**CENTRO UNIVERSITÁRIO - UNIFIP**

**CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**PEDRO PAULINO TORRES NETO**

# A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL PARA MANUTENÇÃO DOS VÍNCULOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**PATOS-PB**

**2021**

**PEDRO PAULINO TORRES NETO**

# A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL PARA MANUTENÇÃO DOS VÍNCULOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário – UNIFIP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Ma. Carmen Silva Alves

**PATOS-PB**

**2021**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de acordo com AACR2,CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

T693i
Torres Neto, Pedro Paulino.
A Importância do Acolhimento Psicossocial para manutenção dos vínculos em um Centro de Atenção Psicossocial . – Patos – PB: UNIFIP, 2021.
70p.
Orientador (a): Profa. Ma. Carmen Silva Alves.
Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Centro Educacional de Ensino Superior de Patos - CEESP/ UNIFIP

1. Acolhimento 2.CAPS 3. Vínculos Psicossociais I.Título II. CEESP / UNIFIP

UNIFIP/BC CDU: 364.442.2

Laureno Marques Sales, Bibliotecário especialista. CRB -15/121

**PEDRO PAULINO TORRES NETO**

# A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL PARA MANUTENÇÃO DOS VÍNCULOS EM UM CENTRO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário – UNIFIP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

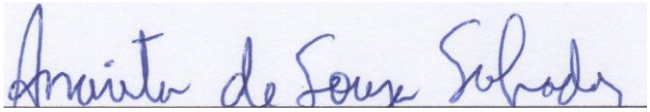
Aprovado em: 14/06/2021.

**BANCA EXAMINADORA**

_____

Profa. Ma. Carmen Silva Alves (orientadora)

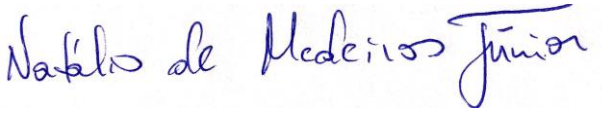
Centro Universitário de Patos – UNIFIP



_____

Profa. Ma. Anarita de Souza Salvador (avaliadora interna)

Centro Universitário de Patos – UNIFIP



_____

Esp. Natálio de Medeiros Júnior (avaliador externo)

Assistente Social do CAPS I de Santa Luzia-PB

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais,
Discélia e Rivaldo (*in memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus por ser minha fonte de força, pelo cuidado e proteção diária, por sempre nunca me desamparar quando precisei de teus cuidados de Pai. No último ano presenciei seu amor por mim, repetindo diversas vezes a frase: “Deus é bom o tempo todo, o tempo todo Deus é bom”, nessa ocasião tive certeza de sua presença em minha vida, a ti toda glória e louvor. Agradeço a Nossa Senhora Aparecida que sempre me protege com seu manto sagrado e por todas as bênçãos em minha vida.

Aos meus pais, Discélia e Rivaldo (*in memoriam*), a mãe por todo amor, cuidado, atenção, compreensão, por sempre me incentivar no curso, por ser pai e mãe, nunca deixando faltar nada em nossa casa, quem dera por um descuido Deus te fizesse eterna. Obrigado por ser quem és, por tudo que fez e faz por mim e Rivaldo Filho. A pai, o qual perdi com 10 anos em um acidente de moto, voltando do trabalho, tenho muito orgulho quando dizem que tenho o carisma e o coração bondoso como foste o seu. Sei que onde estais, deve ter orgulho do filho que sempre fui e da pessoa que me tornei. Que Deus te coloque em um bom lugar no céu. Só se sente saudades do que é bom, se chorei de saudades por porque eu amei [...].

Aos meus irmãos Rivaldo Filho, por sempre me apoiar em minhas decisões e por ser meu parceiro de vida. A Karla que considero como minha irmã de sangue, que cresceu comigo, uma pessoa incrível em que eu me espelho como pessoa, e que sempre me ajudou quando precisei obrigado.

Aos meus tios e tias Célia, que considero como minha segunda mãe, sua estatura pode ser pequena, mas tem um coração enorme e que sempre cuidou tão bem de mim. Tia Socorro, é como se fosse uma tia da minha idade, que sempre topa tudo comigo, sempre está disposta ajudar alguém quando precisa. Tio Deca, considero um pai, porque foi quem assumiu o papel de pai em minha vida, meu patrão. Tio Santo, por sempre estar disposto ajudar e por sua alegria contagiante.

Aos meus avós maternos Hanorina (*in memoriam*) e Pedro (*in memoriam*), embora não estejam presentes fisicamente, mas estão em nossos corações, obrigado pela família unida, à qual tenho orgulho em fazer parte.

A minha prima/amiga Larissa, por ser minha parêa de vida, um ser humano admirável, de ótimas qualidades, que sempre me incentivou nos meus sonhos. Agradeço à Deus por sua amizade, que nosso elo perdure por muito tempo.

A amiga Janielly, pela consideração, afetos e contribuições durante a trajetória do curso. Obrigado por ser quem és, e tudo que fez e faz por mim.

As minhas colegas de trabalho, Cristina e Tia Edileuza, pelo incentivo e por dividirem o cotidiano de trabalho comigo.

As minhas amigas Raylha, Raíssa e Denise, agradeço pela amizade construída durante o curso, pelas conversas e risadas. De modo especial, a Raylha minha parêa de curso, pela sinceridade, companheirismo, afetos, que nossa amizade perdure por muitos e muitos anos.

A minha orientadora Carmen Silva Alves, pela atenção, paciência, pelas contribuições e ótimas risadas nas orientações. Uma professora incrível, que tive o prazer de ser aluno, um ser humano iluminado e de um coração enorme. Obrigado por contribuir na minha formação acadêmica.

As colegas de turma, Amanda, Ayla, Caliane, Iasmine, Niédia, Sandra e Síria, por dividirem ótimos momentos durante esses quatro anos de formação.

Aos demais professores Jaciara, Káttia, Liélia, Lidiane, Antônia, Fabiana, Elaine, Sebastião, Arnaldo, Vamberto, Rodrigo. Obrigado pelas contribuições e debates, por todo o conhecimento repassado e por somar na minha formação.

A coordenadora e professora do curso, Anarita Salvador por aceitar fazer parte de minha banca de TCC, pelas contribuições e pela consideração que sempre teve por me.

Agradeço ao Centro Universitário de Patos – UNIFIP, pela oportunidade de estudar enquanto acadêmico, e por ofertar um conhecimento de qualidade.

Ao meu supervisor de estágio, Natálio de Medeiros Júnior, um ser humano integro, um excelente profissional, um amigo que ganhei nesse processo. Obrigado pelos ensinamentos, contribuições, debates, risadas, por contribuir no meu estágio e em minha formação. Você fez despertar em mim, uma visão política, ter sempre um sentimento em dias melhores, a ser um ser humano melhor, és um assistente social que me espelho ser. Obrigado por tudo doutor.

