



FACULDADE DA REGIÃO SISALEIRA
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

BRUNA PINTO PASTOR

**PRODUÇÃO DO CUIDADO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
MENTAL: A PERCEPÇÃO DAS PSICÓLOGAS DO CAPS I DE UM MUNICÍPIO DA
REGIÃO SISALEIRA**

Conceição do Coité – BA

2023

BRUNA PINTO PASTOR

**PRODUÇÃO DO CUIDADO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
MENTAL: A PERCEPÇÃO DAS PSICÓLOGAS DO CAPS I DE UM MUNICÍPIO DA
REGIÃO SISALEIRA**

Artigo apresentado ao curso de Psicologia da Faculdade da Região Sisaleira – FARESI, como requisito de avaliação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientadora: Prof^a Josélia Silva Carneiro;

Coorientador: Rafael Lima Bispo.

Conceição do Coité - BA

2023

Ficha Catalográfica elaborada por:
Carmen Lúcia Santiago de Queiroz – Bibliotecária
CRB: 5/001222

P268 Pastor, Bruna Pinto
Produção do cuidado e precarização do trabalho em
saúde mental: a percepção das psicólogas do CAPS I de um
Município da Região Sisaleira/Bruna Pinto Pastor – Conceição
do Coité:FARESI,2023.
37f.il. color.

Orientadora: Profa. Josélia Silva Carneiro.
Artigo científico (bacharel) em Psicologia. – Faculdade
da Região Sisaleira (FARESI). Conceição do Coité, 2023.

1 Psicologia. 2 Centro de Atenção Psicossocial. 3 Sistema
Único de Saúde. 4 Produção do cuidado em saúde mental 5
Precarização do trabalho em saúde mental I Faculdade da
Região Sisaleira – FARESI.II Carneiro, Josélia Silva. III Título.

CDD: 301.1

¹ Discente do curso de Bacharelado em Psicologia. Faculdade da Região Sisaleira - FARESI. E-mail: brunapastor@faresi.edu.br.

² Docente do curso de Psicologia. Faculdade da Região Sisaleira - FARESI. E-mail: joselia.silva@faresi.edu.br.

³ Docente do curso de Psicologia. Faculdade da Região Sisaleira - FARESI. E-mail: rafael.bispo@faresi.edu.br

BRUNA PINTO PASTOR

**PRODUÇÃO DO CUIDADO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
MENTAL: A PERCEPÇÃO DAS PSICÓLOGAS DO CAPS I DE UM MUNICÍPIO DA
REGIÃO SISALEIRA**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, pela Faculdade da Região Sisaleira.

Aprovado em 29 de junho de 2023.

Banca Examinadora:

Josélia Silva Carneiro / joselia.silva@faresi.edu.br

Mônica Santana de Jesus / monicca.santanna01@gmail.com

Rafael Lima Bispo / rafael.bispo@faresi.edu.br

Rafael Reis Bacelar Antón/ rafael.anton@faresi.edu.br



Rafael Reis Bacelar Antón

Presidente da banca examinadora

Coordenação de TCC – FARESI

Conceição do Coité – BA

2023

PRODUÇÃO DO CUIDADO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DAS PSICÓLOGAS DO CAPS I DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SISALEIRA

Bruna Pinto Pastor¹
Josélia Silva Carneiro²
Rafael Lima Bispo³

RESUMO

Neste artigo, apresenta-se uma discussão acerca do papel das psicólogas do CAPS I de um município da Região Sisaleira na produção do cuidado aos usuários do serviço. Buscou-se compreender: de que modo a prática na promoção do cuidado em saúde mental está coerente com a proposta de um cuidado humanizado e quais os maiores desafios para alcançá-lo? Refere-se a uma pesquisa social em saúde, guiada pelo enfoque qualitativo-quantitativo, de natureza exploratória. O seu desenvolvimento contará com um breve histórico das concepções e formas de tratamentos atribuídos à saúde mental ao longo dos anos, além da apresentação do serviço, e outras informações importantes que visam atingir o objetivo principal de: discutir o papel das psicólogas do CAPS na promoção do cuidado aos usuários do serviço, e como objetivos específicos: revisar a literatura sobre a temática do cuidado em saúde mental; discorrer sobre os desafios enfrentados pelas psicólogas; discutir sobre o processo da educação permanente dessas psicólogas e suas implicações no fazer ético; assim como refletir sobre os processos de precarização do trabalho. Os principais resultados obtidos através deste estudo constataram que há a necessidade de melhorias na assistência prestada aos usuários em decorrência de diversos fatores, dentre eles a escassez de recursos financeiros destinada a instituição, fator que contribui para a precarização do trabalho em saúde mental e como consequência dessa precarização a assistência aos usuários do serviço fica prejudicada.

Palavras-chaves: Centro de Atenção Psicossocial; Sistema Único de Saúde; Produção do cuidado em saúde mental; Precarização do trabalho em saúde mental.

¹ Discente do curso de Bacharelado em Psicologia. Faculdade da Região Sisaleira - FARESI. E-mail: brunapastor@faresi.edu.br.

² Docente do curso de Psicologia. Faculdade da Região Sisaleira - FARESI. E-mail: joselia.silva@faresi.edu.br.

³ Docente do curso de Psicologia. Faculdade da Região Sisaleira - FARESI. E-mail: rafael.bispo@faresi.edu.br

ABSTRACT

Consistent with the proposal of humanized care and what are the biggest challenges to achieve it? It refers to a social research in health, guided by the qualitative-quantitative approach, of an exploratory nature. Its development will include a brief history of the conceptions and forms of treatment attributed to mental health over the years, in addition to the presentation of the service, and other important information aimed at achieving the main objective of: discussing the role of CAPS psychologists in promoting care for service users, and as specific objectives: to review the literature on the subject of mental health care; discuss the challenges faced by female psychologists; they discuss about the ongoing education process of these psychologists and their planned ethical practices; as well as reflecting on the precariousness of work processes. The main results obtained through this study found that there is a need for improvements in the assistance provided to users due to several factors, including the scarcity of financial resources for the institution, a factor that contributes to the precariousness of work in mental health and, as a consequence, a result of this precariousness, assistance to service users is impaired.

Keywords: Psychosocial Care Center; Health Unic System; Production of mental health care; Precariousness of work in mental health.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Por meio de diversas lutas antimanicomiais, e sob influência da reforma psiquiátrica, o processo legislativo brasileiro resulta na promulgação da Lei Federal Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que: “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, s.p.). Como estratégia de substituição aos hospitais psiquiátricos e visando a melhoria dos atendimentos prestados às pessoas com transtornos mentais graves, foram criados os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2004).

O CAPS é um serviço ambulatorial de saúde mental que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). É um espaço de referência no tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais graves, psicoses, neuroses, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas e demais quadros em que a persistência dos sintomas justifiquem sua permanência no serviço, como definido na portaria 336, de 2002. Exerce um papel de cuidado intensivo, em rede e em liberdade, pensado de maneira singular às necessidades do sujeito e que visa promover qualidade de vida para as pessoas. Nele, é ofertado um atendimento à população do próprio território, com o objetivo de reinserir os usuários em seu meio social e fazê-los desenvolver suas potencialidades por meio de um tratamento que o possibilita o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Assim como todas as transformações sociais levam tempo para se consolidar, um dos maiores desafios deste serviço é justamente a consolidação desses atendimentos de atenção diária. No entanto, mesmo diante de inúmeros desafios, os CAPS vêm se mostrando efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico, e exercendo o seu papel estratégico de uma política que visa suprir as lacunas assistenciais no atendimento a pacientes com transtornos mentais mais graves (BRASIL, 2004). Contudo, constantemente há retrocessos que acabam reforçando ainda mais práticas de isolamento, o que conseqüentemente propicia a necessidade de um aumento do financiamento dos hospitais psiquiátricos, e em contrapartida, reduzindo ainda mais o financiamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (ZANELLA, 2019). A RAPS surge como uma nova forma de organização dos serviços de saúde mental, pautada na integralidade e continuidade do cuidado. Dentre os

diversos serviços que o compõem, o CAPS funciona como articulador dessa rede (BRASIL, 2004).

No que tange aos retrocessos, no ano de 2016, a partir da Ementa Constitucional nº 95, houve um congelamento dos investimentos em saúde, educação e outras áreas sociais por 20 anos, com a justificativa de fazer o governo economizar (BRASIL, 2016a). Além disso, no ano de 2019, o governo assinou o decreto que institui a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que põe fim na Política Nacional de Redução de danos, tendo a abstinência como a única alternativa de política pública para tratar os sujeitos dependentes do uso de álcool e outras drogas (CFP, 2019).

