



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

GIOVANNA MARIA MEDEIROS CAVALCANTE BANDEIRA DE SOUSA

**ACOLHIMENTO E MANEJO DE USUÁRIOS COM DEMANDAS EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

SALVADOR

2022

Giovanna Maria Medeiros Cavalcante Bandeira de Sousa

**ACOLHIMENTO E MANEJO DE USUÁRIOS COM DEMANDAS EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano de Medicina.

Orientadora: Danielle de Jesus Soares

Co-orientadora: Patrícia Gabriele Chaves dos Santos

Salvador

2022

À minha mãe, que sempre está ao meu lado para desbravar o desconhecido.

A todos os usuários em sofrimento mental, suas queixas não serão menosprezadas.

AGRADECIMENTOS

À secretaria de saúde municipal, por articular todo o processo para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

A todos os profissionais que contribuíram para que esse trabalho pudesse ser realizado.

“The worst part of having a mental illness is
people expect you to behave as if you don't.”

(JOKER, Todd Phillips, Emma Tillinger Koskoff, 2019)

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde, e deve cuidar de todos os usuários adscritos de acordo com seus princípios e diretrizes. Estando os usuários com demandas em saúde mental inclusos nas necessidades de cuidado. Contudo, é sabida a jornada histórica dos usuários em sofrimento mental para um atendimento mais humanizado e menos asilar, através das conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse estudo objetiva analisar o acolhimento e o manejo feitos pelos trabalhadores de saúde aos usuários em sofrimento mental, além de identificar quais são as condutas e ações em saúde feitas, compreender a formação e a capacitação do profissional para abarcar essas demandas e, por fim, descrever o sentimento que esses têm frente a esse usuário. O estudo tem caráter qualitativo, foi realizado com 7 trabalhadores de saúde (enfermeiro, médicos, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) de uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador/Bahia, em que foram feitas entrevistas semiestruturadas, analisadas pelo método de análise de conteúdo. A partir da categorização das entrevistas, foi possível identificar práticas de acolhimento realizadas, o manejo clínico do usuário e as redes de atenção, a capacitação profissional como mecanismo para melhoria do cuidado e a percepção da saúde mental pelos trabalhadores e os desafios do cuidado em saúde mental dentro da Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Acolhimento. Reforma Psiquiátrica. Saúde da Família.

ABSTRACT

Primary Health Care is the user's gateway to the Brazilian public health system, SUS, and must take care of all registered users according to its principles and guidelines. Users with mental health demands are included in the care needs. However, the historical journey of mental suffering users towards a more humanized and less asylum care is known, through the achievements of the Brazilian Psychiatric Reform. This study aims to analyze the user embracement and management made by health workers to mental suffering users, in addition to identifying what are the health behaviors and actions taken, understanding the training and qualification of the professional to cover these demands and, finally, describe the feeling they have in front of this user. This is a qualitative study, carried out with 7 health workers (nurses, doctors, nursing technicians and community health agents) from a Family Health Unit in the city of Salvador, state of Bahia, in which semi-structured interviews were administered, analyzed by the content analysis method. From the categorization of the interviews, it was possible to identify user embracement practices, the clinical management of the user and the care networks, professional training as a mechanism for improving care and the workers' perception of mental health and the challenges of health care mental within the Psychosocial Care Network.

Key-words : Mental Health. Primary health care. User embracement. Psychiatric Reform. Family health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	3
2	OBJETIVOS:	4
2.1	OBJETIVO GERAL:	4
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	4
3	REFERENCIAL TEÓRICO	5
4	METODOLOGIA	7
4.1	Natureza do Estudo	7
4.2	Local, população e amostra	8
4.3	Mecanismos para entrada	8
4.4	Coleta de Dados	8
4.5	Análise dos dados	9
4.6	Aspectos Éticos	10
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
	Os desafios do cuidado em saúde mental dentro da RAPS	13
5.1	Práticas de acolhimento realizadas	13
5.2	Manejo clínico do usuário e as Redes de Atenção	15
5.3	A capacitação profissional como mecanismo para melhoria do cuidado e a percepção de saúde mental pelos trabalhadores	21
5.4	Os desafios do cuidado em saúde mental dentro da RAPS	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICE A	31
	APÊNDICE B	33
	ANEXO: PARECER DO CEP	36

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pelo cuidado das demandas em saúde da população, integra as etapas de tratamento, promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Sobretudo, ela se constitui como porta de entrada ao sistema público de saúde. No Brasil, a APS se organiza enquanto programa em 1994, com isso, também traz na prática a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Dentro da APS, a equipe de saúde deve ser multiprofissional, formada, no mínimo, por médico, preferencialmente médico de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente enfermeiro de saúde da família, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde². Cada um desses profissionais deve atuar dentro dos princípios e diretrizes do SUS: de maneira universal, equitativa, integral, ou seja, abrangendo todo indivíduo que busque o serviço de saúde, de forma a atender sua necessidade de saúde e atuar com o grau que sua necessidade exige. Além disso, o cuidado precisa ser centrado na pessoa, de forma longitudinal e pautado na coordenação do cuidado, para que o usuário seja devidamente encaminhado dentro da Rede de Atenção à Saúde sem que haja conflitos de comunicação e que tenha seu devido cuidado quando requer constância do serviço de saúde.³

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), guia e norteia a organização da Atenção Básica em todo o país, favorecendo a consolidação do SUS. A PNAB traz as orientações sobre a organização das equipes de saúde dentro do país permitindo uma atuação, uniforme e consolidada. A PNAB possui 3 edições, de 2002, 2011 e 2017. A edição de 2017 (período esse de instabilidade na política e economia nacional) apresenta algumas mudanças, motivo de grande debate nacional. Por exemplo, a mudança de modalidades e composição de equipes, redução do número mínimo de ACS, mudanças estas que, ao longo prazo, podem significar o desmonte da estratégia saúde de família.⁴

Em 2001, criou-se a Política Nacional de Saúde Mental pelo governo de Fernando de Henrique Cardoso (FHC), sendo essa um extrato importante da Lei Paulo Delgado, fruto de uma longa e complexa luta dos movimentos sociais e sanitários desde a década de 70 em busca de uma Reforma Psiquiátrica Brasileira.^{5,6} As queixas e manejos dos usuários foram excluídos por mais de dois séculos dentro dos serviços de saúde e, ainda hoje, persiste o pensamento de que somente a especialização cabe o manejo dos usuários em sofrimento, reclamação essa persistente mesmo dentro da ótica dos que procuram o serviço de saúde.⁷ Importante ressaltar que o Ministério da Saúde, em suas diretrizes e manuais de Atenção Básica, aponta enquanto competência da APS, o manejo dos usuários em sofrimento mental. Logo, não necessita, o trabalhador de saúde ser um psiquiatra ou um psicólogo para iniciar o acolhimento e o cuidado. Considerando nos elementos discutidos e nas competências atribuídas as equipes de Atenção Primária, esse trabalho, pretende visualizar o atual cenário de saúde mental na atenção básica, de forma a averiguar se as demandas das pessoas em sofrimento psíquico estão sendo acolhidas de forma integral como preconizado na política.

2 OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar o acolhimento e manejo de usuários com demandas de saúde mental pela equipe de APS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar ações e as condutas clínicas adotadas pelos profissionais de saúde na APS.
- Compreender a formação e capacitação do profissional de saúde para lidar com as demandas de saúde mental na APS.
- Descrever como se sentem os profissionais frente ao usuário com demandas de saúde mental quando procura por ajuda no serviço.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A definição de “saúde mental” traz em si uma verdadeira carga histórica sobre seu entendimento e posterior manejo pela humanidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como “estado de bem-estar, no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade”. O conceito de saúde mental é grande objeto de estudo psiquiátrico, em que se constitui, de forma mais hegemônica entre a comunidade médica e o saber popular, como oposta à loucura⁸, em que consiste, por Foucault, não de um fenômeno natural em si, mas de algo construído social e historicamente.⁹

Quando o modelo manicomial de saúde mental era hegemônico, a loucura era estudada nos usuários com transtornos mentais os chamados ‘alienados’, de forma “científica”, para os classificar, separar em caso e controle, e analisá-los: “isolar para saber”, “isolar para tratar”.¹³ Nisso, os usuários perdem seus direitos de cidadãos, a liberdade, a escolha, e sobretudo, perdem sua humanidade. O modelo manicomial, visto na história, apoia-se na construção do valor social do “louco”. Durante o século XV, trouxe-se definitivamente o isolamento e exclusão do louco através do enclausuramento, em que, também, mas não apenas, a doença mental, a chamada “loucura” era um sinônimo de desvio social, era aquele que está fora de si, fora da realidade, com alteração na noção de juízo¹³, e, por isso, adotou-se a prática de que esses deveriam ser separados da sociedade e enclausurados em hospitais, onde, muitas vezes, eram-lhes aplicados métodos punitivos.