A toda equipe do CAPS I Dr. Fernando Antônio de Araújo, localizado no município de Santa Luzia-PB, obrigado por me acolherem durante o período de estágio, e por contribuírem em minha formação.

As Assistente Sociais, Tatiana Madelon, Djailma Lemos, Jaira Alana, Renata Raiany e Rossana Medeiros, profissionais comprometidas com a profissão, um exemplo a ser seguido, obrigado pela amizade e pelas trocas de conhecimento.

Por fim, agradeço a cada pessoa contribuiu de forma direta ou indiretamente na minha formação acadêmica, minha eterna gratidão, que Deus os abençoe sempre. Obrigado!

# A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL PARA MANUTENÇÃO DOS VÍNCULOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**PEDRO PAULINO TORRES NETO**

**Orientadora: CARMEN SILVA ALVES**

## RESUMO

O presente trabalho buscou analisar a percepção dos usuários do gênero masculino acerca do acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I Dr. Fernando Antônio de Araújo, localizado na cidade de Santa Luzia-PB. A pesquisa, de abordagem quali-quantitativa, foi realizada ao longo do ano de 2021, período no qual permitiu visualizar considerações acerca do acolhimento. A partir dos dados, observamos a importância do acolhimento psicossocial como um dispositivo estratégico de cuidado em saúde mental. Atuando sob a ótica de criação e manutenção dos vínculos estabelecidos entre os usuários supracitados e profissionais do serviço de saúde mental que despertam sentimentos de confiança, amizade e respeito, promovendo assim efeitos positivos no tratamento do sofrimento psíquico. Proporcionando a efetivação de novas tecnologias leves de cuidado em saúde mental. Considerando a percepção dos usuários acerca do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia, pode ser considerada satisfatória, ao observarmos os dados coletados, todos os entrevistados destacam serem bem acolhidos pelos profissionais do serviço. Um elemento que nos chamou atenção é que o CAPS oferta de fato um acolhimento eficaz, que contribui diretamente no tratamento terapêutico do sofrimento psíquico por meio dos vínculos estabelecidos.

**Palavras-chaves:** Acolhimento; CAPS; Vínculos Psicossociais.

# THE IMPORTANCE PSYCHOSOCIAL RECEPTION FOR MAINTENANCE FROM BINDINGS IN ONE CENTER IN PSYCHOCIAL ATTENTION

**PEDRO PAULINO TORRES NETO**

**ADVISOR: CARMEN SILVA ALVES**

## ABSTRACT

The present work searched analyze the perception from users of gender masculine about of reception at the Center Psychosocial Attention CAPS I Dr. Fernando Antônio de Araújo, located in the city in Santa luzia-PB. The research, in approach quali-quantitative, was fulfilled to the long from years 2021, period in which allowed to view considerations about of reception. From the data we watch the importance of psychosocial reception like a device stratigic in caution in mental health. Acting under the optics creation and maintenance of bond established between users aforementioned and mental health service professionals that awaken confidence feelings, friendship and respect, promoting thus effects positive at the treatment of suffering psychic. Providing the effectuantions in new technologies light in caution in health mental. Considering the perception from users about of host at the CAPS I in Santa Luzia, can to be considered satisfactory, to the we observe collected data, all you interviewed highlight being good welcomed by the professionals of servisse. One element that us called us attention it's what CAPS offer in fact a host effective what contributes directhy at the treatment therapeutic of suffering psychic per quite from bonds established.

**Keywords:** Host; CAPS; Bonds Psychosocial

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01- Percentual dos Serviços da RAPS na Paraíba .....22
GRÁFICO 02- Faixa Etária dos Entrevistados .....44
GRÁFICO 03- Percentual de Etnia/Cor/Raça.....45
GRÁFICO 04-Renda dos Entrevistados.....47

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
DINSAN - Divisão Nacional de Saúde Mental
EPI- Equipamento de Proteção Individual
ESF - Estratégia de Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS - Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PVC - Programa de Volta para Casa
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
STR - Serviços de Residências Terapêuticas
SUS - Sistema Único de Saúde
UA – Unidade de Acolhimento
UBS- Unidade Básica de Saúde
UPA- Unidade de Pronto Atendimento 24 hrs

**SUMÁRIO**

**1 BREVES CONSIDERAÇÕES DA HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....16**

1.1 TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....16

**1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial: surgimento, objetivos e estrutura** 21

**2 ACOLHIMENTO E TECNOLOGIAS LEVES DO CUIDADO: contribuições das novas práticas em saúde mental na contemporaneidade .....28**

2.1 ACOLHIMENTO E SAÚDE MENTAL.....28

2.2 Acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia: dispositivos estratégicos do cuidado em saúde mental .....32

2.3 O Acolhimento sob a ótica da manutenção e criação de vínculos .....37

2.4 Reflexões sobre as limitações acerca do acolhimento e a efetivação desse dispositivo no campo da saúde mental .....40

**3 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS COLETADOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I, SANTA LUZIA-PB.....44**

3.1 PERFIL DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES.....45

**3.2 Percepção dos usuários acerca do acolhimento no CAPS I, em Santa Luzia-PB**.....50

**3.3 Êxitos e desafios da implementação do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia PB**.....54

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....58**

**5 REFERÊNCIAS.....60**

## INTRODUÇÃO

O surgimento da reforma psiquiátrica brasileira, promoveu a eclosão de novas práticas em saúde mental, subsidiando as tecnologias do cuidado que visam superar o modelo medicalizador/ hospitalocêntrico que era utilizado como forma de promover saúde mental no país na década de 1970. Tal reforma, possibilitou a implementação de dispositivos estratégicos que contribuem no tratamento do sofrimento psíquico de usuários que sofrem com transtornos mentais. Efetivando um novo modelo de atenção à saúde mental.

O presente estudo buscou analisar a percepção dos usuários acerca do acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial I Dr. Fernando Antônio de Araújo, localizado na cidade de Santa Luzia-PB. Destacando o perfil dos usuários do gênero masculino que são acompanhados pelo serviço e a relação de construção e manutenção de vínculos entre os usuários supracitados e o serviço de saúde mental.

Para desenvolver essa pesquisa, foi preciso realizar uma revisão bibliográfica sobre a História dos Centros de Atenção Psicossocial, ressaltando a importância do acolhimento na instituição. No entanto, objetivou-se que o acolhimento assume papel importante na construção e manutenção de vínculos entre usuários e instituição, promovendo efeitos positivos no tratamento do sofrimento psíquico dos usuários.

Para analisar a percepção dos usuários acerca do acolhimento, está pautado no estudo quali-quantitativo, que visa identificar a percepção dos usuários do gênero masculino acerca do acolhimento na instituição. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, utilizou-se para coleta de dados a técnica do questionário elaborado via Google Forms.