O Conselho Federal de Psicologia (2019), evidencia o quanto essa decisão pode ser nociva à população, tendo em vista que a Política de Redução de Danos segue uma logística pautada no respeito à dignidade e autonomia dos sujeitos. Partindo desta explanação, precisa-se questionar se as práticas na promoção do cuidado em saúde mental estão coerentes com a proposta de um cuidado humanizado e quais os maiores desafios para alcançá-lo.

A presente pesquisa justifica-se pela necessidade de continuarmos lutando pela garantia de um cuidado ético e humanizado, seguindo os princípios do SUS, que garante um olhar universal, equânime e integral, dando voz aos usuários do serviço, e colocando-os como sujeitos ativos em seu processo de tratamento. Considerando que apesar dos avanços, ainda há muito para lutar quando se trata de saúde mental, pois sua história é marcada por muitas lutas frente às práticas que ferem os direitos humanos. Uma amostra disso, é que nos últimos 20 anos, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) luta, insistentemente, para acabar com as práticas de hospitais psiquiátricos, pautados em um modelo manicomial de violência e segregação. Mas mesmo diante de tantas lutas, no ano de 2017 foi aprovada a resolução nº 32, na qual leitos em hospitais psiquiátricos passaram a fazer parte da RAPS. Assim, tornando mais uma vez, parte da política de saúde mental no Brasil (LIMA; GUIMARÃES, 2019). Ademais, estimula a reflexão e o debate acerca das práticas cotidianas em saúde mental, apresentando novos olhares, alicerçados nos modos de articulação entre os serviços.

O desenvolvimento desta pesquisa, contará com um breve histórico das concepções e formas de tratamentos atribuídos à saúde mental ao longo dos anos,

em seguida, apresentação do serviço, sua dinâmica, diretrizes, equipe necessária e outras informações importantes que visam atingir o objetivo principal de discutir o papel das psicólogas do CAPS na promoção do cuidado aos usuários do serviço, e como objetivos específicos revisar a literatura sobre a temática do cuidado em saúde mental; discorrer sobre os desafios enfrentados pelas psicólogas; debater sobre o processo da educação permanente dessas psicólogas e suas implicações no fazer ético; assim como refletir sobre os processos de precarização do trabalho em saúde mental.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi desenvolvida no CAPS I de um município da Região Sisaleira. Trata-se de uma pesquisa orientada pelo enfoque qualitativo-quantitativo, na qual, Oliveira (2011), afirma que há um consenso de que as abordagens qualitativas e quantitativas devem ser compreendidas como complementares. É uma pesquisa de natureza exploratória que, para Gil (2002), as pesquisas exploratórias envolvem, na maioria dos casos, levantamentos bibliográficos e entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema estudado.

Refere-se a uma pesquisa social em saúde, voltada à compreensão da complexidade que é atingir o fenômeno do cuidado, por meio das experiências subjetivas das psicólogas do CAPS I de um município da Região Sisaleira. Desse modo, como critério amostral de inclusão, destaca-se: ser profissional da área da psicologia e atuante do CAPS I de um município da Região Sisaleira. E como critério amostral de exclusão: demais profissionais de outras áreas da saúde atuante ou não do CAPS I.

Assim, um estudo de campo foi realizado a fim de tecer informações acerca da qualidade do trabalho desenvolvido dentro do serviço, e os desafios enfrentados pelas profissionais do local. A pesquisa de campo, segundo Gil (2002), refere-se a um estudo que focaliza uma comunidade, seja ela de trabalho, estudo, lazer, ou qualquer outra atribuição humana. Podendo seguir pelos domínios da Sociologia, Educação, Administração ou, como é o caso deste estudo, a Saúde Pública.

Para elucidar o viés qualitativo-quantitativo da pesquisa, foi desenvolvido um questionário para as psicólogas do CAPS I. Nesse sentido, o questionário é constituído como uma “[...]técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre

conhecimentos, crenças, sentimentos, valores [...]” (GIL, 2008, p. 128), ao qual o intuito é desenvolver a discussão a respeito do objetivo geral, bem como avaliar se as respostas estão embasadas no que a bibliografia diz a respeito.

O questionário elaborado teve como base uma entrevista semiestruturada que, segundo Filho (2021), são utilizadas como uma técnica de coleta de dados, a fim de identificar os sentimentos, pensamentos, opiniões, crenças, percepções e atitudes do sujeito entrevistado em relação a uma ou mais situações/fenômenos. A entrevista semiestruturada, caracteriza-se por ser um modelo de entrevista mais flexível, com questionamentos básicos alicerçados em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa (MANZINI, 2004).

O questionário contou com nove perguntas, e teve como objetivo avaliar a qualidade do serviço prestado, a capacitação técnica dos profissionais e suas maiores dificuldades enfrentadas no serviço. As entrevistas foram realizadas de maneira reservada, individualmente com cada profissional, assegurando o pleno exercício dos direitos das entrevistadas.

A análise dos dados iniciou-se pela coleta dos dados obtidos através da entrevista semiestruturada realizada com todas as psicólogas que compõem a equipe do CAPS I - totalizando ao todo, seis psicólogas, todas identificadas pelo gênero feminino. Antes de iniciar a entrevista, as profissionais que concordaram participar desta pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Figura 1). Além disso, havia também um termo de autorização para a gravação da entrevista (Figura 2) apenas para fim de transcrição, contudo, nenhuma profissional autorizou que a entrevista fosse gravada.

Uma síntese dos resultados foi realizada a fim de compreender, comparar e analisar, sob a ótica do referencial teórico, seguindo os objetivos que sustentam este estudo. Estes, foram sintetizados em subtópicos e apresentados posteriormente.

Para a revisão de literatura, foram utilizados os seguintes bancos de dados: Biblioteca Eletrônica Científica Online (SCIELO) uma biblioteca que conta com acervo científico de diferentes áreas de estudo; Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil (BVS), é uma biblioteca em saúde em especial da Psicologia. A revisão compreendeu artigos no período de 2010 a 2023, em língua portuguesa. Além de contar com portarias ministeriais, como: a portaria nº 3.088, nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.

2.1 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, “a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos” (BRASIL, 2016b, s.p.). Deste modo, ao realizar uma pesquisa em que envolva seres humanos, é imprescindível que haja diversos cuidados ao lidar com os participantes da entrevista. Um dos aspectos mais fundamentais a ser feito antes de iniciar a entrevista, é deixar o sujeito ciente dos objetivos da pesquisa, para que assim ele possa ter clareza dos motivos pelos quais os questionamentos estão sendo direcionados.

A resolução orienta que antes de iniciar a coleta de dados, todos os sujeitos que se proporem em participar da entrevista, deverão assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o uso dos dados obtidos na pesquisa. Todos serão informados e assegurados sobre a confidencialidade da pesquisa que, conforme a resolução 510/2016 (BRASIL, 2016b), é a garantia do sigilo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação de forma não autorizada.

Ademais, como assegura um dos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo (a), “O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos” (CFP, 2005, p. 7). Assim, não foi diferente no desenvolvimento desta pesquisa. A mesma assumiu o compromisso de zelar pela dignidade humana, assegurando seus direitos e respeitando suas necessidades e subjetividades.

3. CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL: DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO AO COMUNITÁRIO

Conhecer a historicidade dos fatos, os fenômenos sociais e as concepções de saúde mental ao longo dos séculos são fundamentais para uma maior compreensão dos determinantes sociais, políticos e econômicos que rodeiam uma visão social e que reflete diretamente no tratamento de pessoas com transtornos psicológicos.

Foucault (2008), em sua obra chamada de *A História da Loucura* - obra esta essencial para a compreensão do presente - realiza uma investigação das diversas concepções da loucura no período da Idade Média, e evidencia toda estigmatização social sofrida por pessoas que fugiam daquilo que era considerado “normal” pela sociedade. Segundo o autor, existiam as práticas de colocar essas pessoas

compreendidas como loucas em navios, e deixá-las navegar sem rumo, como uma forma de retirá-las da sociedade. Todo esse estigma permaneceu ao longo dos anos, levando cada vez mais a uma exclusão social, que coloca os sujeitos à margem da sociedade. Nessa época, foram criados os primeiros espaços de segregação, também conhecido como leprosários, local onde os sujeitos com lepras – os primeiros loucos - foram trancafiados, como um método de higienização social, retirando da sociedade pessoas que não eram consideradas “normais”.

Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental [...] durante séculos, essas extensões pertencerão ao desumano. [...] A partir da Alta Idade Média, e até o final das Cruzadas, os leprosários tinham multiplicado por toda a superfície da Europa suas cidades malditas (FOUCAULT, 2008, p. 3)

Assim, Foucault dá início a sua obra, evidenciando uma prática excludente que já existia antes mesmo da criação dos hospitais psiquiátricos, a segregação dos leprosos. Que, por volta do século XV, este mal que assombrou durante séculos a população, já não mais existia, deixando os leprosários vazios, até que a sociedade novamente colocasse em cena uma nova forma de encher esses hospitais; “[...] é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVIII, que a doença venérea se isolou, [...] ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão.” (FOUCAULT, 2008, p. 12). Agora, a lepra teria sido substituída pelas doenças venéreas.

