na locomoção. Tal fato facilita a continuidade do tratamento, a manutenção de vínculo dos usuários com o serviço e a universalidade da atenção à saúde, além de aumentar a satisfação dos usuários, promover a equidade e produzir impactos positivos nos determinantes sociais e sanitários de saúde da comunidade adscrita (ALBUQUERQUE, 2014).

Além disso, outra arma poderosa, evidenciada por alguns participantes do estudo, para a efetivação da assistência a esse público é a Busca Ativa. Esta consiste na identificação de vulnerabilidades e a prevenção de potenciais riscos de crises psicóticas. Para a consolidação da Busca Ativa, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde é indispensável, pois estes

realizam visitas domiciliares constantes, a fim de coletar informações, identificar adversidades e realizar orientações acerca de diversas temáticas, estabelecendo assim uma relação íntima entre os usuários e as Unidades Básicas de Saúde (FERMINO et al., 2016). Desse modo, através da visão ampliada sob os usuários e diante da observação empírica, torna-se viável a identificação de indivíduos em situação de sofrimento psíquico previamente a evolução para uma crise, surto psicótico ou um curso crônico da doença, oportunizando um serviço preventivo e resolutivo sob esses (CAMOLESI; TEIXEIRA, 2015).

Outra potencialidade para a efetivação do acolhimento na Atenção Básica consiste na participação da família no cuidado. Esta relação se mostra, muitas vezes, indispensável para o acolhimento da demanda de saúde mental, visto que a família é o pilar daquele indivíduo e incentiva na busca ao serviço, na participação de atividades e na assiduidade e adesão ao tratamento. Para tanto, se faz necessária à sensibilidade dos profissionais de saúde ao compreenderem a família como protagonistas no processo de recuperação e reabilitação dos indivíduos em sofrimento psíquico (MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2017).

Para tanto, se faz necessário que a família obtenha suporte e informações necessárias que auxiliem no cuidado de seus entes em situação de sofrimento psíquico. Esse suporte pode ser realizado mediante grupos de apoio, espaço em que a família pode se identificar com pessoas que estão vivenciando a mesma experiência. Oportunizando a exposição de suas experiências, sentimentos e aspirações, além da troca de vivências com os demais. Além do mais, o grupo de apoio deve ter proveito para sanar as dúvidas, os medos e os preconceitos da família em relação a esta demanda (BRISCHILIARI et al., 2014).

Do mesmo modo, e o apoio matricial concedido às Unidades Básicas da Saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família é indispensável para a execução do acolhimento, este é definido como um dos principais pontos de atenção extra-hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial. O núcleo é composto por profissionais de diversas especificidades, dentre eles, psicólogos e psiquiatras. Sua constituição deve ser realizada diante avaliação das necessidades da população adscrita e executada pela gestão municipal. Suas atividades são canalizadas em ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde para os usuários e em ações de cunho educacional para os profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, podem atuar pautados na clínica, através da realização de consultas e intervenções diretas aos indivíduos que as necessitam. Diante deste suporte, se favorece a viabilidade da concretização

de grupos terapêuticos, de projetos terapêuticos singulares e de demais intervenções acerca das demandas de saúde mental (OLIVEIRA et al., 2015).

Todos os pontos supramencionados acima acarretam a um elemento comum, que consiste no vínculo. Logo, o vínculo estabelecido entre os usuários e os profissionais das Unidades Básicas de Saúde é evidenciado em todos os depoimentos dos participantes do estudo como um dos pontos centrais para a efetivação do acolhimento, visto que através do mesmo é possível determinar uma relação de confiança e de segurança entre os usuários e o profissional. Proporcionado à exposição de todos os problemas vivenciados pelos usuários, sem que haja receio de julgamentos e incofidencialidade. Para tanto se faz necessário à existência de empatia e respeito, proporcionando a livre expressão dos sujeitos e o estímulo ao autoconhecimento e ao autocuidado destes, viabilizando a adesão terapêutica (SANTOS et al., 2016).

Contudo constata-se que a atenção básica dispõe de diversas potencialidades no que concerne o acolhimento às demandas de saúde mental. Logo, se faz necessário que os enfermeiros as compreendam e as utilizem como suporte no seu processo de trabalho. Tendo isso em vista, a UBS é hábil para promover, prevenir, reabilitar e recuperar de forma eficaz a saúde, mostrando-se como um elemento primordial na rede de atenção psicossocial.

Categoria III – Fragilidades no acolhimento às demandas de saúde mental

Para que haja a consumação do acolhimento, é necessário, além do conhecimento das potencialidades, compreender as fragilidades e as barreiras vivenciadas pelos profissionais de saúde das UBS para efetivarem o acolhimento às demandas de saúde mental. A partir disso, é viável a elaboração de estratégias e ações a fim de extinguir tais fragilidades. Logo, nos seguintes discursos evidenciam-se as concepções dos enfermeiros acerca dessa temática.

“Muitas vezes não são eles que procuram o serviço e sim os familiares, o que dificulta o atendimento direto, isso é uma fragilidade” P01

“A gente tem muita dificuldade pra fazer encaminhamentos[...] A gente trabalha em um bairro que a população é de baixa renda, quando a pessoa tem algum problema de saúde mental e não consegue trabalhar ou não é um problema tão grave que aposenta[...] e a família não quer, às vezes não pode se preocupar. E a gente fica com um problema social nas mãos e a gente não tem pra onde encaminhar. Porque o tratamento é contínuo, é pra sempre!