Realizamos entrevistas com 15 usuários do gênero masculino, tivemos o auxílio do assistente social e do arte-educador do CAPS I de Santa Luzia, que conhecem os usuários acompanhados e nos apresentou informando os objetivos da presente pesquisa. A maior parte das entrevistas foram realizadas nas residências dos usuários, vale salientar que considerando o atual contexto da

Pandemia do SarsCov-2-Covid-19. Portanto, a pesquisa seguiu todas as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), obedecendo-se aos decretos estaduais e municipais para quaisquer possibilidades e/ou risco de contaminação. Nesse sentido, os dados foram coletados utilizando o questionário, formatado no *Google Forms,* sendo o próprio pesquisador a preenchê-lo mediante o diálogo com os entrevistados.

Foram utilizados os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), no uso de máscaras, álcool em gel 70%, capa de proteção, viseira fácil, luvas e toucas descartáveis, mantendo o distanciamento social dos usuários, com a finalidade de evitar possível contaminação do SarsCov-2- Covid-19. Salientamos ainda, que não tivemos resistência por parte de nenhum dos usuários entrevistados.

O presente trabalho está dividido em três seções. sendo a primeira, apresentação de elementos da revisão da literatura sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Na segunda seção, apresentamos também elementos da literatura sobre o Acolhimento e Tecnologias Leves do Cuidado. Já na terceira seção, apresentamos a análise dos dados coletados na pesquisa, considerando a percepção dos usuários acerca do acolhimento no CAPS.

# 1 BREVES CONSIDERAÇÕES DA HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

## 1.1 TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início entre os anos de 1978 e 1980, que surge em consonância com o movimento sanitário, nos anos de 1970, buscava a mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, como destaca- se em Brasil (2005).

Tal reforma, é inserida no contexto de transformações, que visavam a superação da violência asilar. Período da crise, de um modelo de assistência centrado no formato de hospital psiquiátrico.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem um significado transdimensional, pois envolve diferentes aspectos e fatores que se articulam no âmbito do convívio social, trazendo a importância de novas leis, no qual estabelece mudanças no tratamento do indivíduo com sofrimento psíquico. A Reforma Psiquiátrica é considerada como um

> 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. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo de Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL,2005, p. 06).

Portanto, o trecho supracitado traz a presença de aspectos, que são importantes no processo de luta pela Reforma Psiquiátrica, pois agrega aspectos que fazem referência na transformação dos serviços de saúde mental no país.

Todo o processo de luta histórica pela mudança do aparelhamento antimanicomial, teve início com a organização e mobilização dos próprios trabalhadores que estavam inseridos nas instituições asilares, gestando posteriormente, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), para Amarante (1995, p. 51) foi a partir dessa organização que importantes propostas de reformulação do sistema manicomial, foram construídas, fomentadas pela imersão do pensamento crítico ao saber psiquiátrico.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem como estopim a “Crise da DINSAN” (Divisão Nacional de Saúde Mental), que surge em resultado da greve deflagrada dos trabalhadores, do presente órgão que reivindicavam pela regularização da situação trabalhista. Nessa fase, a DINSAN era um órgão do Ministério da Saúde era responsável pela formulação de políticas de saúde mental, no âmbito subsetor de saúde mental.

Amarante (1995), ainda destaca que a crise é deflagrada em decorrência da denúncia de três médicos bolsistas, que atuavam no Centro Psiquiátrico Pedro II na cidade do Rio de Janeiro, que ao registrarem no livro de registros diários, as condições precárias de trabalho e as irregularidades da unidade hospitalar trouxeram a público, um cenário de precarização do serviço e violências aos pacientes da instituição, via denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, situação vivenciada pelos usuários e os profissionais que integravam o referido centro. A partir desses registros, os trabalhadores começam a realizar reinvindicações acerca da situação trabalhista e desumana que ali eram desenvolvidas.

Devido as denúncias que passaram a ser frequentes através de veículos de comunicação da época, a mobilização dos trabalhadores ganha força, agregando outras categorias profissionais, assim como usuários e familiares, o que possibilita a organização do 1º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo, em 1979, oficializa a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que teve um papel importante na Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

Na sequência, no ano de 1987, o MTSM lançou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” para o 2º Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado entre os dias 03 a 06 de dezembro daquele ano, na cidade de Bauru-SP. Neste

congresso foi lançada a proposta de transformar o MTSM no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, dando visibilidade a luta antimanicomial e a inclusão de usuários, familiares e sociedade em geral, para o debate de reforma psiquiátrica.

Para Amarante, o MNLA ganha maior representatividade e passa ser reconhecido nacionalmente, como um movimento social. Vejam-se a importância desse Congresso para a organização das propostas reformistas:

> Expressa uma ruptura, tanto epistemológica, quanto estratégica, que marcaria os anos subsequentes, onde o eixo dos debates saía dos limites meramente assistenciais e, mais ainda, da simples oposição entre serviços extra-hospitalares versus serviços hospitalares, para a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto no manicomial quanto no saber médico sobre a loucura. (AMARANTE, 1997, p.170.)

Nesse sentido, o lema por uma sociedade sem manicômios é importante na construção de novas reflexões e considerações frente à um modelo de assistência asilar-hospitalocêntrico, pautado nas internações de pessoas em hospitais psiquiátricos, sendo assim, o lema atua como uma nova maneira de olhar sobre a loucura e o sofrimento psíquico das pessoas com transtornos mentais. Dessa forma, o movimento, objetiva,

> Construir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE,1995, p.52).

Nesse contexto de 1987, que surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, na cidade de São Paulo. O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Conforme consta na página virtual da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina:

> O Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Luís da Rocha Cerqueira”, também conhecido como “CAPS Itapeva”, foi inaugurado em 1987 numa antiga construção localizada na esquina das Ruas Itapeva e Carlos Comenale, na região da Bela Vista em São Paulo, próximo da Avenida Paulista. É o primeiro CAPS no Brasil e seu nome homenageia o antigo coordenador de Saúde Mental do Estado que, na década de 1970, contribuiu para a construção de novos rumos no atendimento de pacientes com transtorno mental grave, através da implantação de políticas de saúde mental contrárias ao modelo centrado em longas internações em hospitais psiquiátricos.

Logo após, em 1989, tem-se o início do processo de intervenção criado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Santos-SP, na Casa de Saúde Anchieta. À época, a Casa de Saúde Anchieta, era um hospital psiquiátrico, onde foram encontrados casos de maus tratos e mortes de pacientes. Essa experiência também servirá de base a outras intervenções que passam a ocorrer nos Hospitais Psiquiátricos de todo o território nacional.

O processo de intervenção deu origem ao Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), considerada um novo um dispositivo de articulação de novas ideias à saúde mental. Os NAPS são:

> [...] núcleos de saúde mental fortes, isto é, com funcionalismo ininterrupto (24 horas/dia/ano), que são responsáveis por todo e qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológico de uma determinada região geo-político-cultural da cidade que, neste contexto, vai ser dominada de território [...] Os NAPS, ao contrário das versões até então conhecidas como “centro de saúde mental”, exercem um mosaico de ações que o caracterizam como estrutura complexa. Tem leitos de apoio para acompanhamento de situações de crise; atendem à demanda em residências, em locais de trabalho ou públicos; oferecem atendimento do tipo emergencial ou ambulatorial; respondem à várias demandas de caráter social e não apenas, como tradicionalmente reconhecidas terapêuticas” (AMARANTE,1997, p.171).