O modo de internamento das doenças venéreas, mais tarde se integrou ao lado da loucura, constituindo mais um espaço moral de segregação (TORRE; AMARANTES, 2011).

Em um cenário nacional, em 1903, foi fundado no Brasil o Hospital Colônia, o maior hospício do país, localizado na cidade de Barbacena-MG, com o objetivo de ser um hospital psiquiátrico. Esse hospital marca a história de diversas famílias com anos e anos de formas de “tratamento” extremamente desumanas, violando completamente os direitos humanos. Nessa época, pouco se falava em saúde mental, e menos ainda se compreendia como de fato poderiam tratar as pessoas. Diante deste cenário, esse local acabou sendo visto como uma esperança para muitas famílias que pouco compreendiam como lidar com pessoas em sofrimento psíquico. Contudo, o que a princípio parecia ser uma local de esperança, acabou se tornando uma das maiores fontes de violação dos direitos humanos (ARBEX, 2013).

Em 1930, o hospital, que foi projetado para abrigar duzentas pessoas, tinha mais de cinco mil. Nele, foram mortas mais de 60 mil pessoas, e cerca de 70% não tinha nenhum diagnóstico de doença mental (ARBEX, 2013). Eram mulheres, prostitutas, muitas vezes grávidas, meninas que perderam virgindade antes do casamento, que foram abusadas sexualmente, alcoólatras, homossexuais, homens e mulheres que perderam seus documentos, pessoas consideradas tímidas, pobres, negros, crianças que eram rejeitadas pelos pais, pessoas em situação de rua, dentre outros (ARBEX, 2013).

Os pacientes do Hospital Colônia eram mandados para lá muitas vezes por meio de trens, apenas com a passagem de ida. Passavam frio, fome, sede, comiam ratos, bebiam urina ou água do esgoto, não tinham camas para dormir, muitas vezes dormiam sobre capins, e morriam doentes sem nenhuma assistência (ARBEX, 2013 s. p.).

Em um trecho do livro *Holocausto Brasileiro*, podemos observar, dentre os diversos relatos, a fala de um dos funcionários, o psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, na qual relata que: “O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma” (ARBEX, 2013, s. p.).

Os internos passavam pelos mais diversos tipos de torturas, eram amarrados nas camas, submetidos a tratamentos de eletrochoques, na qual muitos morriam ou ficavam com ferimentos graves. Este cenário começou a ser mudado – lentamente - apenas duas décadas mais tarde, quando a Reforma Psiquiátrica foi ganhando forças (ARBEX, 2013).

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Embora desde a década de 1940, Nise da Silveira - médica psiquiátrica brasileira - já se opor aos tratamentos desumanos como a lobotomia e o eletrochoque, foi somente no final da década de 1970 que diversos movimentos relacionados à saúde mental fizeram denúncias de abusos que eram cometidos em instituições psiquiátricas e evidenciaram a necessidade de uma reforma. Um dos movimentos de grande influência que impulsionou e apoiou a Luta Antimanicomial foi o MTSM (Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental), constituído por trabalhadores do movimento sanitário, sindicalistas, associações de familiares, membros de

associações profissionais e pessoas que já foram internadas em hospitais psiquiátricos. Este movimento, mobilizou-se contra as formas de tratamentos vigentes, a qual resultaram apenas em lucro para as instituições privadas, e em contrapartida, a cronificação dos quadros clínicos dos pacientes (CESERO, 2018).

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, surge com o objetivo de acabar com os manicômios e combater a ideia de que é preciso isolar pessoas em sofrimento mental. Visando assegurar os direitos dessas pessoas, oferecendo um tratamento adequado e humanizado, fortalecendo os vínculos familiares, sociais e jamais isolando, como antes era feito. Assim, o ano de 1978 é marcado como o início das lutas dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005, s. p.).

A Reforma Psiquiátrica brasileira traz à tona diversas lutas pelos direitos da cidadania, manifestando uma série de críticas ao modelo asilar e suas estratégias de controle e normalização de pessoas em sofrimento psíquico. Compreendida por diversas transformações práticas, culturais e sociais, é no cotidiano dos serviços, instituições e dos sujeitos, que o processo da reforma psiquiátrica ganha força e gera transformações (BRASIL, 2005). Assim, com a lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais, e por meio de portarias ministeriais, a assistência em saúde mental no Brasil foi reorientada, de modo que houve a criação de uma série de serviços articulados em rede e com assistência dentro do próprio território (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

3.2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): HISTÓRIA, DIRETRIZES, COMPOSIÇÃO E ARTICULAÇÃO.

Para compreender estes novos serviços, é imprescindível conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS). No final da década de 1980, com a Constituição da República de 1988, ocorreram algumas mudanças na organização do Sistema Público Nacional de Saúde e através da lei 8.080/90 de 19 setembro de 1990, a saúde passou a ser compreendida como um direito social, pertencendo ao poder público a obrigação

de garanti-lo a todo cidadão. Assim, após muitas lutas, fica regulamentado o SUS. Esse sistema tem passado por diversas transformações ao longo dos anos, e as políticas públicas vem enfrentando bastante empecilho em decorrência de toda conjuntura política e econômica do país, em especial, a política de saúde mental (PAIM, 2016).

Em 2011, por meio da Portaria nº 3.088, surge uma nova forma de organização dos serviços de saúde mental, pautada na integralidade e continuidade do cuidado: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (LIMA e GUIMARÃES, 2019). A RAPS conta com componentes de diversos níveis de atenção à saúde: A Atenção Primária à Saúde (APS), a qual é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura; A Atenção Secundária, conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas categorias - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e outras drogas) II, CAPS ad III e CAPS infanto-juvenil – instituídos por critérios de abrangência populacional: Atenção de Urgência e Emergência, conta com o SAMU, UPA 24 horas e hospitais com atendimento à urgência. Atenção Hospitalar, composta por leitos e enfermarias de saúde mental em hospital geral (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Diante de todos esses serviços, o CAPS possui o papel estratégico de articulação da rede, trabalhando em conjunto com as equipes dos demais serviços, para assim promover uma vida comunitária de qualidade para os usuários, fortalecendo a sua autonomia e potencialidades, articulando com os serviços necessários para cada usuário (BRASIL, 2005).

A criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi resultado de uma intensa luta social em busca de melhorias na assistência a pessoas em sofrimento psíquico. Inaugurado em março de 1986, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, deu o pontapé inicial para que posteriormente houvesse a criação de diversos outros, em diferentes localidades do país. Nesse cenário, os serviços de saúde mental vão cada vez mais se mostrando serviços eficazes na diminuição dos casos de internamentos (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Mental se caracteriza pela consolidação de um modelo de atenção psicossocial humanizado e de base comunitária, a qual busca garantir atendimentos a pessoas em sofrimento psíquico, incluindo os transtornos

decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013). Nessa política, o CAPS assume o papel de articulação da rede, e predispõe um cuidado territorial baseado na necessidade do usuário. É local de referência no tratamento de pessoas com transtornos mentais graves, na qual a persistência e intensidade dos sintomas justificam o acompanhamento do CAPS com o usuário, a fim de promover um cuidado intensivo, junto à comunidade e pensado de maneira singular para as demandas do sujeito (CAMPOS; JORGE, 2019).

O CAPS possui um ambiente aberto, acolhedor, e as suas atividades ultrapassam a sua estrutura física, buscando ampliar o seu suporte social, potencializando as suas ações e assegurando que o serviço conheça os seus usuários, sua cultura, suas singularidades e potencialidades. Ademais, realiza acompanhamento clínico e busca tratar o sujeito inserindo no seu cotidiano direitos básicos que outrora foram negados; acesso ao trabalho, lazer, moradia, alimentação, estar junto a família e fortalecer esses vínculos (CAMPOS; JORGE, 2019).

Na Saúde Mental e Atenção Psicossocial, não se pretende estabelecer uma relação com o adoecimento do sujeito, mas sim relações com o próprio sujeito, é o sujeito o protagonista, não o seu adoecimento. Relação esta que deve ser de escuta, acolhimento, vínculos, atenção e cuidados humanizados exercidos por diversos profissionais como psicólogos, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, farmacêuticos, dentre outros (AMARANTE, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, algumas das atribuições do CAPS são:

[...] • prestar atendimento em regime de atenção diária; • gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; • promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; • dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); • regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; • coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; • manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p. 13).

Deste modo, todos os trabalhos desenvolvidos no CAPS devem ter uma finalidade terapêutica, seja as sessões individuais como também todas as atividades realizadas em grupo (CAMPOS; JORGE, 2019).