E a gente sente falta desse suporte psicoterapêutico, da gente ter a quem encaminhar e ter quem receba esse paciente [...] não existe essa Referência e Contra Referência, esse acompanhamento compartilhado não.” P06

“[...] a medicação falta na unidade muitas vezes e eles não tem condições de comprar e em relação também ao desmame, a gente sente muita dificuldade em desmamar os pacientes, porque muitos não aceitam esse desmame [...] a gente tem muita dificuldade ainda na história da referência, a contra referência em alguns casos não é feita, isso eu acho uma fragilidade na rede.” P07

“As fragilidades eu acho que são todas, pelo menos assim, no meu distrito a gente não consegue fechar um grupo de saúde mental, a gente não consegue fazer uma dinâmica com eles, é muito complicado. Até porque eles não têm interesse ou a família não tem interesse de trazer eles. Pela parte geográfica, é muita lama, é muita subida, então pra vir de tarde aqui no sol, não tem uma árvore aqui no bairro, então, eles não vem. É só a questão de receita mesmo, o foco aqui maior é esse” P08

“As fragilidades estão no pouco tempo que temos pra escutar. E uma das maiores fragilidades está no sistema da referência e contra referência entre a atenção básica e os serviços da atenção psicossocial”. P09.

“Não, não existe a perspectiva de rede com a Atenção Básica, porque não existe um fluxograma definido”. P10

“[...] dificuldade que a gente tem de marcar, por exemplo, um psicólogo, porque o psicólogo do NASF não tem como abranger todo mundo, ele só fica com alguns casos que precisa realmente de um atendimento diferenciado. Psiquiatra no município também tá muito difícil e a questão de medicamentos. Agora mesmo tá faltando alguns psicotrópicos, que fazem parte também do tratamento.”P14

“E as fragilidades é a falta de acompanhamento e a falta de capacitação pela gerência central” P18

É habitual constatar o despreparo de muitos profissionais da saúde e em diversos serviços ao lidarem com o público de saúde mental. Tal fato foi evidenciado na fala dos participantes da pesquisa, além de ser associado à ausência de capacitação dos mesmos. Essa problemática está relacionada ao limitado contato que os enfermeiros dispõem com a temática

de saúde mental, que comumente se resume as práticas vivenciadas na graduação, experiências que, isoladamente, não são eficazes na preparação desses profissionais ao lidarem com esse público. A privação da capacitação dos enfermeiros em saúde mental provoca danos irreversíveis ao acolhimento desse público (SOUZA; AFONSO, 2015).

Além disso, os problemas de cunho social dos usuários estão demasiadamente presentes no agravamento dos problemas de ordem mental e também se configuram como empecilhos para a efetivação do acolhimento, além de corroborarem com a medicalização dos sujeitos e com a resistência da adesão ao tratamento. Os exemplos desses determinantes sociais são os fatores socioeconômicos, as atividades laborais com sobrecarga de honorário, as más condições de trabalho, a má alimentação, a dificuldade financeira, a má condição de moradia e os conflitos familiares (GAVIRAGHI et al., 2015).

Ainda mais, a relação entre a família e o cuidado representa uma relação ambígua, uma vez que em determinadas circunstâncias se revela imprescindível para o cuidado exitoso, em outras, se expressa como um empecilho para o mesmo. A peripécia de ter um ente familiar em situação de sofrimento psíquico pode significar uma experiência dolorosa e difícil de enfrentar. O senso comum sobre a temática, a estereotipação desse público e o preconceito que os dispõem, são coeficientes limitantes no enfrentamento da circunstância pela família. Tendo isso em vista, é factível reparar a resistência da família ao procurar apoio das Unidades Básicas de Saúde, além da dificuldade na persistência do tratamento e até mesmo o número significativo de desistência e abandono do mesmo. Esses elementos podem provocar a retardação do diagnóstico, além da dificuldade da remissão e recuperação da enfermidade e no pior prognóstico, a recidiva e a cronicidade da doença (MIRANDA, 2015).

Outra fragilidade mencionada pelos voluntários foi à ausência de grupos terapêuticos voltados ao público de saúde mental. Esses grupos são essenciais para aflorar a subjetividade e pluralidade dos indivíduos, uma vez que estes podem se identificar e interagir com outros sujeitos semelhantes a eles e expressarem seus sentimentos, experiências e opiniões. No entanto, geralmente os dias programados nas Unidades Básicas de Saúde para atender essa demanda se resumem a renovações de receitas de psicotrópicos e a dispensação dos mesmos, como aponta os enfermeiros em suas falas. Raramente estes tem contato com o usuário, o que ocasiona um prejuízo irreparável para a criação de vínculo e para a eficácia da assistência (DARE; CAPONI, 2017).

Essa circunstância, dentre outras, contribui para a medicalização desse público, esta exerce usualmente a incumbência de mascarar a subjetividade do sujeito. Neste sentido, a prescrição de psicofármacos pode constituir-se em uma poderosa arma para a consolidação do modelo de controle social emergente, tendo em vista que os indivíduos reféns à drogadição perdem o poder de expressão e de sua subjetividade, desapoderando-se de sua autossuficiência (BEZERRA, 2014).