Os NAPS, foram implementados no município de Santos- SP, onde funcionavam 24 horas, sendo considerados como forma de desconstrução dos manicômios que eram utilizados, como forma de tratar as pessoas que sofrem com transtornos mentais. Integrando parte de um programa de saúde mental, que possibilita a reinserção social daqueles usuários na sociedade, proporcionando novos serviços substitutivos ao aparato manicomial.

Assim, redimensionando novas estratégias de cuidado e caracterizando uma rede territorial de atenção ao sofrimento psíquico. Demonstrando que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, não era apenas uma retórica, era possível e exequível como descreve (BRASIL, 2005, p.07).

É nesse contexto, que resulta na proposição do Projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos das pessoas que sofrem com transtornos mentais e extinção progressiva dos manicômios no país. Nessa perspectiva, os movimentos sociais conseguem

aprovar as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos, por uma rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005, p.08).

Na década de 1990, marcada o compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que irá entrar em vigor no país. Implementam-se normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia.

Em 2001, é sancionada a Lei 10.216 que ficou conhecida como a Lei Paulo Delgado. O projeto dessa lei tramitou por doze anos no Congresso Nacional. Após sua aprovação o projeto de lei, sofreu modificações expressivas no texto normativo, pois ao ser aprovada como Lei Federal passou a orientar o redirecionamento da assistência em saúde mental, garantindo especialmente a proteção das pessoas com sofrimento psíquico, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária (Brasil, 2001).

No ano de 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, contando com a participação efetiva de usuários, familiares, movimentos sociais, e profissionais de saúde. Nessa perspectiva, esse evento apresentou novos olhares para a saúde mental, estabelecendo o controle social e participação na construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas. Proporcionando a consolidação da Reforma Psiquiátrica como política de governo. O resultado dessa Conferência, confere aos CAPS um valor estratégico para a mudança do modelo de assistência no Brasil.

Da década de 1990 para cá, vimos que o processo de desinstitucionalização, trouxe resultados positivos que indicam mudanças paradigmáticas, sendo observado a redução de leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte, e a ampliação da rede substitutiva por meio dos equipamentos como os CAPS, Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), o Programa de Volta para Casa (PVC).

Dentre esses serviços, observamos que os CAPS têm um valor estratégico para mudança do modelo de assistência, pois contribuem como dispositivos terapêuticos que possibilitam na construção da cidadania e autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico, promovendo uma reinserção social do usuário na

sociedade e no seio familiar, garantindo assim o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Nesse sentido, os CAPS resgatam o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que segundo Amarante (1997) seria a superação de um modelo de assistência asilar-hospitalocêntrico, pois esta buscava

> [...] Transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido de superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de co-existência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 1997, p.165).

Diante ao exposto, é preciso refletir para além dos hospitais psiquiátricos e das práticas desumanas utilizadas naquela época. Mediante a essas experiências, é preciso pensar a RPB como movimento de construção e desconstrução, mas também de um movimento que efetive um paradigma de eficácia, que trabalhe a particularidade e subjetividade dos usuários, subsidiando novas formas de reinserção social na sociedade.

A RPB vem se constituindo como um movimento de transformações sociais, na qual estabeleceu uma ruptura com o antigo modelo medicalizador hospitalocêntrico, atingindo seu objetivo na superação do modelo manicomial, elucidando mudanças significativas no tratamento e acompanhamento ao indivíduo em sofrimento psíquico, através da construção de um novo modelo de atenção em saúde mental, pautado na criação de espaços terapêuticos, fortalecendo a reinserção social dos usuários no cotidiano  sociedade, evidenciando novas práticas de cuidado em saúde mental.

## 1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial: surgimento, objetivos e estrutura

Um Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário, ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atende usuários que

sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses e que fazem uso de álcool e outras drogas.

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e são definidos como unidades de saúde locais/ regionalizadas, que contam com uma população adstrita, definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2004, p.12).

Esses serviços passam a ser regulamentados pela Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integram o Sistema Único de Saúde. Prioritariamente, essa portaria

> Reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que tem a missão de dar um atendimento diurno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e suas famílias (BRASIL, 2004, p.12).

A partir, do lançamento dessas legislações, observou-se que houve uma presença significativa de Centros de Atenção Psicossocial, na substituição dos modelos de hospitais psiquiátricos. Promovendo mudanças significativas na promoção à saúde mental, ofertando um modelo de assistência integral a pessoa em adoecimento psíquico, desenvolvendo uma proposta terapêutica que fortaleça a autonomia do usuário. Subsidiando a superação dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos.

Assim, os CAPS, passam a fazer parte dos municípios brasileiros, contribuindo para o avanço da saúde mental, visando o atendimento a pessoas que sofrem com transtornos mentais, proporcionando um espaço coletivo de ressocialização dessas pessoas na sociedade.

Na década de 1980, foram abertos serviços outros substitutivos, mas foi somente após a aprovação da Lei Federal 10. 2016 nos anos de 2000, que o Ministério da Saúde passou a financiar a rede de serviços substitutivos. Redirecionando o financiamento das novas práticas e equipamentos de saúde

mental, expandindo em nível municipal, estadual e federal, redesenhando uma nova tendência do tratamento psíquico em território nacional (Brasil, 2002).

Os CAPS são considerados dispositivos terapêuticos que possibilitam uma reabilitação psicossocial dos usuários em sofrimento psíquico. É um serviço comunitário, baseado nos princípios do SUS que garantem um atendimento gratuito e integral. Conta com uma equipe multiprofissional qualificada que atua no intuito de elucidar ações integradas, visando a valorização da singularidade do indivíduo em sofrimento psíquico (Brasil, 2004, p. 27).

Portanto, o modelo psicossocial busca elucidar novas práticas de cuidado em saúde mental, rompendo com o antigo modo asilar- hegemônico. Desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, que estimulam a reabilitação psicossocial, fortalecendo o exercício da cidadania dos usuários.

O CAPS proporciona aos seus usuários atendimentos individualizados, grupais, oficinas terapêuticas, dinâmicas, entre outras atividades que venham a contribuir no tratamento psíquico daqueles usuários, tendo em vista

> Prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clinico eficiente e personalizado; promover a inserção dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjunturas de enfrentamento dos problemas (BRASIL,2004, p.13).