O Ministério da Saúde (2004) ressalta que o ambiente terapêutico é construído diariamente por toda a equipe que constitui o CAPS, por meio do desenvolvimento de um trabalho acolhedor, facilitador, estruturado e pensado na singularidade de cada usuário. A Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, assegura que os CAPS devem constituir-se em um serviço ambulatorial, que possua sua área física independente de qualquer estrutura hospitalar e que siga a lógica do território. Segundo essa portaria, existem 5 tipos de CAPS, como já citado anteriormente: o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e o CAPS ad. Ambos os serviços cumprem suas funções no atendimento ao público, e são definidos por ordem de complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002).

O CAPS I - modalidade que amparou as pesquisas de campo do presente estudo - é inserido em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, e conta com a equipe técnica mínima de: 01 (um) médico de formação em saúde mental; 01 (um) enfermeiro; 03 (três) profissionais de nível superior, como psicólogo, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e pedagogo; 04 (quatro) profissionais de nível médio, como técnico de enfermagem, técnico administrativo, educacional e artesão (BRASIL, 2002).

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): ACOLHER, CUIDAR E TRANSFORMAR.

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca inserir no cotidiano dos serviços de saúde, os princípios do SUS, a fim de produzir mudanças nas formas de cuidado, estimulando a comunicação entre usuários, trabalhadores e gestores. Ela se estrutura a partir de princípios, diretrizes, métodos e dispositivos e conta com equipes regionais e apoiadores estaduais e municipais, para assim, promover ações e inovações no modo de fazer saúde (BRASIL, 2013).

No dicionário, humanizar se traduz como “tornar(-se) humano, dar ou adquirir condição humana; humanizar(-se)” (HUMANIZAR, 2023). Desse modo, no SUS, entende-se humanização por um processo de valorização dos diferentes sujeitos, respeitando a sua autonomia e estabelecendo vínculos. Humanizar o SUS requer o desenvolvimento de estratégias, construídas junto aos usuários, trabalhadores e gestores do serviço (BRASIL, 2013).

Um dos pontos cruciais para a aplicação da PNH nos serviços de saúde é a busca por transformações nas relações de trabalho, ampliando o contato entre os diversos profissionais que atuam no serviço e reconhecendo a importância das

diferentes especialidades e práticas de saúde, partindo do entendimento de que a soma de saberes pode produzir uma prática de saúde mais eficaz; este é chamado de princípio da Transversalidade (BRASIL, 2013).

Um outro princípio da PNH é a Indissociabilidade entre atenção e gestão. Este princípio apresenta a importância de não apenas os funcionários, mas também os usuários e seus familiares conhecerem o funcionamento do serviço e da rede de saúde. Além da necessidade dos usuários e sua rede de apoio se corresponsabilizar pelo cuidado próprio nos tratamentos, assumindo um protagonismo nos cuidados com a sua saúde (BRASIL, 2013).

Apresenta também o princípio do protagonismo, corresponsabilidade, e autonomia dos sujeitos e coletivos, garantindo que “Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (BRASIL, 2013 s. p.). Além dos princípios, algumas diretrizes norteiam o trabalho da PNH, são elas: Acolhimento; Gestão participativa e cogestão; Ambiência; Clínica Ampliada; Valorização do trabalhador e a Defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013).

Rede HumanizaSUS abre espaço para o protagonismo de seus participantes possibilitando o compartilhamento das vivências, desafios, atualidades e uma série de formas de conhecimento produzido em humanização por meio de textos, vídeos e fotos que constroem a história da PNH (BRASIL, 2013 s.p.).

Assim, humanizar é construir relações que convergem com os valores que orientam a política pública de saúde.

3.4 A CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E SUAS IMPLICAÇÕES NO FAZER ÉTICO

Para que este modo de cuidado seja tão eficaz na prática quanto assegura a teoria, é necessário que haja profissionais capacitados, éticos e empenhados a desenvolver um bom trabalho. Os profissionais inseridos na rede devem conhecer todas as diretrizes e dinâmica do serviço, além dos determinantes sociais de saúde e as necessidades do sujeito, sendo capazes de desenvolver estratégias para um cuidado de pessoas que apresentem desde demandas leves até as mais severas. Além disso, combater estigmas sociais e preconceitos também é um dever ético do profissional inserido na rede (BRASIL, 2011).

No entanto, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, e conseqüentemente as mudanças ocorridas na forma de tratamento das pessoas com transtornos mentais,

a sociedade brasileira, pouco conscientizada, recebeu pessoas em sofrimento psíquico para serem cuidadas em um modelo de serviço comunitário, os CAPS, composto por diversos profissionais, na qual pouco foi oferecida uma capacitação de forma eficiente para lidar com a saúde mental das pessoas (SILVA, 2014).

No Brasil, a implementação do serviço de saúde mental em rede, apesar de ainda ser considerada recente, demonstra uma forte necessidade de recursos, orientação e capacitação das equipes. Considerando que, como conceitua Mânguia et. al. (2010, p.149)

As necessidades das pessoas com transtornos mentais extrapolam o campo da saúde e requerem colaboração e parcerias entre diferentes setores, de forma que as redes de serviços de saúde mental comunitária devem organizar-se a partir da lógica intersectorial. Devem ainda buscar construir o cuidado baseado em evidências; a continuidade do cuidado em oposição ao cuidado episódico; a facilitação do acesso e o respeito às diferenças locais e regionais.

Neste contexto, com a disponibilização de serviços das mais diversas áreas de atuação, nota-se que houve uma exigência adicionada pela política de saúde mental, para um cuidado humanizado, ético e eficiente, mas que não foi disponibilizado ao profissional uma formação continuada de como colocar em prática as novas ações do serviço. Assim, somente a implementação da nova política de saúde mental não representa necessariamente um serviço que garante um cuidado humanizado e distanciado de um modelo asilar, tendo em vista que a forma como o trabalho será desenvolvido pelo profissional, que pode não está apto para prestar tal serviço, pode vir a reproduzir ações que em um primeiro momento o objetivo era combater (MÂNGIA et al., 2010).

De acordo com Barcellos (2020), é de suma importância a formulação de novas estratégias voltadas para a capacitação dos profissionais de saúde, auxiliando-os a se comprometer com os princípios de uma gestão humanizada e qualificada, como assegura o SUS, tendo em vista que um dos pilares para atingir o fenômeno do cuidado, é a formação. Assim, a convergência de uma atuação profissional baseada nos princípios do SUS, exige transformações nas capacitações ofertadas aos profissionais, que tenham como base as demandas de saúde da população, respondendo assim às necessidades do contexto do serviço.

A educação permanente para profissionais de saúde visa o aprimoramento profissional e proporciona uma melhora na resolutividade do serviço, esse é um ponto fundamental, de extrema necessidade no SUS. O SUS precisa de profissionais

comprometidos e que busquem melhorar a satisfação dos usuários atendidos (BARCELLOS, 2020). Diante dessa conjuntura, o Código de Ética do Psicólogo assegura que: “O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CFP, 2005, p. 7), além de assumir responsabilidades profissionais apenas para atividades que estejam capacitados, baseando a sua atuação acima de tudo, na ciência. (CFP, 2005).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A presente pesquisa caminhou pelos princípios das normas éticas exigidas para a realização de uma pesquisa de campo. Além da análise e aprovação dos profissionais que orientam este estudo, a pesquisadora utilizou o Código de Ética do Psicólogo para embasar o seu trabalho, pautado no respeito e dignidade humana de cada sujeito que se propôs a colaborar com a pesquisa. Assim, assegurando a confidencialidade dos colaboradores, as psicólogas serão identificadas ao longo do trabalho, por meio da sigla “P.x”, onde X corresponde à ordem que cada entrevista foi realizada (Ex.: “P.1” para a primeira entrevistada).

A entrevista foi realizada com seis profissionais que se identificam com o gênero feminino e suas jornadas de trabalho variam de 20 a 40 horas semanais; o tempo médio de serviço vai de 2 a 3 anos, com exceção da psicóloga que iniciou no dia da realização da entrevista.

Para entender o papel das psicólogas do CAPS na promoção do cuidado, as contribuintes deste estudo foram ouvidas não somente no que diz respeito às condições do serviço que está prestando atendimento a esses usuários, mas também no que tange ao seu processo formativo e a sua busca por uma educação continuada. Para assim, buscar compreender a complexidade que é atingir o fenômeno do cuidado, e quais os maiores desafios para obtê-lo.

Os resultados serão apresentados por meio de subtópicos referentes às seguintes categorias: a primeira trata-se da “precarização do trabalho em saúde mental; a segunda, por sua vez, refere-se às “consequências da precarização do cuidado em saúde mental”; a terceira aborda sobre a “qualidade técnica, educação continuada e o fazer ético dos profissionais”.