A loucura, nessa época, não era somente de aqueles que possuíam alguma doença mental, mas daqueles indivíduos que, de uma forma ou outra, também fugiam das “leis morais” aos olhos da sociedade, como prostitutas e mendigos. Dentro dessa lógica de exclusão e confinamento, os hospitais não eram locais de cuidados e de tratamentos; os indivíduos eram excluídos do convívio social, silenciados e separados da sociedade.¹²

Frente a todas essas questões que infringem direitos humanos, surge então a Reforma Psiquiátrica, com destaque para o psiquiatra Franco Basaglia, que desarticulou o manicômio, de forma a pensar em ‘devolver o doente mental à sociedade’.¹⁰ A reforma psiquiátrica brasileira se dá no período da redemocratização, após 21 anos de Ditadura Militar, a partir dos anos 70. Essa reforma teve influência de Franco Basaglia e de outros movimentos mundiais, de forma que se denunciasse as práticas institucionais de violação de direitos humanos.¹¹ A partir desse grande movimento, houve uma verdadeira revolução cultural visando reconstruir o valor moral do usuário com demandas mentais e, ao rejeitar a lógica manicomial, retorná-lo à comunidade apto a viver e participar plenamente dela. No Brasil, um dos principais movimentos da reforma psiquiátrica teve como marco Carta de Bauru, em que, na cidade mencionada, 350 trabalhadores de saúde se reuniram para formar a primeira manifestação contra as atrocidades feitas em manicômios. Nela, fica claro que não é suficiente os serviços aprimorados de um “novo manicômio” ou de um “manicômio moderno”, mas sua definitiva extinção.¹²

É importante entender que a internação em leitos hospitalares é um recurso quando, os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, uma vez que possui forte potencial iatrogênico.¹³ O cuidado em saúde mental integral está melhor pautado e estruturado no investimento em serviços substitutivos, na redução de leitos em hospitais¹⁴ e na utilização dos Centros de Atenção Psicossociais, em que esses serviços estão contidos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de forma essa que permite que o modelo anterior de saúde mental seja desinstitucionalizado. Para que o modelo institucional seja abolido, a rede de atenção psicossocial, deve ser fortemente investida. Uma estratégia muito importante para isso é a do apoio matricial ou matriciamento, em que as equipes de saúde da família interagem entre si e propõem planos terapêuticos-pedagógicos, realizada através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A RAPS permite que ações para demandas em saúde mental estejam incluídas dentro do SUS, a partir de “criação, amplificação, e articulação de pontos de atenção à saúde” para essas pessoas.¹⁵ Além disso, ela se fundamenta nos princípios de autonomia, respeito aos direitos humanos, ressignificar preconceitos sobre a saúde mental e, sobretudo, permitir que o acesso em saúde mental seja efetivado. Como primeiro componente dessa rede está a atenção primária¹⁶, que abrange as Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes de consultório de rua e centros de convivência e cultura.

De forma estrutural e operacional, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro de comunicação da RAPS e atua como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.¹⁷ A APS se organiza dentro de atributos de integralidade do cuidado, longitudinalidade do cuidado e vai ser responsável, sobretudo, pelos problemas que a população do território apresentar. A APS vai ser responsável por atuar nas situações mais frequentes daquela determinada população adscrita, realizando medidas preventivas, de reabilitação e promoção à saúde. Dentro da saúde mental, cabe à APS a identificação precoce de transtornos mentais, tratamento de transtornos mentais comuns, realizar o manejo e o cuidado de pacientes psiquiátricos estáveis, realizar o encaminhamento a outros níveis de atenção dentro da RAPS quando for necessário e a prevenção, promoção e educação em saúde mental.¹⁸

4 METODOLOGIA

4.1 Natureza do Estudo

A pesquisa se trata de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha com os motivos das aspirações, das crenças e de todos os conjuntos de fenômenos que abordam os valores humanos. Assim, é possível se aprofundar no mundo de significados e na realidade social da humanidade.¹⁹ Para que se estude e se compreenda devidamente o que norteia e quais são as percepções dos trabalhadores da saúde frente a usuários com demandas em saúde mental, a

abordagem qualitativa é a ideal. Dessa forma, serão mais bem elucidadas as práticas clínicas desses trabalhadores, suas percepções sobre o cuidado e abordagem, além do que sentem quando assistem esses usuários, associando aos dados a forte carga histórica do assunto que é o cuidado em saúde mental.

4.2 Local, população e amostra

Amostra foi constituída por trabalhadores de saúde, que compõem a equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) de uma unidade de Saúde da Família do município de Salvador, Bahia.

Como critérios de inclusão é necessário que o participante tenha tempo de atuação mínima de 6 meses na unidade referida; e serão excluídos os trabalhadores que não possuem vínculo empregatício com o serviço, e ter menos de 6 meses de atuação no serviço.

4.3 Mecanismos para entrada

Foi realizada a articulação com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, que após cumprimento de todos os procedimentos presentes no Fluxograma da Secretaria de Saúde (SMS) sobre Procedimentos para Solicitação de Autorização de Pesquisa na Rede SMS, a coleta de dados foi autorizada. A partir desse momento foi realizada articulação com o Distrito sanitário, o qual apresentou o grupo de pesquisadoras aos profissionais da unidade; o projeto foi então apresentado, e iniciado a coleta com os(as) profissionais que aceitaram participar da pesquisa.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi feita através de um questionário previamente organizado, com roteiro semi-estruturado, presente no apêndice A. As entrevistas foram gravadas e foram transcritas na íntegra. As entrevistas foram realizadas de forma presencial. Foi ofertada a possibilidade de a entrevista ser feita de maneira telepresencial, mas nenhum profissional optou por essa modalidade. Para a realização da entrevista presencial, inicialmente a equipe da pesquisa se deslocou para a USF determinada e, lá foi escolhido um local que proporcione privacidade, dentro da unidade, para realizar a entrevista.

4.5 Análise dos dados

Para analisar os dados, foi empregada a Análise de Conteúdo que segundo Bardin que consiste em:¹⁹

“Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 1979, p. 42 apud MINAYO, 2007, p.83)

Desta forma, a Análise de Conteúdo é um recurso que permite analisar dados qualitativos: a fala e sua semântica. É possível fazer inferências acerca do que foi dito pelo entrevistado, além de seu implícito, a mensagem que está além do que foi propriamente comunicado.¹⁹

A análise de conteúdo, passa pelos procedimentos de categorização, inferência, descrição e interpretação, em que não necessariamente precisam ser seguidas na sequência de forma rigorosa. No processo de sua confecção, o pesquisador pode iniciar decompondo todo o material da coleta de dados para uma leitura flutuante e esmiuçada. Depois, os fragmentos de dados serão reunidos em categorias para, assim, o pesquisador realizar uma descrição do que foi obtido pela categorização. Assim, faz-se inferências dos resultados e, por fim, os resultados obtidos são interpretados.¹⁸

É importante que a categorização dos dados seja feita de forma homogênea, ou seja, que em todas as vezes sejam aplicados os mesmos princípios. Também é importante que as categorias sejam exaustivas, ou seja, deem conta de todo os dados da pesquisa, exclusivas, um conteúdo não pode ser classificado em mais de uma categoria, concreta, não utilizar termos abstratos ou dúbios e adequadas, quer dizer, deve ser adaptável aos objetivos da pesquisa.¹⁸

Outro ponto muito importante na análise de conteúdo é a inferência, que deve ser feita a partir de premissas já aceitas e consolidadas na comunidade acadêmica e dentro do assunto de área da pesquisa. Dentro desse aspecto, deve ser inferido sobre, por exemplo, relação de causalidade, consequência e efeito; a experiência a partir da leitura de estudos dentro da área da pesquisa é um requerimento para que boas inferências sejam feitas.¹⁸

Por fim, há a etapa da interpretação. A partir dos dados obtidos na inferência, a interpretação permite que os resultados da pesquisa sejam discutidos de forma ampliada, maior do que apenas foi dito durante a entrevista. Assim como na inferência, é necessário ter uma rica fundamentação teórica do assunto da pesquisa. A interpretação será considerada concluída quando as questões da pesquisa, os resultados pela análise dos dados coletados, as inferências e a perspectiva teórica constituírem uma sólida síntese.¹⁸

4.6 Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, esse projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e seguirá à resolução 466/12 do CNS/MS. Os trabalhadores que aceitaram participar concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B). O projeto foi aprovado no CEP, com número de parecer: 5.363.649.