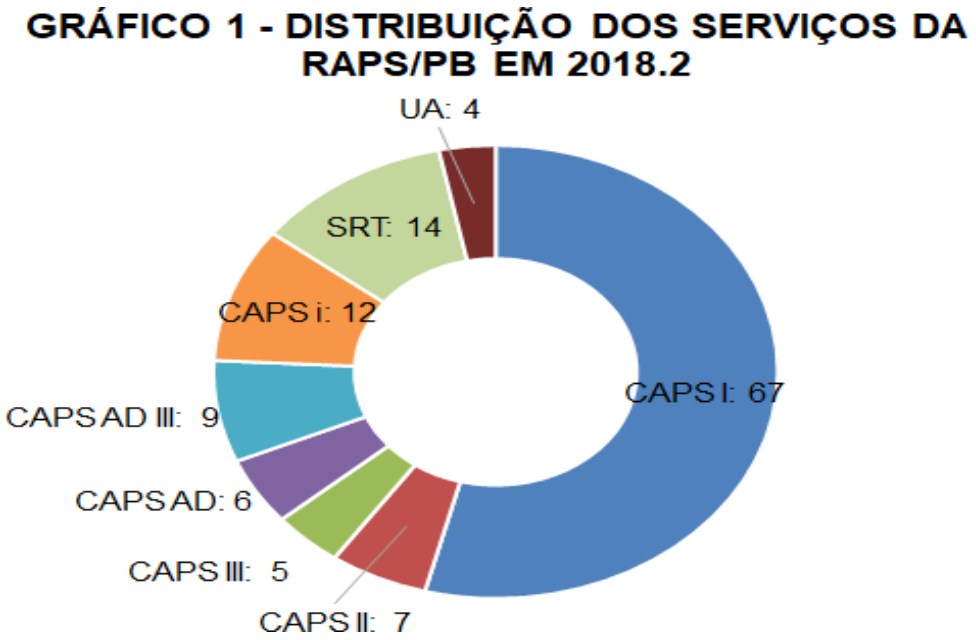
Como podemos perceber os CAPS, resultaram num significativo avanço no campo da assistência em saúde mental, tendo em vista sua consolidação e ampliação em todo território nacional. Promovendo espaços terapêuticos que fortaleçam a reinserção social dos usuários na sociedade e no seio familiar.

Segundo dados do Ministério de Saúde[1], em 2019 existiam em todo país, um total de 2.661 serviços tipo CAPS. No Estado da Paraíba, conforme dados da Secretaria de Estado da Saúde, em 2018 possuíam 67 CAPS I, 07 CAPS II, 05 CAPS III, 06 CAPS AD, 09 CAPS AD III e 12 CAPS Infanto-juvenis.

Vejam-se a distribuição no gráfico abaixo:

[1] Para mais detalhes: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/relatorio-do-monitoramento-da-rede-de-atenacao-psicossocial-na-paraiba-2018-2.pdf, acesso em 18 de abril de 2021.

**GRÁFICO 01- PERCENTUAL DOS SERVIÇOS DA RAPS NA PARAÍBA**




Fonte Secundária: Secretaria de Estado da Saúde, Paraíba, 2018.

Esse quantitativo retrata dados acerca do percentual de serviços substitutivos no Estado da Paraíba, em suas diferentes modalidades. Além dos CAPS elucidados acima, temos os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) e as Unidades de Acolhimento (UA). A ampliação dos serviços substitutivos, possibilitou a oferta de tratamento psíquico em diferentes modalidades na rede territorial, contribuindo no exercício da autonomia dos usuários e na reinserção social na sociedade.

Os CAPS integram a RAPS, que estabelecem pontos estratégicos para o atendimento do sofrimento psíquico, a RAPS está presente no interior dos municípios na atenção básica por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), na urgência e emergência por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), Hospitais Gerais entre outros, nesse sentido, observamos a composição dos serviços que a RAPS oferta, constituindo-se uma rede comunitária de assistência em saúde mental, promovendo benefícios no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e que fazem uso de álcool e outras drogas.

No geral, os CAPS oferecem atendimentos especializados, para as pessoas que sofrem com transtornos mentais e fazem uso de álcool e outras drogas. Nesse sentido, a equipe multiprofissional desenvolve uma abordagem focada na particularidade e na singularidade do indivíduo em sofrimento psíquico.

Nessa concepção, o CAPS viabiliza propostas de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. Por meio de atendimento individual como medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros, atendimentos em grupos como psicoterapia e oficinas terapêuticas. Logo assim, ofertar uma reabilitação psicossocial dos sujeitos acometidos de sofrimento psíquico (BRASIL,2004, p.21).

Em relação as modalidades dos CAPS, o Ministério da Saúde (2004), orienta que esses serviços sejam estruturados a partir de ambientes abertos, para proporcionar o sentimento de liberdade e contribuir no acolhimento dos usuários no serviço, deveram oferecer os seguintes recursos físicos necessários:

> Consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade; sanitários; área externa para oficinas, recreação e esporte; (BRASIL, 2004, p.14).

Sendo assim, os CAPS devem ser ambientes abertos que proporcionam um sentimento de confiança e acolhimento, para esses usuários que estão em sofrimento psíquico.

Mas, infelizmente, a realidade de funcionamento dos serviços, não se efetiva conforme essa determinação. Encontramos espaços em casas alugadas, não dispondo de ambientes harmônicos e acolhedores. Logo, essa prerrogativa é de responsabilidade da gestão municipal com a participação da equipe que compõe o serviço, que devem buscar viabilizar espaços abertos e comunitários que contribuam no tratamento do sofrimento psíquico.

Como os CAPS fazem parte do SUS, e o acesso a esses serviços podem ocorrer diretamente pela procura do usuário, familiar ou comunidade, no formato de demanda espontânea, como também, pode haver encaminhamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a exemplo da Estratégia de Saúde da Família

(ESF), serviços mais comuns, existentes no município e suas adjacências conveniadas[2], se for o caso (Brasil,2004, p. 15).

Os CAPS têm como fio condutor propor ações integrativas por meio da equipe multiprofissional, ofertar atendimentos individuais e em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos à familiares e atividades comunitárias, que articulados integram na construção do PTS de cada usuário, com o propósito de fortalecer a reinserção social de indivíduos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2002).

Conforme a portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002, as equipes dos CAPS são formadas respeitando o tipo de modalidades, nesse sentido, um CAPS tipo 1 comporta uma equipe multidisciplinar, representada por diferentes categorias profissionais, tais como médico psiquiatras, enfermeira, psicólogo, assistente social, pedagogo, técnico de enfermagem e oficineiros. Com a finalidade de desenvolverem o trabalho de forma interdisciplinar. No estudo divulgado por Vasconcelos (2010), o trabalho interdisciplinar é:

> Entendido aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, como uma tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação reciproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (VASCONCELOS, 2010, p. 47).

No cotidiano dos serviços, o trabalho interdisciplinar é de suma importância, pois é a troca de conhecimentos e saberes que integram a equipe técnica, contribuem na efetivação do tratamento psíquico, objetivando ações integradas que fortaleçam a singularidade e autonomia do sujeito, subsidiando novos rearranjos em saúde mental.