4.2 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Algumas considerações importantes se fazem oportunas antes de buscarmos compreender o processo de precarização do trabalho evidenciados na pesquisa. O trabalho precário é um fenômeno amplo e complexo, na qual a Organização Internacional do Trabalho (OIT), define como todo aquele que é inseguro, mal pago e desprotegido de direitos sociais (SANTOS, 2018). Uma das questões relativas a essa precarização é a falta de vínculo contratual estável (LIMA, 2010).

A Constituição Federal de 1988 determina, em seu art. 37, inciso II, que “a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego” (BRASIL, 2016c, p. 37). Define-se concurso público como um processo pelo qual a Administração Pública seleciona seus servidores, possibilitando acesso a emprego ou cargo público de modo democrático (TCE, 2021). Desse modo, o acesso a cargos ou empregos públicos, devem se dar por meio de aprovações prévias em concursos ou processos seletivos públicos.

Entretanto, Porcaro (2016) enfatiza que as questões político-eleitorais permeiam frequentemente o cotidiano do trabalho de grande parte daqueles que estão no serviço público municipal de saúde. Diante de tal conjuntura, foi possível constatar que nenhuma psicóloga atuando no CAPS em questão possui um vínculo contratual seguro e estável, ou seja, não há concursos públicos para tal contratação.

Foi realizado um questionamento a respeito das suas inseguranças em decorrência a instabilidade contratual, e apenas uma contribuinte afirmou sentir insegurança por não haver um vínculo contratual estável. A psicóloga P.3 afirma ainda que “todos sabemos que ao mudar a gestão, toda a equipe muda também”. Este ponto nos leva a refletir, não somente sobre os aspectos relacionados à instabilidade contratual para a profissional, como também se faz necessário pensar a respeito do vínculo que se quebra para àqueles que iniciaram o tratamento com uma profissional e têm esse vínculo rompido de maneira repentina em decorrência dessa instabilidade contratual. O CFP (2011) ressalta que essa descontinuidade na execução da política acaba prejudicando diretamente a população que necessita de uma atenção permanente e eficaz no SUS, o que propicia a ausência de vínculos e fragilização do serviço.

Ademais, também foi possível constatar, por meio do seguinte questionamento: "sente que faltam recursos para o trabalho?", as necessidades de

maiores recursos e profissionais para prestar atendimentos aos usuários do CAPS. A totalidade (100%) das profissionais afirmaram que em diversos momentos há falta de recursos para o trabalho. A profissional *P.5* pontua ainda que “sempre falta”. Dentre os recursos citados, alguns profissionais relataram sentir a necessidade de algumas ferramentas lúdicas para prestar atendimentos às crianças, como jogos e brinquedos. Além disso, pontuaram também que o maior déficit de recursos está na mão de obra. Essa falta é observada não apenas no CAPS em questão, mas em diversos outros, tal como expõe Fidelis *et. al.* (2020) em um estudo realizado em cinco CAPS de um município do interior de São Paulo; foi constatado a necessidade de maiores profissionais para atender as demandas da população, uma carência de recursos para atendimentos e oficinas terapêuticas, além de melhorias na própria estrutura física das instituições.

Desse modo, observa-se que além da escassez dos demais recursos citados anteriormente, as psicólogas destacaram que faltam profissionais para auxiliar e prestar atendimento às demandas que estão cada vez mais crescentes e o número de profissionais atuando no local precisa estar equivalente às necessidades do serviço, para assim atingir o que preconiza a nota técnica 11/2019 (CRP-RJ, 2019), em que a Política Nacional de Saúde Mental visa tornar a rede de atenção mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada.

Algumas dessas dificuldades apresentadas nas questões anteriores, também foi possível de ser observada por meio do questionamento: “quais as maiores dificuldades que você enfrenta atuando no CAPS?”. Destaca-se em questão a seguinte fala da profissional *P.2*:

Muitos agendamentos, demandas altas, faltam profissionais para as demandas espontâneas, visto que se chega alguém em surto, muitas vezes não tem um profissional disponível para dar suporte, infelizmente (sic).

É notório que a colaboradora *P.2* evidenciou em sua fala, um déficit de profissionais, o que coaduna também com o que foi citado pelas demais psicólogas. A demanda do CAPS em questão tem crescido nos últimos tempos, principalmente pós pandemia e a equipe do serviço não consegue dar conta dessa demanda. Como consequência disso, durante as entrevistas, foi quase unânime, dentre as dificuldades citadas, os aspectos da demanda crescente e com isso, uma sobrecarga de trabalho. Essa sobrecarga interfere diretamente na satisfação do trabalhador, e evidencia uma

precarização dos serviços, criando assim um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde, pois compromete a qualidade e a continuidade dos trabalhos essenciais prestados pelo SUS, além de prejudicar a relação dos trabalhadores com o sistema (MEDEIROS, 2011; FIDELIS, et. a., 2021).

Aqui, podemos constatar mais uma vez que, se o objetivo da Política de Saúde Mental, na teoria, é “[...] fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades [...]” (CRP-RJ, 2019, s.p.), não está se fazendo cumprir na prática, considerando que não há possibilidade de um tratamento efetivo, a medida em que o sujeito chega ao atendimento em sofrimento, fragilizado, precisando de uma assistência de urgência e, não encontra profissionais para prestar esse cuidado.

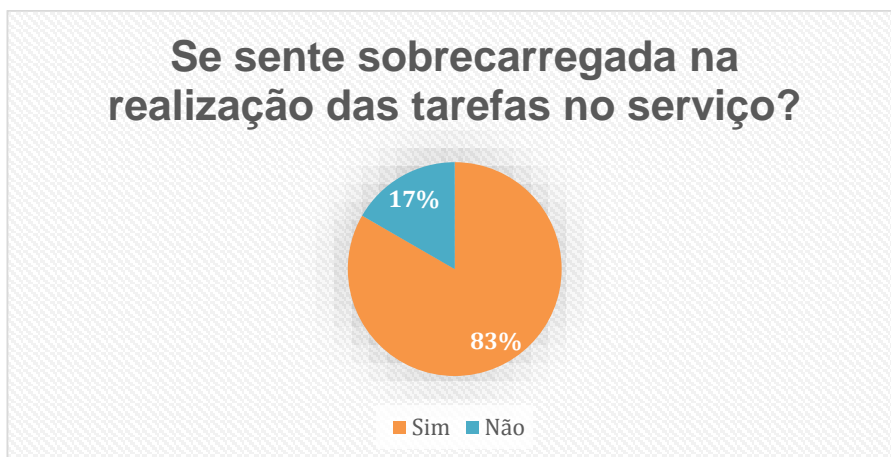
As falhas aqui apresentadas interferem diretamente no objetivo de atingir um cuidado efetivo, e demonstra que essas lacunas não iniciam no serviço de saúde em questão, mas sim desde a portaria ministerial nº 336/02, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos dos sujeitos com transtornos mentais (BRASIL, 2002). Dentre os diversos aspectos apresentados, essa portaria elucida a equipe mínima necessária para o funcionamento do serviço (BRASIL, 2002).

A equipe mínima de profissionais de nível superior exposta na portaria supracitada não abrange as necessidades populacionais, tampouco cumpre com a ideia de promoção e proteção de direitos. Essa equipe, frente a demanda populacional presente no município, é insuficiente, como podemos observar através do CAPS I em estudo, onde mesmo possuindo uma equipe mais ampla que o mínimo necessário instituído por lei, ainda deixa tantas lacunas no que tange a assistência prestada, como reitera a fala da profissional *P.6*: “a maior dificuldade é o fato de não poder dar um atendimento de qualidade. O atendimento aqui não abrange o que espera para a saúde emocional do paciente” (sic).

Como consequência dessa precarização, as profissionais, na busca por suprir algumas lacunas, acabam por sobrecarregar-se, como enfatiza a profissional *P.1* ao ser direcionada à seguinte indagação: “se sente sobrecarregada na realização das tarefas no serviço?”, pontuando que: “muitas vezes sim. É preciso fazer muitos encaixes por conta das demandas urgentes”; a psicóloga identificada pela sigla *P.5*, ressalta ainda que se sente sobrecarregado na realização de todas as tarefas dentro do serviço, em concordância com esse pensamento, a profissional *P.6* ressalta que

há muitas emergências, principalmente em dia de atendimento médico, o que torna a sobrecarga ainda maior.

Podemos observar através do gráfico a seguir, que 83% das psicólogas afirmaram sentir-se sobrecarregadas em suas atribuições no CAPS.



Fonte: autoria própria, 2023.

Fideles *et. al.* (2020) pontua que a sobrecarga no trabalho é um fator que está diretamente relacionado com uma menor satisfação no trabalho, e como consequência disso, o serviço de saúde tem a sua assistência prejudicada. Em concordância a essa perspectiva, Silva *et. al.* (2021) ressalta a importância de analisar a satisfação e o aspecto da sobrecarga de trabalho para profissionais da saúde mental, pois este é um indicador da qualidade de um serviço.