Esta pesquisa não traz benefícios pessoais aos envolvidos. A pesquisa trará benefícios ao fazer os profissionais refletirem sobre suas práticas de cuidado em saúde mental, poderá dar visibilidade para práticas que estão sendo desenvolvidas de forma efetiva e contribuirão para a produção do conhecimento no campo da saúde mental na academia.

Havia a possibilidade de realização das entrevistas de forma presencial e telepresencial. Todos os participantes optaram pela modalidade presencial, onde a mesma foi realizada em ambiente que garantisse a privacidade, dentro da própria unidade de saúde. Todos os procedimentos que garantem a privacidade foram seguidos de acordo com o que versa a resolução 466/12 do CNS/MS.

Em caso de constrangimento ou desconforto dos participantes durante a realização da entrevista, foi assegurado a possibilidade de o trabalhador encerrar a entrevista, sem prejuízos para ambas as partes (pesquisadora e entrevistada) garantindo a não utilização dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas em Salvador, Bahia, no período de uma semana do mês de abril de 2022.

A amostra total consta de 7 entrevistados, sendo 2 médicos, 1 enfermeira, 3 agentes comunitários de saúde e 1 técnico de enfermagem. O perfil sociodemográfico dos trabalhadores de saúde entrevistados foi variado, abrangendo 5 mulheres e 2 homens, entre 40 a 56 anos, cuja maioria se declara como pardo (segundo classificação do IBGE) e heterossexual.

Profissão	Identidade de gênero	Idade	Cor	Orientação sexual
Médico	Homem cis	42	Pardo	Bissexual
Médica	Mulher cis	40	Preta	Heterossexual
Técnico de Enfermagem	Homem cis	45	Preto	Heterossexual
Enfermeiro	Mulher cis	41	Parda	Heterossexual
Agente Comunitário de Saúde 1	Mulher cis	44	Parda	Heterossexual
Agente Comunitário de Saúde 2	Mulher cis	53	Parda	Heterossexual
Agente Comunitário de Saúde 3	Mulher cis	56	Preta	Heterossexual

A partir da leitura das transcrições das entrevistas, foram separadas as seguintes categorias com base no predomínio de temas trazidos nas falas:

Categoria	Significado
Práticas de acolhimento realizadas	Esta categoria engloba quais foram as práticas de acolhimento realizadas pelos profissionais.
Manejo clínico do usuário e as Redes de Atenção	Esta categoria refere-se às condutas clínicas desenvolvidas pelos profissionais de saúde frente ao usuário com demandas em saúde mental.
A capacitação profissional como mecanismo para melhoria do cuidado e	Esta categoria refere como os trabalhadores se sentem frente aos casos de saúde mental, as emoções que elas trazem e o grau de

a percepção da saúde mental pelos trabalhadores	capacitação e instrução para tomada de decisões.
Os desafios do cuidado em saúde mental dentro da RAPS	Esta categoria visa elencar as percepções relacionadas ao desafio do cuidado em saúde mental dentro da rede de saúde e reflexões sobre a reforma psiquiátrica brasileira.

5.1 Práticas de acolhimento realizadas

Na Atenção Primária à Saúde, o acolhimento é uma prática cuja função é humanizar o contato da comunidade com o serviço de saúde e, assim, garantir os princípios do SUS.²⁰

“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.” (BRASIL, 2013, p.7-8).²¹

O acolhimento é um dispositivo que permite a formação de vínculo entre usuário e profissional da saúde. Como traz o Caderno de Atenção Básica - Saúde Mental, através de uma primeira conversa, abre-se um espaço de escuta que permite o usuário se sentir mais confortável e seguro para expressar inquietações, dúvidas e desabafos. Da mesma forma, é permitida a construção de um laço de segurança e acolhimento, já que o usuário pode ter a confiança de que a equipe da Unidade Básica de Saúde – UBS e Unidade de Saúde da Família - USF estará disponível para cuidar de diversas situações.²²

As falas dos entrevistados trouxeram que o usuário com demanda em saúde mental é acolhido, dentro da unidade, como qualquer outra demanda, não havendo, portanto, diferença no acolhimento desses usuários, como se observa nos trechos a seguir:

“O acolhimento é do mesmo modo que acolhemos as outras pessoas. Os pacientes chegam, se for com a demanda aberta, é orientado a passar pelo procedimento. Do procedimento vai ser encaminhado ou para a enfermagem, ou para os médicos, no caso. Ou então quando é algum paciente que a gente já sabe quem é, o agente de saúde fala diretamente com a gente, e a gente convoca, marca, já deixa pré-agendado para o dia, a gente recebe, faz a parte da pré-consulta na sala de procedimento, verifica sinais vitais e aí encaminha pra gente.” (médico)

“O acolhimento acontece como qualquer outro paciente, não existe uma... diferenciação, não. O paciente, ele chega, ele é acolhido pela equipe do acolhimento do dia, lá na frente, né, eles encaminham para o médico ou para a enfermeira, que tá na parte da equipe do dia, e ele é atendido – como qualquer outra demanda. Assim como demanda de hipertensão, como demanda de diabetes, como qualquer outra demanda.” (enfermeira 1)

“Tem a demanda, todo dia a gente tem um médico, uma equipe para o atendimento dessa demanda espontânea, então todo dia tem um médico para fazer esse acolhimento, e também tem os pacientes que a gente agenda, que a gente já conhece, a gente acompanha e faz esse acompanhamento periódico. (...) e aí é geral, não só de saúde mental.” (médica)

Minóia et al concorda de que o acolhimento do usuário deve ser integral, que um acolhimento específico de saúde mental proporcionaria a cisão dos sujeitos, “problemas do corpo” e “problemas na mente”.²³ É possível perceber, pelos resultados, que os entrevistados também partilham, pelo menos inicialmente, de uma indiferença do tipo de atendimento de uma queixa de doença crônica para uma de saúde mental. Dessa forma, o acolhimento seguiria uma mesma estrutura, independentemente da queixa.

Um ponto observado versa sobre como a demanda em saúde mental chega para ser acolhida, foi mencionado que a demanda do acolhimento muitas vezes é trazida pelos ACS, ou até mesmo pelo CAPS, como segue:

“A maioria das vezes são os ACS que trazem essa demanda. Eu tenho paciente, assim, ou o CAPS dispara e vem pra cá, “Y, você tem um paciente na sua unidade que eu preciso que você veja” {...} mas geralmente quem traz as demandas é o ACS ou um familiar que vem à unidade e traz pra gente.”
(médica)

Segundo a pesquisa de Mateus et al, 2008, as equipes da atenção básica e as de saúde mental do CAPS já mostravam ter pouca integração, o que necessitaria treinar os trabalhadores para serem planejadores e gestores em saúde mental.²⁴ Assim, é possível notar a importância do matriciamento para melhor resolução e efetividades das equipes.

5.2 Manejo clínico do usuário e as Redes de Atenção

Dentro de uma linha histórica e cultural, é comum a associação de manejo em saúde mental e medicalização, quando, na verdade, essas práticas, quando não pensadas criteriosamente, reduzem o sujeito e o expõe a fármacos de indicação questionável.²⁵ Através do artigo de Bezerra et al, 2014, foi visto que o fenômeno da prescrição indiscriminada de medicamento pelos profissionais, por vezes, é visto como única via possível de tratamento diante o sofrimento do usuário. Porém, se fossem adotadas a escuta ativa e acolhimento das queixas dos usuários de forma mais eficiente, poderia-se definir a necessidade ou não dos medicamentos.²⁶

A RAPS apresenta os objetivos gerais de organização dos serviços de saúde mental no Brasil, articulação e integração dos diversos serviços em saúde mental no território (acolhimento, acompanhamento contínuo e cuidado nas urgências psiquiátricas) e promoção do acesso de indivíduos com demandas em saúde mental e dependência química aos serviços da rede.²⁷ Essa rede articula os serviços ao usuário dentro dos vários níveis de complexidade no SUS e possui o CAPS como elemento central.²⁸

Em todas as entrevistas feitas, o CAPS sempre foi mencionado, sobretudo no manejo clínico promovido pelos trabalhadores e na articulação do usuário dentro da RAS. Os

relatos versam sobre como é realizado o cuidado clínico frente aos usuários de demanda de saúde mental, aparecendo nos relatos a referência para o CAPS.