---

[2] O CAPS I (Santa Luzia-PB), tem convênio com os municípios circunvizinhos, que compõem o Vale do Sabugi. Segundo a Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS I é indicado para população acima de 15.000 (quinze mil) habitantes.

Destarte, faz-se necessário a participação da família nesse processo de reinserção social do usuário na sociedade, por meio do cotidiano dos serviços de saúde mental. Diante dessa perspectiva, a família assume papel importante nesse projeto por ser

> [...] o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como os projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (BRASIL,2004, p.29).

Nesta compreensão, a família tem um papel fundamental no tratamento do sofrimento psíquico, juntamente com o PTS poderá atuar no fortalecimento do tratamento do usuário em sofrimento psíquico. Sendo considerada como um parceiro dos CAPS, pois ela pode contribuir no incentivo do usuário participar de forma ativa nas atividades do serviço.

Nesse sentido, a família deposita uma confiança no CAPS, com o objetivo de que o serviço possa ser um suporte ao usuário, assumindo um papel de responsabilidade no tratamento psíquico, sendo assim, é no cotidiano dos CAPS que os usuários têm uma atenção maior do que no próprio seio familiar. Portanto, é preciso reconstituir o seio familiar, como um campo de provimento do cuidado.

A família é responsável pelas relações de cuidado, que perpassam as esferas da vida, lazer, moradia, trabalho, são perspectivas que integram o cotidiano da vida dos usuários. Sendo rede de apoio e suporte no tratamento psíquico, por isso deve participar do projeto terapêutico e ser instrumento de inclusão, contribuindo na reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental.

Tendo em vista, que a família e o CAPS integram a rede de apoio que o usuário precisa para aderir ao tratamento. Não é só acolher o sofrimento psíquico, mas procurar buscar estratégias que venham a somar nessa relação intrínseca entre família, usuário e CAPS, desenvolvendo assim, uma participação efetiva no que tange a família ao tratamento, é criar vínculos com o serviço para fortalecer a proposta terapêutica, possibilitando o encontro do usuário ao serviço.

# 2 ACOLHIMENTO E TECNOLOGIAS LEVES DO CUIDADO: contribuições das novas práticas em saúde mental na contemporaneidade

## 2.1 ACOLHIMENTO E SAÚDE MENTAL

Na saúde mental o acolhimento caracteriza-se como uma categoria importante no processo terapêutico, sendo visto como uma tecnologia do cuidado integral, que vem a contribuir na relação intrínseca do usuário com seu sofrimento psíquico.

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde (MS) tem como objetivo propor novas formas de organização dos serviços de saúde. O acolhimento é uma das práticas de promoção à saúde mental, sendo definido como:

> Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/ equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/ articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004, p.14).

Diante do exposto, o acolhimento é porta de entrada para o serviço de saúde e caracteriza-se como ferramenta de construção de vínculos entre usuários e instituição. O acolhimento vai muito além que o ato de escutar os usuários, mas também é uma relação de cuidado, humanização e viabilização do acesso ao serviço de saúde. Propiciando a ampliação do exercício da cidadania e inclusão dos usuários ao serviço, efetivando um novo modelo de saúde mental.

Acolher é ouvir, é escutar, é respeitar, é ter uma postura ética e de cuidado com as demandas que os usuários trazem ao serviço, por meio do acolhimento é possível buscar a resolutividade do problema que o usuário apresenta. É propiciar uma relação de troca de confiança e respeito com o outro, em suas dores, alegrias, diferenças. Fomentando um compromisso e o protagonismo dos usuários por meio

de estratégias que contribuem no tratamento do sofrimento psíquico (MENDANHA, 2014, p. 17).

Nesse processo, o acolhimento surge atrelado ao aspecto de humanização, mas de também de práticas que vem a somar nos modos de ofertar o atendimento ao usuário, possibilitando uma organização das relações de trabalho na instituição. Tal perspectiva destaca que:

> O acolhimento vem se constituindo numa das ferramentas utilizadas para iniciar mudanças no processo de trabalho em saúde com vistas a garantir o acesso a serviços de saúde humanizados, resolutivos, de qualidade com responsabilização coletiva dos trabalhadores com as necessidades de saúde dos usuários (LEITE et. al. 1999, p. 02).

Sendo assim, o acolhimento contribui de forma significativa, na efetivação de um modelo de assistência e cuidado à saúde mental eficaz, que proporcione a garantia de acesso do usuário ao serviço por meio da implementação do acolhimento na instituição.

Dessa forma, o acolhimento deve buscar um resultado amplo, na relação da instituição (equipe multidisciplinar) com o usuário visando uma atenção centrada na totalidade que envolve o usuário em sofrimento psíquico.

Neste contexto, o acolhimento deve somar-se na organização dos processos de trabalho e das práticas do cotidiano. Possibilitando a inserção de transformações nos serviços de saúde mental. No entanto, o acolhimento é considerado pelos profissionais da equipe multiprofissional, como uma nova tecnologia de trabalho da saúde mental, pois promove relações de cuidado atuando como dispositivo eficaz na promoção de saúde mental.

A saúde mental foi vista por muitos anos sob a ótica da exclusão, segregando da sociedade as pessoas que eram acometidas com algum sofrimento psíquico, sendo exposto ao tratamento medicalizador no qual era tratado a loucura sobre a perspectiva do antigo modelo hospitalocêntrico.

Na perspectiva atual da saúde mental, a escuta qualificada compreende uma escuta integral ao usuário, o acolhimento é a relação composta pelo cuidado e o vínculo é relação de confiança entre usuário e profissionais integram novas tecnologias estratégicas do cuidado em saúde mental.

O Processo de Reforma Psiquiátrica, possibilitou a eclosão de novas tecnologias estratégicas, que contribuem no tratamento do sofrimento psíquico dos usuários com transtornos mentais. Assim, as tecnologias em saúde são divididas em:

> Leves, leve-duras e duras. As leves compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculos, autonomização e acolhimento; as leves-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica; e as duras são compostas por equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas e estruturas organizacionais (JORGE, et. al. 2008, p.01).

No cotidiano dos centros de atenção psicossociais o modelo de tecnologia leve, propicia efeitos positivos no que tange o projeto terapêutico singular de cada usuário, de modo que venha a contribuir na construção e manutenção de vínculos entre instituição e usuários. Fortalecendo as relações de reciprocidade e respeito, garantindo respostas positivas nesse processo saúde-doença.

Dentre os instrumentos recomendados para reabilitação psicossocial dos usuários inseridos em CAPS, tem-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para qual está dirigido (BRASIL,2007).