Tendo em vista a banalização da prescrição e distribuição dos psicotrópicos, é possível, através das falas dos enfermeiros entrevistados, constatar uma contrariedade corriqueira nas Unidades Básicas de Saúde, onde diversos usuários perpassam anos de tratamento com psicotrópicos, sem haver sequer o diagnóstico do distúrbio mental estabelecido. O qual geralmente restringe-se a renovações de receitas, sendo escassa a avaliação da evolução da doença e a tentativa do desmame medicamentoso. O que acarreta efeitos nocivos a esses indivíduos, causando-os impregnação, ganho de peso, redução da expectativa de vida e até mesmo dependência química (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015). Em contrapartida, um problema comum nas Unidades Básicas de Saúde trata-se na escassez de medicamentos essenciais para o tratamento de distúrbios psíquicos, ocasionando a descontinuidade do tratamento, principalmente quando associado às dificuldades financeiras do usuário (SODRÉ; LEMOS, 2017).

Outro fator limitante para a realização do acolhimento de forma eficaz é a dificuldade na referência e contrarreferência com os serviços referenciados para o atendimento desse público, o que foi relatado pela maioria dos entrevistados.

Esse dispositivo é essencial para a realização da assistência qualificada dos indivíduos em sofrimento psíquico. Visto que é crucial para o acompanhamento desses usuários nas Unidades Básicas de Saúde após os encaminhamentos aos serviços substitutivos, tendo em vista que apesar deles receberem atendimento em outros serviços, isso não exime a responsabilidade da Unidade Básica em acompanhá-los. A ausência da contrarreferência rompe, de forma abrupta, o vínculo entre os usuários com os profissionais das UBS, além da rotura da assistência integral do sujeito. Logo, a insuficiência da referência e contrarreferência retrata um dos pontos de estrangulamento na Rede de Atenção Psicossocial do município de Campina Grande, onde não há integração entre os serviços (PROTASIO, 2014).

Nesse sentido, outro aspecto que fomentou a desarticulação da RAPS é a deficiência da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na rede de atenção à saúde. Supõe-se que a carência desse dispositivo dá-se devido à demanda exacerbada de usuários que necessitam desse apoio, contrapondo com o número reduzido de NASF e de profissionais atuantes nestes. (MELO; BARBOSA, 2016).

Segundo Oliveira (2015) Campina Grande dispõe de três NASF nos quais possuem psicólogos, totalizando três psicólogos para suprir a demanda psicológica do município. Consoante, uma das objeções ratificada é que o NASF não cumpre com suas atribuições adequadas, que consistem na realização de ações educativas e preventivas que abranjam tanto os usuários como os profissionais de saúde das UBS. Isso sucede por razão da incompreensão da população acerca das atribuições do NASF, além disso, encontra-se resistência de diversos profissionais da área da saúde em participarem de encontros destinados a educação permanente.

Por fim, a ausência de um fluxograma ou protocolo municipal de saúde mental e a dificuldade nas marcações de consultas tanto para psicólogos como para psiquiatras e demais atendimentos se mostram como fragilidades para efetivação do acolhimento a esse público. Diante disso, os profissionais de saúde, na maioria das vezes, encontram-se desorientados em relação à conduta adequada a realizar, visto que fluxo de atendimento em saúde mental encontra-se desorganizado. O que acarreta na procrastinação de diagnóstico e tratamento, além de encaminhamentos inadequados e sobrecarga de alguns serviços em detrimento de outros (SANCHES; DE CARVALHO, 2014).

Por conseguinte, para que seja efetivado o acolhimento e a assistência das demandas de saúde mental, é primordial que os enfermeiros compreendam as fragilidades da atenção básica no que concerne a essas demandas. Tendo em vista que o olhar crítico acerca dessas fragilidades viabiliza a implementação de estratégias para a resolução desses problemas e consequentemente a melhoria do acolhimento e da assistência à demanda de saúde mental.

Categoria IV - Sugestões/estratégias para melhoria do acolhimento na atenção básica

Para a que haja a consolidação do acolhimento adequado à demanda de saúde mental na atenção básica, é essencial que as aspirações dos enfermeiros atuantes nos serviços sejam consideradas, tendo em vista que esses profissionais da saúde dispõem de uma visão ampliada das barreiras existentes para a efetivação do acolhimento nesse serviço. Portanto, por

intermédio dos discursos dessa categoria, evidenciam-se as sugestões e estratégias concebidas por eles para a melhoria do acolhimento na atenção básica.

“Uma parceria mais forte entre CAPS e Atenção Básica”. P01

“A gente criou um grupo de saúde mental, na verdade é um grupo de apoio comunitário, que se reúne uma vez por mês, para os casos mais leves, mais associado a angustia, depressão ou ansiedade, a gente criou esse grupo para que essas pessoas tivessem esse espaço.. Pra falar, desabafar e tal [...] Eu acho que a gente precisaria de capacitação, né? De muita boa vontade e de identificar profissionais na equipe que se identificam com esse tipo de público. Porque não é um público fácil e não é todo mundo que sabe lidar”. P06

“Eu acho que melhoraria muito se o paciente tivesse 100% de resolutividade na Atenção Básica [...]principalmente as medicações, é que eu acho que precisaria melhorar, pra não deixar faltar nunca o remédio pra esses pacientes. ”.P07

“Para os casos que são mais simples, aqui no posto seria bem interessante a questão de grupos, de oficinas, [...] Aqui no bairro tem problemas de saúde mental que às vezes, pela condição de vida que eles vivem, pela parte financeira, [...] a quantidade de pessoal que toma diazepam aqui é gigantesca”. P08.