“Normalmente, a gente entra em contato com o CAPS. Se tiver a possibilidade de agendar uma consulta, eles agendam, senão eles dão um encaminhamento pro paciente ir por conta própria e procurar.” (enfermeira 1)

Alguns entrevistados mencionaram que é o médico o profissional que possui a função de encaminhamento do usuário ao CAPS. Minóia et al, contudo, mostra que o cuidado da saúde mental dos usuários é de responsabilidade de toda a equipe, não apenas do médico ou do psicólogo.²³

Na rotina de cuidado desenvolvido na unidade, o atendimento à situação foi mencionado como ação anterior ao encaminhamento para o CAPS.

“Bom, a gente faz o atendimento clínico, vê a parte em relação a exames, se tá atualizado, realiza o exame físico, vê se já tem um atendimento no CAPS, se ele já é acompanhado, o que geralmente é, e inclusive já sabe quais são as medicações que tomam, já vem com um relatoriozinho, e quando não tem a gente tenta contactar a coordenação do CAPS pra já deixar uma consulta pré-agendada.” (médico)

Dentro da RAPS, a Atenção Primária à Saúde desempenha as funções de: ser base, ao ser entrada da pessoa ao sistema de saúde, resolutiva ao identificar os riscos do usuário, suas necessidades e demandas e ampliar suas redes de vínculo, ser coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, ao acompanhar e organizar o fluxo dos usuários dentro da rede, além de organizar o fluxo de usuários aos outros serviços a partir das necessidades da população.²⁷

Além da realização da consulta, foi mencionada a facilidade no acesso a algumas medicações pelos usuários; porém é destacada na fala a falta de profissionais de outras categorias, que desempenham papel importante no cuidado em saúde mental,

a falta de equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), gera impactos no processo de cuidado.

“A gente tem a consulta, geralmente com o médico, aí se precisar a gente referencia para o CAPS... a gente aqui não tem NASF, não tem psicóloga, é com o médico e consulta... é dessa forma. Medicamentos, a gente tem algumas medicamentos na farmácia da unidade, tem uma farmacêutica na unidade e ela consegue fazer algumas medicamentos, então isso já facilita para o paciente daqui não precisar ir para outro bairro buscar a medicação. {...} tem algumas medicamentos aqui que o paciente consegue pegar na unidade.” (médica)

Também foi trazido o desejo de melhora do matriciamento dentro de toda a Atenção Básica para melhor cuidado dos usuários:

“Eu acho que o matriciamento, ainda bem que aqui na unidade a gente consegue ter. Mas eu acho que nas outras, na Atenção Básica em si, né, acho que precisa dessa capacitação e desse matriciamento, né, com o CAPS, com os hospitais, pra conseguir conversar um pouco mais e conseguir cuidar melhor desses pacientes.” (médica)

O matriciamento é uma forma de fornecer cuidado em saúde ao unir duas ou mais equipes para construir uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.²⁹ De acordo com Figuredo e Campos, 2009, é “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações”. O matriciamento é uma forma de assistência coletiva e interdisciplinar. É diferente, por exemplo, de um encaminhamento para especialista, atendimento individual ou mesmo prática coletiva pensada por apenas um profissional de saúde. É uma ação interdisciplinar em saúde. Para a Atenção Primária, o apoio matricial permite a interação entre os profissionais para se chegar a uma finalidade comum, que é o cuidado do usuário.³⁰

É importante destacar a existência de um Caderno de Atenção Básica voltado apenas ao cuidado em saúde mental. Esse caderno descreve como deve proceder o acolhimento em saúde mental, além de instruir o profissional acerca das principais doenças e manejos dessa área.

Através da fala dos entrevistados, é possível perceber como é forte a percepção de que o cuidado em saúde mental, na verdade, seria um manejo de sintomas e que cabe ao médico a “solução” desses problemas. Essa ideia também é mencionada no Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental e esse texto também traz uma reflexão se os sintomas dos usuários são as causas da demanda do usuário ou se os sintomas são indícios da presença de um sofrimento outro.²²

Todos os profissionais podem e devem participar do cuidado à saúde mental, não cabendo apenas ao médico essa função. O cuidado em saúde mental, para sua máxima eficiência, precisa ser multiprofissional.

Foi observado nas falas dos profissionais a realização de condutas diferentes a depender da gravidade dos sintomas do usuário. A exemplo, diante de um usuário em surto psicótico, a conduta dos profissionais foi de encaminhamento para hospital psiquiátrico, com a ajuda do SAMU, como pode-se ver a seguir:

“Demanda de surto, tem o SAMU né, aciona o SAMU, que aí o SAMU leva para o centro especializado. E... muito- muitos pacientes cadastrados, que nós chamamos, são orientados nesse sentido, né. Em caso de surto, liga pra o SAMU. O SAMU é uma porta aberta nessa questão quando o paciente surta.”
(agente comunitário de saúde 1)

“Já teve paciente que surtou, que a gente teve que acionar o SAMU”.
(enfermeira 1)

A RAPS possui como componentes o SAMU 192, assim como UBS, UPA 24 horas, Sala de Estabilização, enfermaria de hospital geral, serviço hospitalar de referência etc.²⁷ Esses pontos são acionados de acordo com a demanda do usuário e avaliação da equipe de saúde.

Paralelamente, diante de um usuário com quadro menos grave, a conduta da equipe é a realização de atendimento ambulatorial na própria unidade de saúde, como visto na fala a seguir:

“Nos casos de paciente com depressão, ansiedade e naqueles que a gente conhece, a gente consegue, conversa, faz todo o trabalho psicológico mais de perto...” (médica)

“Ou então quando é algum paciente que a gente já sabe quem é, o agente de saúde fala diretamente com a gente, e a gente convoca, marca, já deixa pré-agendado para o dia, a gente recebe, faz a parte da pré-consulta na sala de procedimento, verifica sinais vitais e aí encaminha pra gente.” (médico)

Foi relatado de que, frente a esses usuários, a conduta principal é de cuidar dos desdobramentos do sofrimento mental, como, por exemplo, a tentativa de suicídio.

“A gente normalmente atende paciente de saúde mental e trata, normalmente, as consequências. Por exemplo, já teve paciente aqui de saúde mental que tomou chumbinho e a família trouxe pra cá. Que cortou os pulsos e a família trouxe pra cá, então a gente atende, né, de acordo com o que o paciente tá apresentando” (enfermeira 1)

A tentativa de suicídio é uma emergência multifatorial dentro da saúde mental, que exige boa articulação e observação da equipe de saúde. Ela representa um processo que, geralmente, origina-se da ideação suicida, passa pelo planejamento e, propriamente, a ação, o que significa um fator de alto risco; diferente se fosse apenas a presença de ideação, de baixo risco, porém não menos passível de cuidados.³¹

Dentre as ações desenvolvidas na APS, encontra-se o trabalho da equipe na prevenção do suicídio, com o devido acolhimento do usuário, estratificação de risco de suicídio, verificação de fatores de risco, como a presença de transtornos mentais, avaliação do contexto psicossocial que o usuário está inserido, e contrabalanço entre pontos fortes e vulneráveis do indivíduo.²⁹ Enquanto, o manejo direto do indivíduo que tentou o suicídio é feito pelos CAPS, com atendimento intensivo, aquele destinado aos usuários que precisam de acompanhamento diário,³² ou pelas instituições terciárias, a depender do contexto social em que o usuário está inserido.