Os aspectos aqui abordados evidenciam a precarização do trabalho na instituição, em consonância a isso, demonstra a falta de valorização do trabalhador por não possuir um vínculo empregatício estável, e uma sobrecarga de trabalho que interfere diretamente na satisfação dos servidores e na qualidade da assistência prestada aos usuários.

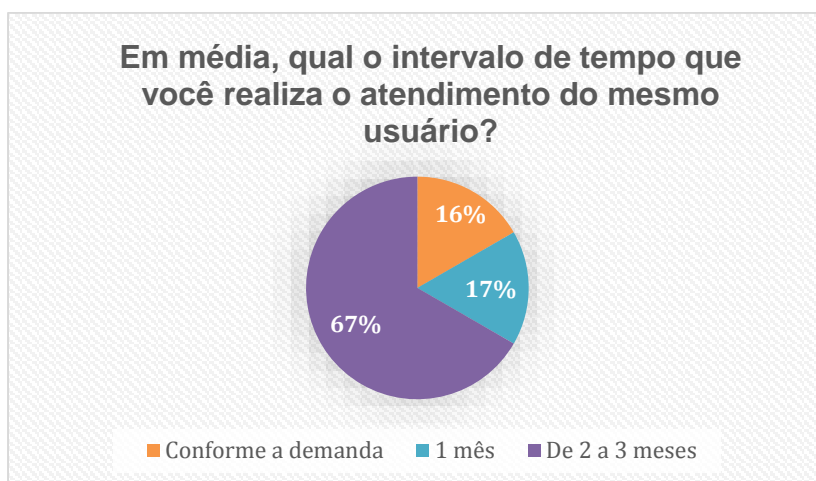
4.3 CONSEQUÊNCIAS DA PRECARIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Para elucidar os pontos que são abordados nesta categoria, as profissionais foram ouvidas no que diz respeito aos aspectos que envolvem o cuidado aos usuários do serviço. A demanda do cuidado em saúde mental requer uma compreensão ampla do ser humano. Cardoso e Galera (2011), enfatizam que o cuidado envolve diversas questões: pessoais, sociais, emocionais e financeiras. Aspectos que corroboram com a integralidade como um princípio do SUS, na qual, visando diminuir os riscos de doença através da promoção de saúde, a Constituição Federal de 1988 compete ao

Estado o dever de assegurar boas condições de alimentação, educação, moradia, trabalho, lazer, dentre outros aspectos que compõem a vida de cada sujeito e, por isso, devem ser analisados para uma compreensão ampliada do cuidado à saúde (NUNES; VIDA, 2019; LIMA; GUIMARÃES, 2021). Além disso:

Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes [...] (CARDOSO; GALERA, 2011, p.668).

Deste modo, para obter os resultados referente às questões que serão abordadas neste tópico, foi feito o seguinte questionamento: “em média, qual o intervalo de tempo que você realiza atendimento do mesmo usuário?”. Diante das respostas, foi possível ampliar a compreensão no que tange a assistência prestada aos usuários dentro do CAPS.



Fonte: autoria própria, 2023.

Analisando o gráfico, podemos observar que 67% das profissionais narraram prestar atendimento ao mesmo usuário, em média, num intervalo de dois a três meses. É possível identificar diante de tal conjuntura, uma dificuldade apresentada pelos profissionais em estabelecer um vínculo efetivo em decorrência a um intervalo tão longo entre uma sessão e outra. Garbelotto (2019) ressalta a importância do estabelecimento de um vínculo para a efetividade do tratamento, e pontua que uma relação terapêutica genuína, não necessariamente se instaura na primeira sessão, ou mesmo pode levar o desenrolar de diversas sessões para se estabelecer, corroborando com o que Jorge *et. al.* (2011) aponta sobre a necessidade do usuário que frequenta o CAPS em estabelecer um vínculo para se haver a aproximação, o

respeito e confiança. Estes são fatores que interferem diretamente na eficácia do tratamento e resulta na efetividade da assistência prestada.

Desse modo, observa-se a complexidade para a realização de um tratamento integral, humanizado e realmente efetivo, compreendendo que para que esse vínculo seja estabelecido, exige tempo, confiança, e exige que o usuário se sinta seguro e acolhido. Contudo, um longo período sem o atendimento pode resultar em um não estabelecimento de um vínculo efetivo, e as consequências disso são uma baixa adesão ao tratamento, ou até mesmo o abandono, fatores que estão diretamente ligados a maiores riscos de recaídas, hospitalização e suicídio (GARBELOTTO, 2019; BORBA, et. al. 2017).

A profissional *P.5* pontua ainda que ao observar que os pacientes estão empenhados no seu tratamento, assíduos nas sessões, busca manejar esse intervalo de tempo, e quando é possível, realizar marcações a cada 20 dias. Muitas vezes essa não assiduidade às sessões diz respeito a uma necessidade ainda maior do sujeito em realizar o tratamento, contudo, sem o estabelecimento de um vínculo efetivo e em decorrência aos sintomas que o transtorno já desencadeia no sujeito, as chances de o usuário não retornar ao serviço, são ainda maiores (GARBELOTTO, 2019).

A psicóloga identificada pela sigla *P.5* enfatiza que não vê esse tipo de atendimento como um serviço ambulatorial; a profissional *P.6* coaduna com esse mesmo pensamento e afirma que o CAPS não assume um papel ambulatorial, indo contra o que preconiza a portaria nº 336/02, que assegura que os CAPS devem constituir-se em um serviço ambulatorial, de atenção diária, tendo como base, o território (BRASIL, 2002).

Dentre as profissionais entrevistadas, a psicóloga identificada pela sigla *P.3* foi a única a pontuar que esse intervalo de tempo irá variar conforme as demandas e necessidades dos usuários. Ressalta ainda que ao observar que as demandas são mais urgentes, busca manejar o intervalo de tempo das marcações, possibilitando que as demandas emergentes sejam atendidas com maior urgência. Este é um ponto de fundamental relevância, conhecido como o princípio da equidade no SUS. Barros e Souza (2016) ressaltam que apenas a igualdade no acesso aos serviços de saúde, não é suficiente para reduzir as desigualdades referente ao adoecimento dos diferentes grupos sociais. Assim, observa-se que a profissional *P.3* aponta atuar seguindo a lógica do princípio da equidade, prática indispensável para atingir um ideal

de justiça capaz de garantir situações de bem-estar para todos os cidadãos (BARROS; SOUZA, 2016).

A psicóloga identificada pela sigla *P.4* salienta não conhecer muito bem a realidade do CAPS em questão, pois iniciou os seus trabalhos no serviço, exatamente no dia em que a entrevista foi realizada. No entanto, conta que já trabalhou em outros CAPS, e o intervalo de um mês era o tempo médio em que os atendimentos eram remarcados.

Dentre as estratégias para essa incongruência, pode-se citar a ampliação da quantidade de profissionais no serviço (e para tal, concursos públicos para contratação). Faz-se necessário pensar que para que haja novas contratações o serviço precisa de maiores recursos financeiros, considerando que de acordo com a Portaria Ministerial nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, fica instituído recurso financeiro fixo para os CAPS da modalidade I o valor de 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais (BRASIL, 2011). Esse valor é insuficiente e evidencia ainda mais a precarização da instituição; a falta de compromisso com os usuários que tem os seus direitos sociais básicos negligenciados, e falta de valorização do trabalhador. Essa problemática se torna ainda mais grave ao observarmos que no ano de 2016 houve a Proposta da Emenda Constitucional nº 95 que representa mais uma vez um retrocesso aos direitos sociais inscritos pela Constituição Federal, à medida que essa PEC busca estabelecer um teto de investimentos em saúde por mais duas décadas, ação que fere mais uma vez os direitos sociais básicos do ser humano assegurado pelo art. 196 da Constituição Federal, à qual assegura que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças e outros agravos [...]” (BRASIL, 2016c, p. 118).

Além disso, uma outra possibilidade é a implementação de técnicas voltadas à psicoterapia breve. A Psicoterapia Breve, de acordo com Batista (2021), é uma terapia de objetivos limitados por possuir metas mais reduzidas e objetivas, que as psicoterapias convencionais, que visam obter em um prazo menor, a melhora na qualidade de vida do sujeito, centralizando em uma queixa principal e focando o empenho na sua resolução. O que possibilitaria a realização de mais atendimentos em um período mais reduzido de tempo.