“Primeiramente seria necessário uma capacitação para os profissionais de saúde das UBS no tocante à atenção psíquica, após criação do fluxograma da rede de atenção psicossocial e o sistema de referência e contra referência”. P10

“Eu acho que deveria começar fazendo algum trabalho em relação ao PSF, em relação ao CAPS, até a própria referencia o próprio Edgley. E assim, disponibilidade de mais profissionais na área, como psicólogos, psiquiatras. Porque a unidade básica, em si não tem como fazer muita coisa” P14.

“Capacitação dos profissionais para atuarem com esse público, pois o atendimento geralmente é baseado em renovação de receitas. E o apoio do NASF em todas as UBS”. P18

Tendo em vista que a Estratégia de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde isoladas não são eficazes na resolução de todos os problemas em saúde mental, se faz necessário o trabalho em consonância com os demais serviços substitutivos. É possível

constatar, através da análise do material empírico, que apesar da RAPS dispor de muitos dispositivos como as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência e os clubes de lazer, o encaminhamento predominantemente realizado nas UBS é para os Centros de Apoio Psicossociais. Tal fato sobrecarrega os CAPS e subutilizam os outros serviços substitutivos em saúde mental, evidenciando uma lacuna na RAPS. Tendo isso em vista, é relevante que os profissionais de saúde tenham conhecimento da significância de outros serviços e que, mediante a avaliação da necessidade e da singularidade de cada indivíduo, realize a interlocução entre os eles (PASSOS; PORTUGAL, 2016).

Outro fator que evidencia uma lacuna na RAPS é a deficiência na referência e contrarreferência do município, problemática evidenciada na maioria das falas dos entrevistados. Haja vista, considera-se de grande valia a elaboração de um fluxograma em saúde mental no município para reparar o serviço de referência e contrarreferência, para organizar os atendimentos e para nortear os profissionais de saúde acerca de suas condutas. Oportunizando maior resolutividade dos acolhimentos das UBS do público de saúde mental e proporcionando menor burocratização nos serviços de referência e contrarreferência, possibilitando a organização do fluxo de atendimento e acompanhamento da demanda de saúde mental (PEREIRA, 2016).

Além disso, é sabido que o Núcleo de Apoio a Saúde da Família é um dispositivo indispensável para o cumprimento do acolhimento às demandas de saúde mental. Tendo isso em vista, grande parte dos enfermeiros entrevistados sugeriu a parceria assídua entre as UBS e o NASF como uma estratégia para a obtenção desse objetivo. O apoio matricial exercido pelo núcleo proporciona, dentre outros impactos, a interlocução entre os serviços de saúde. Partindo desse pressuposto, é imprescindível a realização de encontros entre profissionais de distintos equipamentos de saúde, para que sejam realizadas trocas de saberes sobre a temática discutida (GAZIGNATO; CASTRO-SILVA, 2014).

Sobretudo, para que os profissionais de saúde estejam aptos para atenderem e lidarem com as demandas de saúde mental, se faz necessária a atualização de conhecimento acerca do tema. É importante que a educação permanente e a capacitação dos profissionais atuantes nos serviços de saúde não sejam esquecidas, visto que no âmbito das ciências da saúde ocorrem diversas modificações no decorrer do tempo, apenas o conhecimento acerca de saúde mental obtido na formação acadêmica da graduação não se configura essencial para a prática profissional. A ausência de capacitação foi mencionada por muitos voluntários da pesquisa e a

educação permanente configura-se uma sugestão predominante nas falas dos entrevistados (SILVA; KNOBLOCH, 2016).

Diante do exposto, e da análise do discursos dos enfermeiros participantes da pesquisa, percebe-se que uma estratégia perdurável para a qualificação do acolhimento e da assistência das demandas de saúde mental na atenção básica é a reorganização da rede de atenção à saúde mental do município. Seguindo esse pressuposto, podemos considerar um estudo realizado mediante a observação da reestruturação da rede de atenção à saúde mental do município de Estrela – RS.

Para isso, as intervenções foram pautadas em ações de cunho preventivo junto aos profissionais atuantes em todos os serviços da rede de atenção à saúde mental, no apoio matricial do CAPS junto aos profissionais da ESF, na contratação de psicólogos com o ofício de supervisão e educação permanente aos na área de atenção psicossocial, e, por fim, na elaboração, junto a Secretaria Municipal de Saúde, de um fluxograma em saúde mental. Os resultados da pesquisa foram pertinentes, sendo estes, a diminuição dos encaminhamentos aos CAPS, sendo estes realizados somente quando necessário (MARTINS, 2016).