Apesar de indicado, não é comum a construção desse instrumento de forma coletiva pelas categorias que compõem o corpo técnico dos serviços, especialmente em cidades de menor porte, tendo em vista, fatores que não aprofundamos aqui, mas que dizem respeito a proporção hierárquica da formação das equipes, tendo o médico como ator prioritário no atendimento do binômio saúde/doença, ou mesmo pelos aspectos culturais da população dos serviços de saúde, em geral, ou ainda a ausência de capacitações sistemáticas direcionadas a essas equipes. Mesmo assim, considera-se que o PTS contribui diretamente na singularidade do usuário, fortalecendo a relação entre ele, a família e o serviço.

Entende-se que não seja viável elaborar um PTS para todos os usuários atendidos no serviço, mas é necessário, especialmente nos casos com maior gravidade e complexidade que devem ter atenção especial e ser priorizados. Dessa

forma, o técnico responsável pelo PTS, deve buscar estimular a reinserção social, ampliação da autonomia e ativação de uma rede de suporte social da família para o usuário.

É primordial discutir a importância dos serviços desenvolvidos no CAPS na perspectiva da construção da integralidade do cuidado em saúde mental, que tem como estratégia a reinserção social das pessoas que sofrem com transtornos mentais, nesse sentido, faz-se necessário considerarmos o público-alvo dos centros que portam

> [...] Deteriorações como dificuldades no pensamento, interferências no processo do pensamento, experiências desagradáveis com sons, visões ou toque, convicções estranhas ou incomuns, dificuldades em movimentos e ações, concentração diminuída, perda de energia e direcionamento e habilidades reduzida de resolver problemas levam a inaptidão cognitivas (solução ineficientes para problemas, velocidade do aprendizado reduzida), afetivas (ansiedade severa e medo, sentimentos de incapacidade) e comportamentos (dificuldades com ações constritivas), que levam a impossibilidades práticas, como falta de amigos, desemprego, atividade de lazer limitadas, cuidados pessoais pobres, dificuldades com moradia, sobrecarga dos cuidados. De forma gral, os transtornos graves incluem a esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, os transtornos afetivos bipolares, e quadro graves e incapacitantes de depressão ou ansiedade (RATTO, 2000, p.26).

Por este ângulo, observamos os diversos tipos de transtornos mentais severos e persistentes, deste modo, é preciso pensar sobre essas pessoas para além do sofrimento psíquico de sua patologia, mas sim estimular a integração social e familiar, subsidiando a autonomia do usuário, ou seja, traçando estratégias que promovam o exercício da liberdade e subjetividade, desenvolvendo assim relações sociais e afetivas em sociedade.

O acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia são dispositivos que pertencem a uma nova prática de saúde mental. Sendo instrumentos estratégicos que possibilitam o cuidado em saúde mental, potencializando um tratamento pautado na redução do sofrimento psíquico e na reinserção dos usuários na sociedade, por meio de tais dispositivos elucidados acima.

Segundo (Jorge, et. al.2008, p. 04) dar ênfase ao acolhimento por disponibilizar um processo de escuta, diálogo e a valorização do saber do outro. Perpassando toda a terapêutica e o cuidado em saúde.

Nesse sentido, o acolhimento é visto como fio condutor para a efetivação de construir uma nova prática em saúde mental, propiciando um cuidado integral aos usuários e potencializar a construção de vínculos entre instituição e usuários.

Portanto, a perspectiva do acolhimento contribui na reflexão dos processos de reorganização do trabalho e nas práticas do cotidiano de tais centros de atenção psicossocial. Integrando um conjunto de dispositivos da tecnologia estratégica do cuidado que redesenham uma nova prática de atenção à saúde mental.

Desta forma, o acolhimento fortalece a relação de construção e manutenção de vínculos entre instituição e usuários imprimindo elementos de confiança, respeito, reciprocidade. Desenvolvendo efeitos positivos no projeto terapêutico de cada usuário.

## 2.2 Acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia: dispositivos estratégicos do cuidado em saúde mental

O campo da saúde mental vem constituindo-se como um cenário de transformações, marcado pela substituição do modelo tradicional, biomédico asilar, e hospitalocêntrico para o modelo psicossocial de práticas terapêuticas, que assumem novos contornos, sobre as práticas de cuidado à saúde mental. Considerando essa transição, houve o surgimento de novas estratégias voltadas à reabilitação psicossocial de usuários em sofrimento psíquico, elucidando uma nova forma de cuidado à saúde mental.

Nesse sentido, novas tecnologias são criadas para compor a prática do cotidiano dos serviços de saúde. Nesta compreensão, é preciso destacar a concepção de

> [...] a tecnologia deve ser compreendida como conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir essas duas dimensões (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES,2008, p.382).

Dessa forma, a tecnologia não deve ser compreendida só como sinônimo de equipamento tecnológico, mas como de novas estratégias de trabalho e promoção à saúde. Contribuindo na construção de novos dispositivos estratégicos, configurando-se como resultados das tecnologias do cuidado em saúde, efetivando ações estratégias de trabalho, ofertando novas possibilidades sobre às práticas em saúde.

No âmbito da saúde mental, são utilizadas as tecnologias leves do cuidado no tratamento do sofrimento psíquico, pautadas na perspectiva da singularidade do sujeito. Essa prática deve priorizar os dispositivos de acolhimento, vinculo, co-responsabilização e autonomia, que articulados contribuem na relação entre usuário e instituição, possibilitando novas práticas de cuidado em saúde mental.

Esses dispositivos estratégicos contribuem nas relações estabelecidas entre usuários e profissionais, sendo utilizados como práticas integrativas que visam o exercício da cidadania e a reabilitação psicossocial de pessoas em adoecimento psíquico. Mediante estas colocações, torna-se necessário refletir sobre os seguintes dispositivos estratégicos: acolhimento, vinculo, co-responsabilização e autonomia.

Nesse contexto, é importante considerarmos o acolhimento como o primeiro contato do usuário ao serviço, ou seja, a porta de entrada do serviço. Amarante ainda ressalta, que o atendimento as pessoas em sofrimento psíquico: “devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais (AMARANTE, 2007, p.69).

Nesse sentido, o acolhimento constitui-se como uma prática integrativa dos serviços de saúde, caracteriza-se como um momento fundamental no processo de acompanhamento e inserção ao serviço de saúde mental. Portanto, entende-se que

> O acolhimento como ato ou efeito de acolher implica, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um estar com e perto de, ou seja, uma atitude de inclusão. Por isso, é uma tecnologia do encontro, que implica afetar e ser afetado (LONDERO, 2010, p.21).

Para Brasil (2004, p.09):

> O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional especifico para fazê-lo,

> implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Assim, podemos observar que o acolhimento se torna significativo, pois implica como instrumento de reorganização dos processos de trabalho, mas também de ter uma postura ética profissional de acolher o outro, em sua singularidade. Não é apenas um receber bem, mas é prestar um atendimento humanizado, acolhedor, buscando trazer a resolutividade da demanda do usuário, pois o acolhimento permeia todo o processo de trabalho.