Talvez este não seja o melhor cenário (considerando que as demandas mais complexas carecem da necessidade de psicoterapias mais duradouras), contudo, é

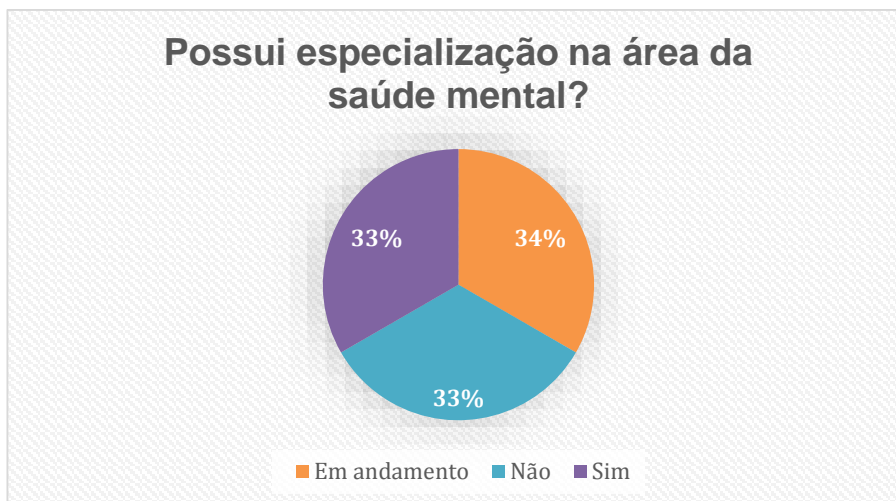
uma possibilidade que auxiliaria na assistência a um maior número de usuários, pois, como foi elucidado por meio dos resultados obtidos, faz-se necessário pensar em estratégias que possibilitem uma melhora no cuidado em saúde mental, pois a procura está cada dia maior e faltam profissionais para dar suporte às demandas.

Ademais, é imprescindível pensarmos, que para a implementação dessa técnica, é indispensável o conhecimento da mesma por parte dos profissionais e, seja qual for a linha teórica utilizada pela psicóloga, a Psicoterapia Breve faz parte de uma ampla gama de abordagens, como a Terapia Cognitivo-Comportamental, Analítico-Comportamental, Psicodrama, Gestalt Terapia, Terapia Junguiana, dentre outros (Batista, 2021). Esse processo de educação continuada, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde compete ao SUS ordenar essa formação dos profissionais (BRASIL, 2018).

4.4 QUALIDADE TÉCNICA, EDUCAÇÃO CONTINUADA E O FAZER ÉTICO DOS PROFISSIONAIS

Conforme preconiza a nota técnica 11/2019 (CRP-RJ, 2019), as condutas profissionais devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Desse modo, entende-se que é de suma importância a promoção de uma educação continuada para os profissionais inseridos em toda a rede, levando em consideração que a EPS é um dos pilares fundamentais para o alcance de um cuidado ético e humanizado. Para tal, em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), resultado de muitos esforços promovido pelos defensores do tema, a fim de gerar mudanças nas práticas do trabalho em saúde (BRASIL, 2018).

Para elucidar este tópico, foram direcionadas três indagações, são elas: “Possui especialização na área da saúde mental?”; “Você já participou de algum curso de capacitação realizado pelo município?”; “Sente que precisa de uma maior capacitação para a realização de algumas tarefas no CAPS?”.



Fonte: autoria própria, 2023.

Por meio do primeiro questionamento, foi possível constatar que um percentual de 33% das profissionais possui especialização em Saúde Mental, as demais, ou estão com a capacitação em andamento ou não possuem nenhum tipo de especialização na área.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo indispensável de aprendizagem que tem como objetivo a produção de resultados efetivos em saúde. Baseia-se em uma prática singular às necessidades do serviço, considerando os saberes prévios dos profissionais da saúde, articulando esses saberes as dificuldades vivenciadas no dia a dia, visando a construção de conhecimentos e transformação nas práticas dos trabalhadores (BARCELOS, 2020). Corroborando a essa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a educação permanente como um processo essencial para a qualidade da assistência em saúde.

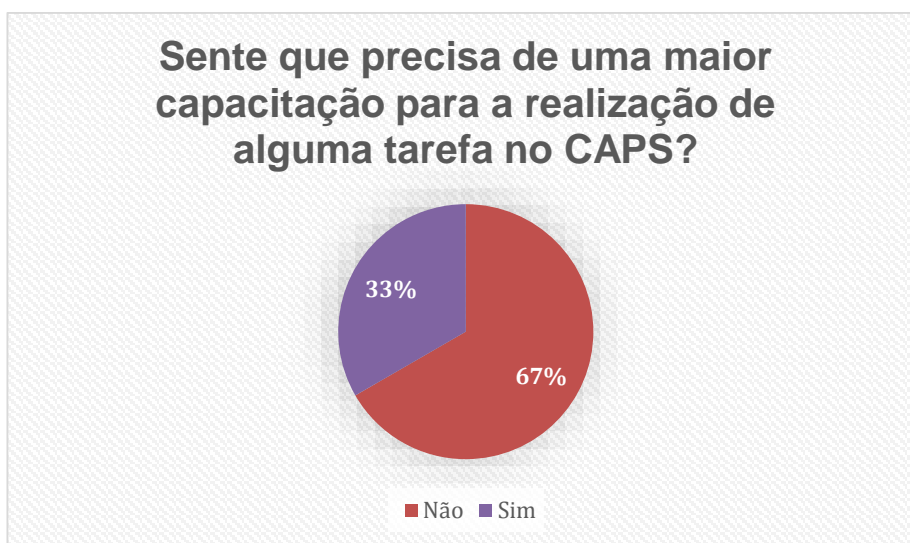
Percebe-se então que a educação permanente é um processo que tem um potencial enorme de transformação em todos os âmbitos, e não seria diferente dentro do serviço de saúde em questão. Ferreira (2019) considera que o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde deve se dar de maneira contínua voltadas às demandas de saúde locais.

Por isso, visando compreender a oferta de capacitações realizadas pela gestão do município, foi direcionado o seguinte questionamento: “Você já participou de algum curso de capacitação realizado pelo município? Se sim, qual?”, os resultados referentes a essa indagação evidenciam de maneira drástica a falta de apoio e incentivo aos profissionais/trabalhadores, considerando que 100% das (os) profissionais afirmaram nunca ter participado de cursos de capacitação, levando em

conta que a gestão do município (considerando um período de 2 a 3 anos em que as profissionais estão atuando no serviço) nunca ofertou.

A profissional *P.3* ressalta já ter participado de uma oficina que tratava sobre o psicólogo na atuação de urgência e emergência, todavia, não refere-se a um curso de capacitação, embora seja uma ação importante e relevante, mas não suficiente, considerando a complexidade que é o fazer do psicólogo nesse e em outros espaços, tornando assim fundamental repensar sobre as estratégias de capacitação continuada para os profissionais, levando em consonância os desafios enfrentados em seu cotidiano (MATTOS, et. al., 2020).

Em virtude de compreender a percepção das profissionais a respeito das próprias capacitações, foi realizada a seguinte indagação: “Sente que precisa de uma maior capacitação para a realização de alguma tarefa no CAPS?”. Por meio deste questionamento foi possível constatar que apenas um percentual de 33% dos profissionais destacou precisar de uma atualização constante para atuar no CAPS.



Fonte: autoria própria, 2023.

No que se refere aos profissionais que revelaram precisar de maior capacitação, estes relataram que todos os profissionais precisam estudar constantemente para desempenhar um bom trabalho. As demais profissionais que compõem 67% do gráfico explicitaram não precisar de maiores capacitações para sua atuação no serviço. A profissional *P.1* denota que considera o trabalho no CAPS “de boa” (sic). A profissional *P.5* aponta que estuda com muita frequência, fator que a deixa segura para desempenhar seu trabalho no serviço e por isso, não considera precisar de maiores capacitações. Contudo, a sua fala evidencia a necessidade da

EPS, pois este é um fator que, como a mesma ressalta, possibilita segurança em sua prática, evidenciando que a educação continuada é indispensável para uma atuação profissional de forma ética, segura e humanizada, garantindo a qualidade da assistência aos usuários (ALVES, 2012; FERREIRA et al., 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa constatou-se que há uma extrema necessidade de continuarmos buscando cada vez mais a melhoria na assistência aos sujeitos em adoecimento psíquico, pela garantia de um cuidado ético e humanizado, seguindo os princípios do SUS que garante um acesso universal e um cuidado integral e equânime (BRASIL, 2005). Diante dessa conjuntura torna-se de fundamental relevância ampliarmos a compreensão e os estudos a respeito da produção do cuidado nos CAPS e os maiores desafios enfrentados no cotidiano dos profissionais para consolidá-lo.

O estudo teve como limitação o seu número amostral, embora tenha sido a totalidade das psicólogas atuantes no local, é relativamente um quantitativo baixo para a realização de uma pesquisa. Com isso, pretende-se ampliar este público e até mesmo trazer a percepção dos próprios usuários do serviço, para fornecer melhores resultados a partir da concepção daqueles que mais necessitam da assistência prestada.