O CAPS também é acionado pela equipe para o acompanhamento longitudinal de situações que extrapolam a capacidade da equipe de saúde da Família. Em se tratando do encaminhamento de crianças, este foi apontado como algo positivo, uma vez que a equipe tem acesso satisfatório a esse serviço, como observado na fala abaixo:

“Criança a gente consegue referenciar para o CAPSi da Liberdade, que é aquele CAPS infanto-juvenil-, {...} a gente consegue muito bem, tem o telefone, diz os dias de triagens, quais os dias que o paciente pode ir...” (médica)

Além do CAPS, também foi mencionada uma parceria da unidade com uma instituição privada para o encaminhamento de usuários pediátricos para o cuidado da saúde mental, como se vê:

“A gente tem parceria com o HAB, uma instituição privada; aquele Instituto Guanabara, a gente também tem o telefone, também consegue referenciar as crianças.” (médica)

Por fim, também foi mencionado a ação de grupos terapêuticos dentro da unidade que, apesar de não serem específicos para os usuários com demandas em saúde mental, trazem um benefício no cuidado desse público ao abordar questões importantes no cuidado em saúde:

“É... aqui tem um grupo de tabagismo, porém, eu não sei se eles... eu acho que eles ainda não trabalharam com usuários de drogas... (agente comunitário de saúde 3)

O cuidado da saúde mental pela Atenção Básica abrange possibilitar ao usuário o primeiro acesso ao sistema de saúde, ao acolher suas demandas, entender o contexto que se insere dentro daquele território e sua história.²² As ações terapêuticas que podem ser realizadas são, por exemplo, a escuta qualificada do usuário, a boa comunicação.²² Um estudo realizado em municípios do Vale de Jequitinhonha, Minas

Gerais, com 85 participantes, foi relatado sobre novas possíveis práticas implantadas de ressignificação do CAPS dentro da APS, não mais dentro de estigma de ser “um lugar de doido”. Foram feitas ações de promoção em saúde para estimular a atividade física, como zumba, *crossfit*, *muay thai*, caminhada, grupos de artesanato (como crochê e bordado). Além disso, também foi realizada a educação em saúde do usuário, para que a medicação seja tomada de forma adequada durante todo o tratamento.³³ A medicação deve ser implementada nem como assistência única, nem como ausente na vida do usuário, e sim como ferramenta importante no processo de cuidado.

5.3 A capacitação profissional como mecanismo para melhoria do cuidado e a percepção de saúde mental pelos trabalhadores

Foi unânime a menção sobre a falta da capacitação para os atendimentos em saúde mental. Como trouxe Gama et al, 2021, existe uma expectativa silenciosa de que o indivíduo se porte de uma forma, e, quando não se “comporta”, o trabalhador não sabe o que fazer.³⁴

Quando questionados acerca de como se sentem diante de um usuário com demanda grave em saúde mental, como agitação psicomotora, todos os trabalhadores relataram não se sentirem capazes o suficiente para atender a esses usuários, como se vê a seguir:

“Eu me sinto, assim, totalmente despreparada. Muito despreparada. Eu não tenho traquejo, eu não tenho manejo, eu não sei lidar com paciente psiquiátrico... sabe? Não sei.” (enfermeira 1)

“Aqui na unidade, quando chega, eu me sinto incapacitada. (...) Naquele momento, eu me sinto incapacitada.” (agente comunitário de saúde 1)

“Bem impotente. Bem impotente assim, grave a gente nem sabe o que faz, sabe? A gente acolhe, senta, se tiver muito agressivo a gente não vai perto... mas assim, a gente não tem esse preparo, poxa, o que é que a gente vai fazer.” (médica)

Apesar de os trabalhadores falarem que acolhem as demandas de saúde mental dos usuários da mesma forma que qualquer outra queixa, afirmam que não se sentem instruídos o suficiente dentro da área de saúde mental para os atenderem, o que significa um prejuízo na qualidade do cuidado.

Além disso foi mencionado a falta de capacitação e o desejo em ter acesso às capacitações dentro da área de saúde mental, visando o aprimoramento das práticas de cuidado desenvolvidas:

“Seria interessante a gente ter mais capacitações relacionadas a saúde mental.
(médico)

“Eu acho assim, que os profissionais não são treinados, não são capacitados. Então eles acabam não... nem prescrevendo.” (enfermeira 1)

“(...) E os médicos aqui da Atenção Básica, assim, também têm uma falta de preparo. Então, é uma rede muito fragilizada. (pausa) os médicos daqui não prescrevem, não passa um antidepressivo, não passa nada, não se consegue...” (enfermeira 1)

Além disso, também é possível perceber que, pela última fala da profissional, a equipe não se sente capacitada e isso reflete em suas ações. Nisso, cria-se outro possível problema dentro da percepção de cuidado em saúde mental, que foi também citado por Gama et al, 2021. Sendo atribuído a medicação como cuidado, e sendo esse papel do médico, a equipe de saúde não teria a percepção direta de se colocarem como corresponsáveis na conscientização dos usuários ou pela busca de outras intervenções dentro da saúde mental para assistirem os usuários,³⁴ já que, com a prescrição da receita, o manejo já teria sido feito. Isso faz com que os trabalhadores acreditem que o cuidado em saúde mental é função de outro profissional, presente ou não na unidade, e não responsabilidade de toda a equipe. Além disso, dentro da própria medicina, há uma vertente biologicista na psiquiatria, que não compreende o

mecanismo biopsicossocial do processo saúde-doença. Assim, o tratamento medicamentoso, independentemente do caso, é a forma principal de lidar com essas demandas. Ainda, há a questão do desmanche da integralidade do indivíduo ao contê-lo em uma lista de sintomas, o que favorece a desresponsabilização dos trabalhadores frente ao caso.³⁵

Foi mencionado em algumas falas que deveria existir um profissional especializado em saúde mental dentro da unidade de saúde:

“Eu acho que o PSF também deveria ter um profissional voltado também a essa situação, entendeu?”

(Você fala um profissional que tem capacitação específica para cuidar de saúde mental, seria isso?)

Sim, sim.” (agente comunitário de saúde 2)

“A falta de profissionais preparado para esse tipo de abordagem, o psiquiatra, o psicólogo, aqui a gente não tem.” (técnico de enfermagem)

Em contraponto, também foi trazido que todos os trabalhadores da saúde deveriam ser capacitados:

“Eu acho que capacitação pro médico, pro enfermeiro... que não é só o médico, né, é o médico, o enfermeiro, o dentista... todo mundo atende paciente com doença mental, então eu acho que precisa dessa capacitação.” (médica)

A capacitação profissional é importante em toda a vida do profissional da saúde, dentro da capacitação profissional, temos os processos de educação continuada e permanente. A educação continuada é toda aquela feita após a graduação, aquela incrementada à formação básica, de forma que o profissional se atualize e seja mais capacitado para atender pessoas e grupos. A educação permanente é o aprendizado aplicado como prática institucionalizada, para que mudanças dentro da instituição sejam feitas, transformações coletivas através da apropriação do saber científico.³⁶

Além disso, a educação permanente é feita a partir de problematizações dos casos que se vivem na unidade, que podem ser feitos em seminários, reuniões de equipe, matriciamento e fóruns de serviços. Porém a própria ideia de educação permanente também abre espaço para que sejam criados outros meios para que ela seja realizada, o que possibilita caminhos para uma atuação ativa dos profissionais em aprimorar no coletivo.³⁷

5.4 Os desafios do cuidado em saúde mental dentro da RAPS

A reforma psiquiátrica foi e é um longo processo de reformular o cuidado em saúde mental, o que permite realizar a maior parte dos cuidados dos indivíduos fora da lógica hospitalocêntrica, em serviços substitutivos, a partir dos serviços dentro da RAPS, na APS etc. Isso permite maior autonomia dos usuários, migração para um cuidado psiquiátrico comunitário e questiona os modelos de assistência, tanto da estrutura dos hospitais psiquiátricos, como de seus significados culturais e históricos.³⁸

Foi apresentada a percepção da reforma psiquiátrica como dificultadora do acesso do paciente ao hospital psiquiátrico, pela redução de seus leitos e fechamento de vários hospitais.