A permanência do acompanhamento dos usuários pelas UBS após os encaminhamentos, conservando o vínculo entre os usuários e os serviços. Além disso, a realização de reuniões periódicas entre os profissionais das UBS juntos aos dos demais serviços substitutivos, nas quais são discutidos os casos acompanhados. E, por fim, as UBS contam com grupos comunitários a fim de inserir esses usuários em diversas atividades. Esses resultados decorreram na melhoria do acolhimento e da assistência dos indivíduos em sofrimento psíquico do município (MARTINS, 2016).

Por fim, outro método que se configura essencial para a qualificação da assistência e acolhimento dessa demanda é a desconstrução da medicalização na saúde mental, uma vez que grande parte dos usuários faz uso de psicotrópicos de forma indiscriminada. Sabe-se que o processo de medicalização do sujeito é extremamente prejudicial e que existem artifícios para evitá-lo. Para isso é primordial que haja a compreensão dos elementos sociais nos quais os indivíduos estão inseridos e que se programem estratégias, como grupos terapêuticos, oficinas e terapia comunitária, para a exteriorização dos sentimentos que os depreciam (SANCHES; DE CARVALHO, 2014).

Contudo, constatou-se, segundo as aspirações dos enfermeiros entrevistados, a necessidade da reorganização da rede de atenção à saúde mental de Campina Grande para o cumprimento do acolhimento a demanda de saúde mental. Para tanto, é indispensável à aplicação de alguns artifícios, como um fluxograma municipal em saúde, o apoio matricial, a educação permanente dos profissionais atuantes na rede, dentre outros. Diante disso, tem-se a expectativa da melhoria do acolhimento a essas demandas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desse projeto foi um desafio imenso e visualizar a conclusão do mesmo é uma satisfação pessoal e profissional. Considero esta pesquisa um agente potencial de transformação da assistência do público de saúde mental.

Esse estudo foi de suma importância tanto para meu aperfeiçoamento como futura profissional de saúde, assim como meu crescimento interno como pessoa e espiritual. Através das vivências e das escutas, foi possível aguçar minha sensibilidade para com o público de saúde mental, além de ampliar minha visão em relação às inúmeras possibilidades e potencialidades que a atenção básica tem para transformar a realidade desse público.

Houve algumas dificuldades enfrentadas no campo de pesquisa. Uma delas foi à geografia da área do estudo, pois é de grande extensão e as Unidades Básicas estão dispostas em locais distantes. Além disso, um fator que dificultou a coleta de dados foi o meio transporte utilizado para a locomoção, pois foi necessária a disponibilidade maior de horários por conta do tempo gasto com o transporte público.

Um fator limitante da coleta do material empírico e que gerou um atraso na programação do cronograma das atividades da pesquisa foi à dificuldade de encontrar uma parcela de voluntários em suas unidades nos momentos das coletas, na maioria das vezes devido a problemas de saúde. Além disso, não houve boa aceitação do estudo por uma pequena parte de profissionais, os quais se opuseram a responder a questionário.

A atenção básica e as Unidades Básicas de Saúde configuram-se como os pilares da saúde mental e consistem em um componente completo e indispensável da Rede de Atenção Psicossocial. Além disso, para a qualificação de suas ações e de seu serviço, as UBS têm como um dispositivo primordial o acolhimento. Este, por sua vez, corrobora com a criação de vínculo entre os usuários e os profissionais, com a resolutividade do serviço e a qualificação da assistência prestada a esses usuários.

O entendimento dos enfermeiros entrevistados acerca do acolhimento é complexo e todos compreendem o significado e a importância desse dispositivo para o público de saúde mental. Tendo como artifícios para a sua consumação a humanização, empatia, escuta ativa e a corresponsabilização dos sujeitos.

Diante dos discursos constataram-se diversas potencialidades da atenção básica para a efetivação do acolhimento, dentre elas a territorialização, a busca ativa, o apoio matricial do NASF, o suporte da família no cuidado e o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e os usuários.

No entanto, puderam-se observar fragilidades da atenção básica para a efetivação do acolhimento a essa demanda, sendo elas o despreparo dos profissionais atuantes nas UBS, os problemas sociais dos indivíduos, a relação ambígua da família no cuidado, que, por vezes, pode ser prejudicial, a ausência de grupos terapêuticos, a medicalização do sujeito, e o déficit no apoio do NASF e do sistema de referência e contrarreferência com os demais serviços.

Tendo isso em vista, foram mencionadas estratégias que os voluntários aspiram para que culmine na melhoria do acolhimento a demanda de saúde mental no município, como a interlocução entre os serviços, a elaboração de um fluxograma municipal em saúde mental, educação permanente para os profissionais atuantes nos serviços e o apoio qualificado do NASF junto as UBS.

Essa pesquisa consiste em uma ferramenta primordial para o processo de trabalho da enfermagem. Uma vez que, por meio da análise do material empírico, foi possível visualizar quais as barreiras e potencialidades no que concerne ao acompanhamento e assistência da enfermagem para o público de saúde mental na Atenção Básica do município.

Diante das fragilidades expostas, torna-se possível à construção e implementação de intervenções que objetivem o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem pra esse público no campo da Atenção Básica.