Constata-se que a pesquisa conseguiu atingir o objetivo geral de compreender o papel das psicólogas do CAPS na produção de um cuidado efetivo, pois foi possível verificar diante das suas concepções os diversos aspectos que criam uma barreira para a efetividade na assistência aos usuários. Além disso, o trabalho reforça sobre os impactos da sobrecarga de trabalho na qualidade do cuidado prestado no serviço, pois este interfere diretamente na satisfação do trabalhador, além de fornecer contribuições a respeito da importância da educação continuada para os profissionais da saúde.

Este estudo não tem por objetivo findar todas as lacunas assistenciais evidenciadas na instituição, pois esta seria uma concepção utópica, mas sim contribuir de algum modo para a efetividade de um SUS de qualidade, partindo da concepção que não há possibilidade de uma psicologia acessível sem o fortalecimento do SUS. Ademais, é dever do profissional da psicologia trabalhar visando promover a saúde e

a qualidade de vida das pessoas, buscando contribuir para a eliminação de qualquer forma de negligência (CFP, 2005).

No desenrolar da pesquisa surgiu um novo questionamento: é possível estabelecer um vínculo terapêutico e prestar um serviço de clínica ampliada, garantindo um processo de qualidade com o sujeito retornando ao atendimento apenas com dois ou três meses? Os achados respondem a este questionamento e colocam em evidência o quanto a psicoterapia ainda é um lugar de privilégio para muitos. Este fator foi possível de ser constatado ao analisarmos as diversas falas em que as profissionais enfatizam a necessidade da ampliação das psicólogas no local, pois estas não estão suprindo as demandas que estão cada vez mais crescentes; em decorrência desse crescimento e a não ampliação da equipe, muitos usuários acabam ficando sem assistência.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3º ed. – Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2016.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARCELLOS, R.M.S. et al. **Educação permanente em saúde**: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.18, n.2, 2020, e0026092. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00260

BORBA, L. O. **Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental**. Rev. da Escola de Enfermagem – USP, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. Saúde – Conte com a gente**: Brasília, DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto lei nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF, 2011. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: Brasília, DF, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm , Acesso em: 06 fev. 2023.

BRASIL. **Ementa Constitucional nº 95 de Dezembro de 2016**. Brasília, DF: Casa Civil, 2016a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. **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. Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. Ed. Ver. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html, acesso em:

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 de jun. 2023.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. Governo Federal decreta fim da política de Redução de Danos. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/governo-federal-decreta-fim-da-politica-de-reducao-de-danos/#:~:text=O%20decreto%20p%C3%B5e%20fim%20%C3%A0,o%20retorno%20%C3%A0%20%C3%B3gica%20manicomial>. Acesso em: 10 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional dos Psicólogos**, Resolução n.º 10/05, 2005.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J.S. de A.; ESPOSTI, C.D.D.; CRUZ, M.M. **Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura**. Saúde em Debate, v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019.

FIDELIS, F. A. M.; BARBOSA, G. C.; CORRENTE J. E.; KOMURO, J. E.; PAPINI, S.J. **Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde Mental**. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem. Botucatu, SP, 2021.

FILHO, J. de M. **Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas**. Revista Educação, Pesquisa e Inclusão, v. 2, Universidade Estadual Paulista. São Paulo: 2021.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

HUMANIZAR. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/humanizar/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica** - 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. **Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações**. Rio de Janeiro: Revista saúde Coletiva, 2019.

LIMA, G. F. K. A. **A Precarização do trabalho na Administração Pública: O caso das contratações compulsórias nas terceirizações Ilícitas**. XIX Encontro Nacional do CONPEDI: Fortaleza, 2010.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T.; MARQUES, A. L. M. **Formação profissional e serviços de saúde mental no SUS: estudo sobre a inserção de egressos do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 148-157, 2010.

MATTOS M.P.; CAMPOS H.M.N.; GOMES D.R.; FERREIRA L.; CARVALHO R.B.; ESPOSTI C.D.D. **Educação permanente em saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura**. Rio de Janeiro, 2020.

MAZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros**. In: Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos. Bauru, 2004.

MENEZES, G. R. A.; CASANOVA, P. F.; BATISTA, C. E. **Psicoterapia Breve**: Contexto histórico, técnicas e modalidades.

NASCIMENTO, R. V. C.; MATHIS, A. A. **Trabalho precarização e transtorno mental**: a realidade de um CAPS em Belém – PA. *Socied em Deb.* (Pelotas), v. 24, n.2, 2018.

NUNES, R. M. VIDAL, S. V. **Os diversos aspectos da integralidade em saúde**. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, 2019.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. 6º Reimpressão – Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2016.

PORCARO, L. A. **A precarização do trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS em Campina Grande – PB**: estudo a partir dos tipos de vínculos empregatícios. Campina Grande, 2016.

RIBEIRO, D. K. LIMA, R. GUIMARÃES, J. **A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?**. Universidade Federal do Rio Grande do NORTE, 2019.

SILVA, F. J. A. S.; NOBRE, S. V.; SILVA, C. F.; LIMA, I. C. S.; DOMINGOS, J. E. P.; BEZERRA, A. M.; **Satisfação e sobrecarga do trabalho em serviços de saúde Mental de um município de Referência**. *Revista Saúde (Sta. Maria)*, 2021.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. **Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica**: impactos e perspectivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 09, n 02: São Paulo, 2007.

SILVA, P.S.; OLIVEIRA, A. L.; KAMIMURA, Q. P. **Capacitação em saúde mental**: entre a realidade e as ofertas do Ministério da Saúde. São Paulo: Universidade de Taubaté, 2014.

ZANELLA, F.M. **Direitos Humanos e Saúde Mental**: um debate necessário. Foz do Iguaçu: Universidade Federal da Integração Latino-Americana, 2019.

7. ANEXOS

Figura 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



FACULDADE DA REGIÃO SISALEIRA

Portaria de Credenciamento do MEC nº. 541, de 21 de Junho de 2016.

Rua Senhora de Santana, Bairro Cruzeiro, Conceição do Coité - Bahia, CEP: 48.730-000.

Telefone: (75) 3262-8604 / (75) 3262-1677. E-mail: contato@faresi.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Produção do Cuidado e Precarização do Trabalho em saúde mental: a percepção das psicólogas do CAPS I de um município da Região Sisaleira.

Pesquisadora: Bruna Pinto Pastor

Orientador (a): Josélia Silva Carneiro

Contato para dúvidas: (75) 98140-7692 (Prof. Rafael Antón) / tcc@faresi.edu.br

Prezado (a), você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa cuja finalidade é discutir o papel das psicólogas do CAPS na promoção do cuidado aos usuários do serviço. **Participação do presente estudo** todas as psicólogas do CAPS I. Ao participar deste estudo, o senhor (a), autorizará que o (a) pesquisador (a) tenha acesso às questões referentes a temática; além disso, o entrevistado tem autonomia de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que o entrevistado(a) quiser poderá pedir mais informações e tirar eventuais dúvidas sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto no qual foi informado ao entrevistado logo no primeiro contato.

As entrevistas serão realizadas conforme a disponibilidade dos entrevistados. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Caso o entrevistado se sinta constrangido pode informar aos entrevistadores que não se sente confortável para responder tal pergunta; os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução de número: 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. A entrevista não traz riscos à sua dignidade e valores. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o entrevistado (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a efetividade do cuidado prestado aos usuários e quais os maiores desafios enfrentados no cotidiano das profissionais para alcançá-la, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa trazer contribuições acerca do tema; o pesquisador se comprometerá a divulgar os resultados obtidos. Os senhores (as) não terão nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens seguintes.

Obs.: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Figura 2. Termo de autorização para gravação da entrevista.



FACULDADE DA REGIÃO SISALEIRA

Portaria de Credenciamento do MEC nº. 541, de 21 de Junho de 2016.
Rua Senhora de Santana, Bairro Cruzeiro, Conceição do Coité - Bahia, CEP: 48.730-000.
Telefone: (75) 3262-3604 / (75) 3262-1677. E-mail: contato@faresi.edu.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO GRAVAÇÃO DE ENTREVISTA

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº _____, inscrito no CPF. sob nº _____, residente à Rua _____, nº _____, na cidade de _____,

AUTORIZO, por meio deste termo a gravação da entrevista, realizada pela pesquisadora: Bruna Pinto Pastor, número de matrícula: 201810143117 graduanda em Psicologia pela Faculdade da Região Sisaleira (FARESI). Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, e serão usadas exclusivamente para fins acadêmicos. Assim, pelo presente instrumento, autorizo o uso da imagem e voz, especialmente o que for registrado durante a entrevista.

Assinatura: _____

Conceição do Coité-BA, _____ de _____ de 2023.