“Na verdade, na verdade, eu não tô muito por dentro da reforma, eu sei que dificultou o acesso de alguns locais, no caso, acolheu os pacientes psiquiátricos, que tinham mais facilidade de mandar diretamente. {...}Então eu acho que dificultou, como eu entendi, dificultou o acesso dos pacientes.”
(médico)

Pode-se perceber um desconhecimento sobre a reforma e a política de saúde mental. A reforma psiquiátrica foi um marco, possibilitou em todo o mundo repensar um cuidado da saúde mental menos massificado em hospitais psiquiátricos lotados, reconstruir-se todos os estigmas que o assunto abarca e permitir uma assistência territorial e comunitária, não de abandono e exclusão.³⁸

Em contrapartida, foi apontado por outro profissional a necessidade de redução de hospitais psiquiátricos e o investimento para o aumento na quantidade de CAPS:

“Olha, Basaglia quando... ele estudou, eu achei o máximo. Agora, o governo precisa investir. Porque... tudo bem tirar aquela maldição que era o hospital psiquiátrico. Porque aquilo ali pra mim era uma maldição, assim. Mas... se o governo não investir em bons CAPS... porque eu não sei se você sabe, mas aqui em Salvador eu só conheço dois ad, que trata álcool e drogas. Então, muito pouco, pra um quantitativo muito grande de pessoas que abusaram de substâncias psicoativas, e abusaram de álcool...” (agente comunitário de saúde 1)

Além disso, também foi relatada que, dentro daquela unidade de saúde de família apenas as doenças “físicas” eram tratadas e cuidadas, e as de características psicológicas não tinham espaço para seu manejo, como se fossem separadas, o que entra em contradição com as falas de igualdade no acolhimento dos usuários, independente da queixa:

“Dentro de uma unidade básica, eu não vejo muito esse... essa terapêutica, entendeu? Porque a gente da atenção básica, a gente só... trata o físico, entendeu? A gente trata o físico para fazer o encaminhamento pra tratar o psicológico, o mental. Então, na unidade básica, é só o físico.” (agente comunitário de saúde 1)

“É, não sei se eu tenho a capacitação dentro... dentro dessa filosofia, que é a saúde mental; e até, de certa forma, tá até um pouquinho afastada do serviço... porque tá dividido, né. Tá dividido porque que, se chega, “não é aqui, não, é no CAPS”, né. Então, é inserido, mas não nesse contexto de posto. Ele tem um local especial pra ser cuidado.” (técnico de enfermagem 1)

Essa percepção não é restrita à essa unidade. O artigo de Minoia et al traz um relato de caso acerca do acolhimento em saúde mental no Rio Grande do Sul, em que, diversas vezes, alguns profissionais podem realizar priorização de casos, e, comumente, as questões de saúde mental são deixadas de lado, enquanto se prioriza os aspectos “orgânicos”.²³ Contudo, é claro que, dentro do cuidado à saúde, o indivíduo não pode ser fragmentado; é integral.

Alguns entrevistados mencionaram a dificuldade de atender os usuários de saúde mental por conta de uma falta de capacidade da estrutura da unidade de saúde.

“O principal [desafio] é como fazer esse primeiro atendimento no paciente, por exemplo, em surto psicótico. A gente fica meio sem saber o que fazer, fica sem ter estrutura pra acolher, então, sem ter uma sala específica pra gente acomodar esse paciente. E quando acontece isso, paralisa o posto todo. O paciente vem, a gente vai dar atenção a esse paciente, vai colocar num... vai utilizar uma sala para fazer o acolhimento e paralisa o posto todo e...fica aquele efeito dominó.” (médico)

“Porque aqui, a gente não tem muita estrutura, a gente não sabe com que tá lidando, tem esse lado oculto da pessoa, com o que é que você tá lidando, como é que você vai proceder diante desse quadro de... porque eu sei que, por exemplo, o SAMU vem aqui fazer essa abordagem, eles vêm com aquelas... isso, vem com contenção” (técnico de enfermagem 1)

Borsoi, 2007, traz a reflexão de uma dificuldade dos profissionais na saúde mental está na falta do caráter palpável das queixas, mas da presença do qualitativo nas demandas de saúde mental, diferente, por exemplo, dos problemas que atingem o corpo.³⁹ Além disso, apesar de citado pelo entrevistado, é importante afirmar que o acolhimento em saúde mental não deve ter uma estrutura específica, com medicações e contenções.

É importante destacar que o cuidado em saúde mental não é lidar com o lado oculto do indivíduo, mas de um sofrimento mental instalado que é multifatorial. Diante de todo o estigma que existe dentro desse sofrimento, usuários com essas demandas atraem o olhar de profissionais com grande carga de preconceitos, o que pode gerar barreiras no acesso ao serviço de saúde devido.⁴⁰

O estudo possui a principal limitação de ter um tamanho amostral pequeno, contando com apenas 7 entrevistas. Contudo, houve uma variedade de profissionais, o que permitiu estudar os objetivos do estudo em diferentes ângulos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise dos resultados, as entrevistas trouxeram uma amostra do cenário claro sobre as conquistas e os desafios dentro do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

Apesar de todo o manejo humanizado e apropriado para cada caso estar descrito e organizado na literatura, inclusive produzido especialmente ao contexto da Atenção Básica, falta ainda uma apropriação deste conteúdo pelos profissionais. Além disso, as entrevistas também trouxeram falhas existentes dentro da RAPS, que dificultam o processo de matriciamento e tratamento do usuário. Fora dessas questões estruturais, há também o estigma que infelizmente ainda cerca a saúde mental, fruto de séculos de estrutura asilar: o medo do usuário, a ideia de que é preciso uma estrutura especial para isolá-lo e realizar o cuidado. Junto com essas percepções, vem conjuntamente a sensação de incapacidade e impotência do profissional.

Porém, também foram detectados avanços, como o acolhimento devido de casos de doenças mais leves, como ansiedade e depressão leve a moderada, que conseguem ser tratadas dentro da unidade básica de saúde, além de toda a disposição da equipe em tentar ajudar no encaminhamento e tratamento no CAPS. Além disso, é perceptiva a vontade de querer ser um profissional melhor frente a essas demandas na maioria dos trabalhadores da equipe, o que denota o cuidado e a empatia dos profissionais.

Assim, os resultados dessa pesquisa podem contribuir para nortear em que caminho estamos seguindo para o avanço do cuidado em saúde mental na Atenção Primária, além de mostrar desafios dentro da Rede de Atenção Psicossocial que podem ser sanados a partir de uma posição da gestão, como o aumento do número de CAPS para atender às necessidades da população, além de melhor capacitação dos profissionais. Assim, eles podem tomar posse do conhecimento construído ao longo de todos os anos de Reforma Psiquiátrica e, dessa forma, conseguirem os colocarem em prática devidamente.

REFERÊNCIAS

1. Lima LD De. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde Atenção Básica no Brasil. 2018;11–24.
2. Ministério da Saúde Brasil. Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. 2017;
3. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Sociedade*. 2011;20(2–3):867–74.
4. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*. 2018 set;42(spe1):38–51.
5. Ministério da Saúde Brasil. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA O VÍNCULO E O DIÁLOGO NECESSÁRIOS. :1–7.
6. Sanfelice JL. Reforma do Estado e da educação no Brasil de FHC. *Educ Soc*. 2003;24(85):1391–8.
7. Frateschi MS, Cardoso CL. Saúde mental na atenção primária à saúde: Avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis*. 2014;24(2):545–65.
8. Gaino LV, Souza J de, Cirineu CT, Tulimosky TD. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. *SMAD, Rev eletrônica saúde mental alcool drog*. 2018;14(2):108–16.
9. Providello GGD, Yasui S. A loucura em foucault: Arte e loucura, loucura e desrazão. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*. 2013;20(4):1515–29.
10. Desviat M. A reforma Psiquiátrica - capítulo 2. Em 1991. p. 1991.
11. Ferreira TP da S, Sampaio J, do Nascimento Souza AC, de Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: Desafios para além dos muros institucionais. *Interface: Communication, Health, Education*. 2017;21(61):373–84.
12. Manifesto de Bauru. *Saúde Mental ICN de T em*. 1987;1987.
13. Pitta AMF, Guljor AP. a Violência Da Contrarreforma Psiquiátrica No Brasil: Um Ataque À Democracia Em Tempos De Luta Pelos Direitos Humanos E Justiça Social. *Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades*. 2019;(246):6.
14. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2008;28(3):632–45.
15. Esteves R. Manicômio nunca mais: os 30 anos da Carta de Bauru. *Revista Nacional de Saúde*. 2017;2017.