Os achados apontam para um acolhimento, realizado por enfermeiros, no qual predomina a prática do encaminhamento do paciente da demanda de saúde mental para outros serviços, podendo ocorrer uma desvalorização do trabalho do profissional de enfermagem até pelo próprio paciente que já conhece a lógica deste processo, portanto esse estudo contribui para a valorização da enfermagem como agentes ativos no acolhimento dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Através disso, o que se almeja é que a enfermagem se mostre atuante e primordial no acolhimento, assistência e acompanhamento das demandas de saúde mental. E, que, através

de um trabalho interdisciplinar, contribua para transformar as Unidades Básicas de Saúde em serviços resolutivos e eficazes no tocante a esse público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 182-194, 2014.
- AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica**. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 2010.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1. Ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AZEVEDO, A. L.; ARAÚJO, S. T.; VIDAL, V. L. L. Como o estudante de enfermagem percebe a comunicação com o paciente em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 2, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEZERRA, I. C. *et al.* “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, 2014.
- BONI V.; QUARESMA S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, 2005; 2:68-80.
- BORGES, F. M. O. **O nascer da Reforma Psiquiátrica**. 2013. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/o-nascer-da-reforma-psiquiatica>> Acesso em: 22 de setembro de 2016).
- BRASIL. **Saúde Mental em Dados -12**. 12. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 48 p. Disponível em: <www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em: 16 de outubro de 2016.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, 2015. 127 p.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos Humanizados: Saúde Mental**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 550 p.
- _____. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Vol. 34. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. n. 28. vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 62 p.

_____. **Política Nacional de Humanização – PNH**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. n. 28. vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 291 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**.

_____. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 100 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha Direito à Saúde Mental**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

_____. Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 46 p.

_____. Portaria GM N° 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**.

_____. Decreto N° 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**.

_____. Lei N° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**.

_____. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. 86 p.

_____. **Legislação em Saúde Mental – 1990 – 2002**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002. 166 p.

_____. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213 p.

_____. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Diário Oficial da União.

_____. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da União.**

_____. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre o atendimento a demanda de saúde mental. **Diário Oficial da União.**

_____. Lei Nº 8.080 de 19/09/1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.**

CAMOLESI, A. B.; TEIXEIRA, E. A busca ativa no cotidiano dos assistentes sociais: um estudo de caso a partir dos CRAS de um município de médio porte da região Baixa Mogiana–SP. **UNIVERSITAS**, n. 15, 2015.

CLEMENTINO, F. S. *et al.* Avaliação de Estrutura Organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Campina Grande-pb, v. 20, p.261-268, 2016.

DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 7, n. 1, p. 12-24, 2017.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-Pan American Journal of Public Health**, p. 144-149, 2014.

GOMES, A. L. C. “A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa - PB”. 2013. 263 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GUILHOTO, L. F. M. **O uso da internet como ferramenta para a oferta diferenciada de serviços a clientes corporativos: um estudo exploratório no setor de telecomunicações.** 2012. 259 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, Butantã-sp, 2012. Disponível em: <10.11606/D.12.2002.tde-31012006-204249>. Acesso em: 09 de janeiro de 2017.

LIMA, S. S.; BRASIL, S. A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [1]: 67-88, 2014.

FARAGO, C. C.; FOFONCA, E. A análise de conteúdo na perspectiva de bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. **Revista Eletrônica de Popularização em Ciências da Linguagem da Universidade Federal de São Carlos**, Paraná, p.1-5, 2011. Disponível em: <www.letras.ufscar.br/linguagem/edicao18/artigos/007.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

FERMINO, J. M. *et al.* Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a política nacional de humanização. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 6, n. 2, p. 054-069, 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.

GAZIGNATO, E. C. S.; CASTRO-SILVA, C. R. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, 2014.

MARTINS, D. R. *et al.* **Saúde mental na atenção básica: Reorganizando a rede de atenção psicossocial**. 2016.

MARTINS, G. C. S. *et al.* Dispositivos extra-hospitalares que apoiam as Residências Terapêuticas para utentes com transtorno mental em Volta Redonda/Rio de Janeiro (2005 - 2009). **Revista de Enfermagem Referência**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 7, p.93-102, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1267>>. Acesso em: 09 de outubro de 2016.

MATEUS, M. D. Políticas **de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p

MAYNART, W. H. C. *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm**, Alagoas, p.300-304, 10 jun. 2014. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v27/n4/v27n4a3.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

MELO, A.; BARBOSA, T. M. Avanços e desafios nas práticas profissionais em saúde mental na esf com parceria do NASF. **Revista UNIPLAC**, v. 4, n. 1, 2016.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. Rio de Janeiro UFRJ, 2010.

MILLANI, H. F. B.; VATENTE, M. L. L. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto - Sp, v. 4, p.1-19, 2008. Disponível em: <www.revistas.usp.br/smad/article/view/38679/41526> Acesso em: 25 de janeiro de 2017.

MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social. **Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Editora UFMG, 2005.

MIRANDA, F. A. N. Saúde mental e família: dilemas e propostas na construção da assistência integral e o resgate da cidadania do doente mental. **Journal of Health Sciences**, v. 1, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** 2007. 202 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas - Sp, 2007. Cap. 6.

OLIVEIRA, J. B. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.

OLIVEIRA, S. R. P. D. **A atuação do psicólogo, nos processos de educação permanente de saúde, nas equipes do NASF em Campina Grande-PB.** 2015.

PASSOS, R. G.; PORTUGAL, S. breve balanço da política de saúde mental: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 91-102, 2016.

PAULA, K. V. S. A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, 2008.