16. Macedo JP, de Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saude e Sociedade*. 2017;26(1):155–70.
17. Psychosocial T, Network C. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade : quem cuida da saúde mental ? :883–96.
18. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: Perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface: Communication, Health, Education*. 2015;19(55):1121–32.
19. Minayo MC de S, Gomes SFDR. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26a edição. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
20. Lopes AS, Vilar RLA de, Melo RHV de, França RC da S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate*. 2015 mar;39(104):114–23.
21. Brasil M da S. *Política Nacional de Humanização*. Brasília-DF; 2013.
22. Brazil. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental*. 171 p.
23. Minóia NP, Minozzo F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2015 dez;35(4):1340–9.
24. Onocko-Campos RT. *Mental health in Brazil: Strides, setbacks, and challenges*. Vol. 35, *Cadernos de Saude Publica*. Fundacao Oswaldo Cruz; 2019.
25. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:2101–8.
26. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, de Lima LL, Vasconcelos MGF. “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: Communication, Health, Education*. 2014;18(48):61–74.
27. Brasil M da S. Portaria 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. 2011.
28. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saude e Sociedade*. 2017;26(2):462–74.
29. Chiaverini DH, Brasil M da S, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF; 2011. 1–236 p.
30. Brasil M da S, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília; 2010 out.
31. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Em: 3º ed Artmed; 2018. p. 179–80.

32. Brasil M da S. Portaria nº336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília; 2002.
33. Lima AMDJ, Andrade EIG, Perillo RD, dos Santos ADF. Views on mental health assistance in primary care at small cities: Emergence of innovative practices. *Interface: Communication, Health, Education*. 2021;25.
34. da Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Primary health care professionals and mental health demands: Perspectives and challenges. *Interface: Communication, Health, Education*. 2021;25:NA.
35. Martinhago F, Caponi S. Controversies about the use of DSM for mental disorders diagnoses. *Physis*. 2019;29(2).
36. Girade M da G, da Cruz EMNT, Stefanelli MC. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos [Internet]. São Paulo; 2006 out. Available from: www.ee.usp.br/reeusp/
37. Leite L dos S, Rocha KB. Permanent education in health: How and in which spaces it is performed in the perspective of healthcare professionals of Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*. 2017;22(2):203–13.
38. Cavalcanti MT. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2008 set;
39. Ferreira Borsoi IC. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. Vol. 19, Edição Especial. 2007.
40. Pereira RMP, Amorim FF, Gondim M de F de N. Practice and perception of primary healthcare professionals about mental health. *Interface: Communication, Health, Education*. 2020;24:1–17.

APÊNDICE A

Questionário sociodemográfico:

Idade:

Raça/cor:

Identidade de gênero:

Orientação sexual:

Área de especialização:

Tempo de formação:

Tempo de atuação no serviço:

Especializações e/ou capacitações em saúde mental:

Roteiro semiestruturado:

O que te fez atuar na Atenção Primária à Saúde (APS)?

Quais os principais desafios você identifica no seu processo de trabalho?

Quais as principais demandas em saúde presente nesse território?

Com qual frequência você se depara com demandas de saúde mental? E quais mais frequentes?

Como se dá o acolhimento em saúde mental no serviço?

Você se sente capacitado para acolher demandas em saúde mental?

Quais ações para acolher as demandas em saúde mental são realizadas no serviço?

Quais as ações clínicas são realizadas diante de um usuário com demanda em saúde mental?

Pensando a integralidade do cuidado, quais outros serviços da rede são acionados e em quais situações?

Qual a sua percepção sobre a reforma psiquiátrica brasileira?

Como você se sente quando chega um usuário com uma demanda grave em saúde mental?

Quais principais desafios você identifica no campo da saúde mental na APS?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a), você, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “ACOLHIMENTO E MANEJO DE USUÁRIOS COM DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, que tem como público-alvo os trabalhadores de saúde na equipe mínima da Estratégia Saúde da Família. A pesquisa está sendo realizada por Giovanna Maria Medeiros Cavalcante Bandeira de Sousa, discente do curso de medicina da EBMSP, sob orientação e coorientação, respectivamente, das professoras Danielle Soares de Jesus e Patrícia Gabriele Chaves dos Santos.

A pesquisa tem como objetivo compreender como os trabalhadores de saúde organizam o manejo, o acolhimento e o cuidado frente a usuários com demandas em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Para isso a entrevista buscará descrever as percepções dos profissionais em relação às principais demandas em saúde mental, às práticas de acolhimento e manejo clínico frente as demandas de saúde mental e os principais desafios no processo de cuidado.

Os dados serão coletados através de uma entrevista semiestruturada que será realizada nas modalidades telepresencial ou presencial, a depender da preferência e disponibilidade dos entrevistados. A entrevista telepresencial será feita através da plataforma Zoom ou Google Meet, em dia e horário previamente selecionado por você e pelas responsáveis pelo estudo. A presencial será feita seguindo os mesmos acordos, na unidade de saúde que atua, local que possa ser mantido o sigilo e devido conforto. A entrevista prosseguirá sem tempo mínimo, de modo que as perguntas sejam respondidas com calma e tranquilidade.

Embora a entrevista possuir risco mínimo, há a possibilidade de identificação de dados e de constrangimento. De forma que esse risco seja minimizado, apenas as

pesquisadoras poderão ter acesso aos dados e estarão arquivados no computador próprio das pesquisadoras, que é protegido por senha. Esses dados serão armazenados por 5 anos, ao passar dessa data, serão destruídos. A pesquisa não possui benefícios diretos, mas permite que se reflita sobre as práticas de cuidado em saúde mental, poderá dar visibilidade para práticas que estão sendo desenvolvidas de forma efetiva, assim como pode contribuir para a produção do conhecimento no campo da saúde mental no âmbito acadêmico.

Durante entrevista presencial, a entrevista será realizada em ambiente seguro, em sala privativa, devidamente isolado. Durante entrevista telepresencial, a pesquisadora irá realizá-la dentro de ambiente privado e isolado. Apenas a (s) entrevistadora (s) e participante estarão na sala, sem a presença de terceiros que possam infringir a privacidade do trabalhador de saúde. As entrevistas presenciais se darão apenas no horário em que o profissional estiver em serviço na USF. Portanto, não será necessário o ressarcimento de transporte.

Caso aceite participar, será enviado o link de acesso à plataforma Zoom ou Google Meet, conforme sua escolha, por e-mail, para realização da entrevista. A entrevista será gravada através dessas plataformas, que são seguras, e salvas na memória do computador. É importante frisar que os dados colhidos não serão armazenados em ambientes de dados compartilhados, conhecidos como “nuvens”. Em caso de danos causados comprovadamente pela pesquisa, haverá indenização.

A sua participação é muito importante e desde já, agradecemos. Sua participação pode ser interrompida e desvinculada da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos a você. Também é importante que você salve uma cópia desse documento que tem 2 vias de igual conteúdo, todas as páginas devem ser rubricadas e a última assinada.

Para maiores dúvidas pode entrar em contato com as pesquisadoras: Danielle de Jesus Soares, telefone (71) 996809091, e-mail daniellesoares@bahiana.edu.br; Patrícia Gabriele Chaves dos Santos, telefone (71) 99189-0553, E-mail patriciachaves@bahiana.edu.br ou com a aluna Giovanna Maria Medeiros Cavalcante Bandeira de Sousa, telefone (71) 992694495, E-mail giovannasousa19.1@bahiana.edu.br.

Caso as dúvidas não sejam sanadas pelas pesquisadoras ou para denúncia, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Av. Dom João VI, nº 275, Brotas, CEP: 40290-000, Salvador, Bahia. Telefone (71) 98383-7127, E-mail cep@bahiana.edu.br.

Você concorda com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado:

() Sim () Não

Assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora:

ANEXO: PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO E MANEJO DE USUÁRIOS COM DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Danielle de Jesus Soares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55377022.0.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.363.649

Apresentação do Projeto:

A Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pelo cuidado das demandas em saúde da população, integra as etapas de tratamento, promoção, prevenção e reabilitação em saúde; e se configura como a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde no Brasil. Dentre as competências da APS encontra-se o manejo dos usuários em sofrimento mental que perpassa pelo cuidado da equipe multiprofissional que compõe a Estratégia Saúde da Família.

Projeto submetido em 5 de abril de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o acolhimento e manejo de usuários com demandas de saúde mental pela equipe de APS.

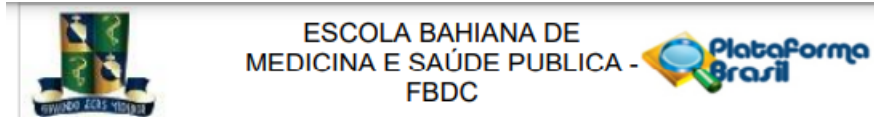
Objetivo Secundário:

Identificar ações e as condutas clínicas adotadas pelos profissionais de saúde na APS.

Compreender a formação e capacitação do profissional de saúde para lidar com as demandas de saúde mental na APS.

Descrever como se sentem os profissionais frente ao usuário com demandas de saúde mental quando procura por ajuda no serviço.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.285-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.363.649

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores

Riscos:

Embora a entrevista possuir risco mínimo, há a possibilidade de identificação de dados e de constrangimento. De forma que esse risco seja minimizado, apenas as pesquisadoras poderão ter acesso aos dados e estarão arquivados no computador próprio das pesquisadoras, que é protegido por senha. Esses dados serão armazenados por 5 anos, ao passar dessa data, serão destruídos.

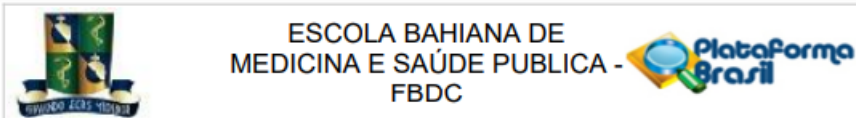
Serão utilizadas as plataformas Zoom ou Google Meet, que são seguras, ainda assim existe o risco de vazamento de dados, que será minimizado pelo armazenamento destes no HD do computador das pesquisadoras, protegido por senha, e serão destruídos após 5 anos, sem a utilização de ambiente compartilhado ou "nuvem". O convite para participação na pesquisa será enviado por e-mail para as participantes que optarem pela entrevista de modalidade virtual, para destinatário único ou na forma de lista oculta, e junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em anexo para elas lerem antes da entrevista. Serão seguidas as orientações para procedimentos de pesquisas em ambiente virtual, que constam em enviar convite por e-mail para apenas uma destinatária, explicitar política de privacidade do Google Meet e do Zoom, de ferramentas e o cuidado com o armazenamento de dados. No começo da entrevista, será solicitado que a participante confirme a leitura do TCLE e concorde ou não com sua participação, informando-a que sua concordância neste momento será equivalente à assinatura do TCLE. Durante entrevista presencial, a entrevista será realizada em ambiente seguro, devidamente isolado e privado. Apenas a entrevistadora e participante estarão na sala, sem a presença de terceiros que possam infringir a privacidade do trabalhador de saúde. Além disso, essa pesquisa possui apenas fins acadêmicos, o participante não será identificado.

Durante a entrevista em ambiente virtual, serão seguidas as orientações para procedimentos de pesquisas em ambiente virtual, que constam em enviar convite por e-mail para apenas um destinatário, explicitar política de privacidade do Google Meet e do Zoom, de ferramentas e o cuidado com o armazenamento de dados. É importante frisar que os dados serão armazenados na memória do computador, e não em ambientes de dados compartilhados, conhecidos como "nuvens".

Benefícios:

A pesquisa não possui benefícios diretos, mas permite que se reflita sobre as práticas de cuidado em saúde mental, poderá dar visibilidade para práticas que estão sendo desenvolvidas de forma

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.363.649

efetiva, assim como pode contribuir para a produção do conhecimento no campo da saúde mental no âmbito acadêmico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa sobre acolhimento e manejo de usuários com demandas de saúde mental. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa.

Para analisar os dados, será empregada a Análise de Conteúdo (Bardin). Terá como público-alvo trabalhadores de saúde que compõem a equipe mínima de uma Unidade de Saúde da Família no município de Salvador, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário em saúde.

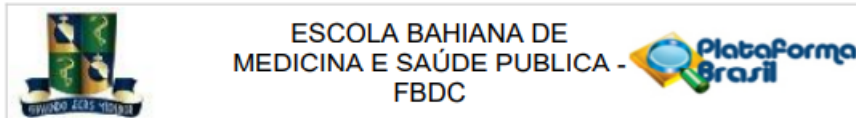
Segundo o Fluxograma da Secretaria de Saúde (SMS) sobre Procedimentos para Solicitação de Autorização de Pesquisa na Rede SMS, inicialmente, o pesquisador irá solicitar à secretaria do Termo de Anuência Institucional (TAI) para a coleta de dados da pesquisa através de ofício, que será endereçado à Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS), pelo e-mail: pesquisas.sms@gmail.com O pesquisador irá entregar o ofício da Instituição de Ensino, apresentando nesse documento o nome completo do aluno e de seu orientador. Após, o pesquisador responsável irá solicitar e preencher o Formulário para Solicitação de Campo e Pesquisa e o Termo de Compromisso, enviando-os devidamente assinados. Deverá ser anexado por esse pesquisador responsável o projeto de pesquisa completo, que inclui introdução, método, cronograma, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, instrumentos que vão ser utilizados para coleta de dados etc., e enviar ao email citado anteriormente. A CGPS irá realizar a análise e fará um parecer técnico sobre a pesquisa. Após a aprovação do projeto, a TAI digitalizada será disponibilizada para que seja submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa. Após aprovação no CEP, o pesquisador irá enviar um e-mail para a CGPS, contendo o parecer consubstanciado da aprovação em CEP do projeto.

A CGPS, depois de receber o parecer consubstanciado, irá emitir um ofício informando ao Distrito Sanitário (DS) que seja autorizada a realização da pesquisa na rede da Secretaria Municipal de Saúde. As pesquisadoras entrarão em contato com o(a) coordenador (a) do distrito sanitário selecionado solicitando o encaminhamento para uma unidade de saúde a qual apresente mais de uma equipe atuando, então será feito o contato com todos os profissionais da equipe mínima da unidade de saúde da família convidando-os para participar; será dado a opção de realização da entrevista em formato presencial ou online, a critério do participante.

Para a coleta de dados dessa pesquisa, a pesquisadora irá até a unidade de saúde da família

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br

Bahiana 03 de 05



Continuação do Parecer: 5.363.649

indicada apresentar a equipe do serviço a proposta da pesquisa e convidar os profissionais para participar. Para a realização da entrevista presencial a equipe da pesquisa irá se deslocar até a USF determinada, em dia e horário anteriormente agendados com os profissionais para realizar a entrevista, será escolhido uma sala na unidade que proporcione privacidade para realizar a entrevista. Para a realização da entrevista telepresencial, um convite por e-mail será enviado ao trabalhador de saúde selecionado anteriormente, que constará com link de acesso à plataforma Zoom ou à plataforma do Google Meet. Serão emails individuais a cada participante. No corpo desse e-mail se encontrará a data e o horário para a realização dessa entrevista, que será previamente combinada com o profissional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta folha de rosto preenchida e assinada.
- Apresenta Carta de Anuência da Subcoordenadora de Capacitação/CGPS/SMS.
- Cronograma de Execução: Apresentado com previsão da coleta de dados de abril a julho de 2022.
- Orçamento: Apresentado no valor de R\$ 4279,00
- TCLE: Apresentado com as correções.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise bioética do protocolo de pesquisa, com base nas recomendações da Resolução 466/12 CNS/MS, foram resolvidas as pendências quanto a Metodologia, Riscos e TCLE e a recomendação é de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1875404.pdf	31/03/2022 07:04:20		Aceito
Projeto Detalhado	PROJETOCERTOGIOVANNA.pdf	30/03/2022	Danielle de Jesus	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.363.649

/ Brochura Investigador	PROJETOCERTOGIOVANNA.pdf	21:41:01	Soares	Aceito
Outros	respostacepatualizado.pdf	30/03/2022 21:40:30	Danielle de Jesus Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRETO30032022.pdf	30/03/2022 21:38:58	Danielle de Jesus Soares	Aceito
Outros	Tai.pdf	27/01/2022 12:41:56	Danielle de Jesus Soares	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodanielleassinado.pdf	27/01/2022 08:54:33	Danielle de Jesus Soares	Aceito
Orçamento	orcamentotcc.pdf	15/12/2021 10:48:40	Danielle de Jesus Soares	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 23 de Abril de 2022

Assinado por:
Noilton Jorge Dias
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br