PEREIRA, I. A. *et al.* O processo de acolhimento em saúde mental: protocolo de atendimento em unidades básicas de saúde. 2016.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá - Pr, v. 9, p.1-8, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i1.6824>>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2017.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 209-220, 2014.

RESENDE, M. S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 3, p. 534-546, 2015.

RIBEIRO, S. L. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo.** *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2004, vol.24, n.3, pp.92-99. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300012>> Acesso em: 16 de fevereiro de 2017.

SANCHES, V. N. L.; DE CARVALHO, Paulo Duarte Amarante. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 506-514, 2014.

SÃO PAULO. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo:** Diretrizes Operacionais. 2016. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/diretrizesoperacionaisatencaobasic a.pdf>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R.. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2016.

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, 2016.

SODRÉ, M. S.; LEMOS, C. F. O cenário do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde no Brasil. In: **Forum Internacional de Resíduos Sólidos-Anais**. 2017.

SOUZA, M. C.; AFONSO, M. L. M. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 332-347, 2015.

SUCIGAN, D. H. I.; TOLEDO, V. P.; GARCIA, A. P. R. F. acolhimento e saúde mental: desafio profissional na estratégia saúde da família. **Rev Rene**, Limeira, p.01-11, 2012.
Disponível em: <www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/10/7>.
Acesso em: 27 jul. 2017.

APÊNDICE 1

Caracterização dos sujeitos

1. Código do participante: _____	2. Escolaridade: _____
3. Sexo: (F) (M)	4. Idade: _____
5. Profissão: _____	
6. Religião: _____	7. Estado Civil: _____
8. Renda: _____	9. Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade? _____

Roteiro para entrevista semiestruturada para os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde da Família

9. No seu entendimento, no que consiste o acolhimento? E qual o significado do acolhimento à pessoa em situação de sofrimento psíquico?
10. Como você identifica um indivíduo em sofrimento psíquico?
11. Como você, enquanto enfermeiro (a) acolhe às demandas de Saúde Mental?
12. Pra você, quais as potencialidades da atenção básica no tocante ao acolhimento das demandas de saúde mental? E quais as fragilidades?
13. Em sua opinião, qual ou quais serviços são responsáveis pelo atendimento e acompanhamento das pessoas em situação de sofrimento psíquico?
14. Você considera a atuação da rede de atenção psicossocial eficaz?
15. Você considera que existe trabalho em rede (integrado rede de atenção à saúde e rede de atenção psicossocial)?
16. No seu entendimento, qual a importância do acolhimento para este público?
17. Você se sente preparado (a) para acolher uma demanda de Saúde Mental?
18. Você recebeu capacitação para atender esta demanda na Atenção Básica de Saúde?
19. A Referência e Contra-Referência estão presentes entre a Unidade Básica de Saúde na qual você trabalha e os serviços onde os pacientes em sofrimento psíquicos são tratados?
20. Como vocês agem em casos de crises psiquiátricas? A quem encaminham e a quem acionam?
21. Quais sugestões você daria para que haja um melhor acolhimento das demandas de saúde mental nas ESF de Campina Grande?
22. Gostaria de acrescentar mais alguma informação?

APENDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou sendo convidado a participar da pesquisa: **PONTOS DE ESTRANGULAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (ABS) NO TOCANTE DO ACOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO**, que tem como orientando a aluna **Nayara Ferreira da Costa**, sob a orientação da **Profa. Dra. Priscilla Maria de Castro Silva**. Fui esclarecido (a) que essa pesquisa tem o objetivo geral de analisar a operacionalização do acolhimento dos profissionais que atuam na atenção básica, no tocante as demandas de saúde mental no município de Campina Grande – PB.

Fui informado que esse estudo é importante, pois ele vai desenvolver uma nova forma de cuidado, que vai ajudar a sociedade nos seguintes aspectos: em aprimorar o acolhimento e a assistência prestada aos indivíduos em sofrimento psíquico.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.

A minha dignidade e autonomia serão mantidas, e me foi garantindo que nada do que eu falar ou fizer, será exposto com meu nome, ou minha imagem. Por isso, será utilizado outro nome, para que eu não seja identificado.

A pesquisadora responsável e o orientando dessa pesquisa terão todos os cuidados necessários para evitar qualquer situação que me prejudique. Soube que essa pesquisa beneficiará outras pessoas, pois será avaliada a eficácia da operacionalização do acolhimento à demanda de Saúde Mental das Unidades Básicas de Saúde.

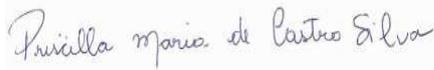
Minha participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semiestruturada com perguntas subjetivas.

Ainda foram-me esclarecidas algumas coisas importantes:

- Minha participação é voluntária e não remunerada, ou seja, não irei receber dinheiro algum para participar dessa pesquisa.
- Poderei me recusar a responder qualquer pergunta, se ela me fizer sentir ofendido ou constrangido.
- Foi-me garantido o sigilo dos resultados obtidos nesta pesquisa, assegurando assim, a minha privacidade neste projeto científico, logo, os vídeos gravados e o material gravado na entrevista, terão acesso exclusivo, meu e da pesquisadora.
- Caso seja necessário, serei indenizado, diante algum dano ocasionado pela pesquisa;
- Ainda me foi dito, que eu terei assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa para que possíveis dúvidas possam ser sanadas, por isso, poderei entrar em contato com Priscilla Maria de Castro Silva quando sentir necessidade pelo telefone: 2101-1684, pelo e-mail: priscillamcs@hotmail.com, ou pelo endereço: Rua Emiliano Rosendo da Silva, número 75, bairro Novo Bodocongó.

- Foi-me repassado também, que outras informações podem ser solicitadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC - UFCG, bem como denúncias. O CEP/ HUAC/UFCG fica localizado na Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB, telefone: (083) 2101-5545.
- Quando terminar essa pesquisa, se for do meu interesse, eu posso ver todos os resultados, podendo discutir os dados com Priscilla. Soube que ficarei com uma via deste termo e a pesquisadora ficará com outra via. Todas as folhas serão rubricadas por mim e por ela, colocando as assinaturas na última folha.
- Depois de ter lido e entendido o que me foi esclarecido e por concordar com tudo que me foi explicado, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Campina Grande, 19 de fevereiro, de 2017.



Priscilla Maria de Castro Silva

Pesquisadora responsável

Voluntário (não remunerado)



Impressão datiloscópica

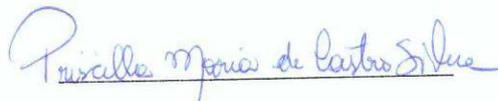
para pessoas impossibilitadas

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

Eu, Priscilla Maria de Castro Silva, docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, SIAPE 1838351, CPF: 053892814-03, declaro que estou ciente do projeto de pesquisa intitulado: PONTOS DE ESTRANGULAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (ABS) NO TOCANTE DO ACOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO e comprometo-me em verificar o seu desenvolvimento para que se possa cumprir de forma integral a Resolução 466/2012, que dispõe sobre a Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos.

Campina Grande, 15/12/2016



Profa. Priscilla Maria de Castro Silva

Orientadora

SIAPE 1838351

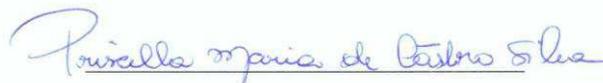
ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E
ORIENTANDO**

Vimos através deste termo de responsabilidade, orientadora e orientando, abaixo-assinarmos a pesquisa intitulada: PONTOS DE ESTRANGULAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (ABS) NO TOCANTE DO ÁCOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO.

Assumimos, portanto, cumprir fielmente, as diretrizes regulamentadas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) que visam assegurar os direitos e deveres concernentes à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Reiteramos, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das entrevistas realizadas com cada participante do estudo, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos, sempre que necessário e solicitado, relatório sobre a pesquisa, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP-HUAC), ou a Comissão Nacional de Ética (CONEP).

Campina Grande, 15/12/2016



Profa. Priscilla Maria de Castro Silva

Orientadora

SIAPE 1838351



Nayara Ferreira da Costa

Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG

CPF: 06303391397

ANEXO C



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO CENTRO DE CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE.

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado: PONTOS DE ESTRANGULAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (ABS) NO TOCANTE DO ACOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO, cujo objetivo é: Analisar a operacionalização do acolhimento dos profissionais que atuam na atenção básica, no tocante as demandas de saúde mental no município de Campina Grande – PB, a ser desenvolvido pelo discente Nayara Ferreira da Costa, sob orientação da professora Priscilla Maria de Castro Silva, do curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande. Manifestamos, pois, através do presente documento, a anuência desta instituição.

Campina Grande, 15/12/2016



Diretor do CCBS/UFCC

Prof. Patrício Marques de Souza
DIRETOR CCBS/UFCC
Mat. SIAPE 335891

ANEXO D



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
 AV. RIO BRANCO, 304 - CENTRO, CAMPINA GRANDE - PB, 58400-058
 SECRETARIA DE SAÚDE: AV. ASSIS CHATEAUBRIAND, 1376 – LIBERDADE. 58.414-
 060
 SITE: pmcg.org.br
 EMAIL: sic@campinagrande.pb.gov.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado: PONTOS DE ESTRANGULAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (ABS) NO TOCANTE DO ACOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO, cujo objetivo é: analisar a operacionalização do acolhimento dos profissionais que atuam na atenção básica, no tocante as demandas de saúde mental no município de Campina Grande – PB, a ser desenvolvido pelo discente Nayara Ferreira da Costa, sob orientação da professora Priscilla Maria de Castro Silva, do curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande. Manifestamos, pois, através do presente documento, a anuência desta instituição.


 Giovanna Cordeiro Barbosa de Melo
 Diretora de Atenção à Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde

Campina Grande, 15/12/16

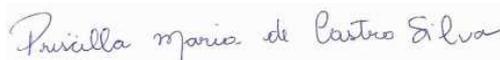
Diretora de Atenção à Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO E**TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

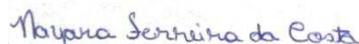
Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora e orientanda, Profa. Dra. Priscilla Maria de Castro Silva e Nayara Ferreira da Costa, da pesquisa intitulada “PONTOS DE ESTRANGULAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (ABS) NO TOCANTE DO ACOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Campina Grande, 19 de FEVEREIRO de 2017.



Priscilla Maria de Castro Silva



Nayara Ferreira da Costa