O acolhimento é transversal ao serviço de saúde, pois propicia uma mudança nos modos de cuidar, pautando-se em um cuidado integral ao usuário. Proporcionando a construção das relações de cuidado, que são estabelecidas entre usuário e profissional, assumindo assim o campo do cuidado em saúde mental. É preciso considerar que,

> Tal acolhimento se encadeia, por sua vez, com a oferta de um vínculo e a responsabilização por um cuidado. Abrir a porta não é apenas liberar a entrada e autorizar a permanência de cada um daqueles que chegam; trata-se de criar um lugar pelo qual se responde. Há que se delinear a direção de um tratamento, nunca a priori, e sim a partir daquilo que cada qual traz consigo. Afinal, descobrimos em cada problema a sua mais fértil possibilidade de solução, quando encontramos a maneira mais justa de formulá-lo (LOBOSQUE, 2007, p. 02).

Diante do exposto, podemos observar que o acolhimento é uma categoria central para construção de vínculos entre usuário e profissional, caracterizando uma nova perspectiva sobre o tratamento do sofrimento psíquico. Subsidiando, a integralidade no campo do cuidado em saúde mental, respeitando o usuário em sua singularidade, escutando suas necessidades, contribuindo no exercício da cidadania e reinserção social na sociedade.

O vínculo é constituído através do acolhimento, que permeia a relação entre usuários e profissionais, esse laço construído estabelece um efeito positivo pois contribui no processo terapêutico do usuário. Fazendo com que desperte no usuário, o compromisso de sempre participar ativamente das atividades que compõe o seu projeto terapêutico. Por isso, é importante consideramos

> O vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o cientifico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo. Ele favorece outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde (JORGE el at. 2008, p. 03).

Dessa forma, o vínculo pode proporcionar os sentimentos de confiança, respeito e amizade que podem contribuir para a eficácia do projeto terapêutico do usuário. São constituídos ao longo do processo terapêutico do usuário, estabelecendo uma relação de afeto entre o usuário e profissional do serviço, possibilitando a construção e o exercício da autonomia do usuário.

O vínculo é pautado no cuidado, um elo de confiança entre quem cuida e quem é cuidado, uma construção de laços afetivos que consistem na forma acolhedora que o profissional aborde o usuário, demonstrando uma preocupação e atenção integral, sendo utilizado através da escuta qualificada. Desenvolvendo a criação do compromisso de o usuário vir ao serviço e a co-responsabilidade no processo terapêutico. O vínculo surge em resultado da valorização da relação estabelecida entre usuário e profissional de saúde. Neste contexto, compreende-se que

> O estabelecimento do vínculo necessário com o usuário e favorável ao tratamento só é possível por meio da escuta que transcende questões superficiais e aparentes, e permite a quem escuta assumir uma conformação capaz de mergulhar na subjetividade e particularidade do modo que cada um manifesta seu sofrimento mental (MAYNART, et al.2014, p. 04).

Portanto, a escuta qualificada bem estruturada, traz benefícios para o usuário, ou seja, propicia a criação e manutenção de vínculos. Dessa forma, a escuta fortalece os laços de vínculo entre usuário e profissionais, então é importante deixar o usuário falar, respeitar e não atrapalhar, é uma necessidade de ele ser escutado. A partir dessa atenção, o usuário valoriza esse cuidado, e demonstra sentimentos de confiança, respeito e dependência, com isso é criado o vínculo entre o usuário e o profissional.

Nesta compreensão, o vínculo desenvolve uma co-responsabilização, que estabelece uma parceria constituída pela relação entre usuários, família e profissionais de saúde. Segundo (Jorge et al. 2008, p.06) essa parceria acontece

entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde para melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental.

Além disso, a co-responsabilização surge de uma responsabilização do processo terapêutico, onde os usuários, familiares e profissionais são responsáveis por estruturar toda a terapêutica, sendo rede de apoio e evidenciando um cuidado integral. Para isso,

> [...] A responsabilização deve ser mútua, ou seja, uma co-responsabilização entre terapeuta, usuário, serviço, família na tentativa de minimizar os efeitos deletérios da doença mental e estimular a capacidade do usuário para o enfrentamento de seus problemas. Isto, porém, com base nas suas condições sociais, econômicas, culturais e resgatando a sua cidadania, para a própria reinserção na sociedade (JORGE, et al, 2008, p.07).

Nesse sentido, essa relação de cuidado que é estabelecida entre os usuários, familiares e profissionais contribui na co-responsabilização dos sujeitos envolvidos, fortalecendo na manutenção do vínculo e o compromisso no projeto terapêutico. Assim, destaca-se que essa co-responsabilização subsidia efeitos positivos, pois caracteriza-se pela responsabilidade da pessoa em sofrimento psíquico fazer parte do projeto terapêutico, não sendo só uma relação entre familiares e profissionais do serviço.

Nessa relação, o acolhimento, o vínculo e a co-responsabilização formam um aspecto fundamental na construção da autonomia do usuário. De acordo com (Lisbôa,2014, p.07) possibilitam a construção da autonomia que ocorre na medida em que ambos conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, coprodução de si mesmo e do contexto. Sendo assim, é preciso ressaltar que

> A importância de elevar a autonomia dos usuários, ou seja, ampliar a capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia mede-se pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde-doença, de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (JORGE, et al. 2008, p. 07).

Diante ao exposto, é importante considerar que elevar a autonomia é resgatar a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, ofertando uma proposta de cuidado para que despertem nelas um sentimento de liberdade, buscando propiciar a autoestima, uma qualidade de vida melhor, tornando o usuário como ator principal nesse processo terapêutico.

Nesse sentido, é preciso desenvolver ações que visem a integralidade do usuário, sendo permeadas na relação entre usuário e profissional, trabalhando suas perspectivas, necessidades, medos e sonhos, pois contribuem no exercício da autonomia dos usuários, ofertando um cuidado integral que estimule a participação e reinserção social na sociedade.

Portanto, de modo geral as concepções e práticas de acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia, constituem-se como dispositivos estratégicos das tecnologias leves de cuidado em saúde mental. Favorecendo novas práticas de cuidado no cotidiano dos CAPS, contribuindo no tratamento terapêutico de pessoas com transtornos mentais.

## 2.3 O Acolhimento sob a ótica da manutenção e criação de vínculos

O acolhimento constitui-se um dispositivo estratégico em saúde mental, e é caracterizado por ser uma abordagem inicial, é o primeiro contato do usuário com o serviço. Dessa forma, nesse primeiro momento é necessário que os profissionais do CAPS, sejam receptivos, deem uma atenção aos usuários, porque são pessoas que estão em sofrimento psíquico. Então é fundamental essa interação para a criação e manutenção de vínculos entre usuários e profissionais do serviço.

Deste modo, é preciso destacar que a efetivação do acolhimento e do vínculo, é composto pela perspectiva do cuidado produzido pelo profissional com o usuário. Para entendermos o processo de construção desses dispositivos sob a esfera do cuidado, é importante considerarmos que

> O ato de cuidar é a alma dos serviços de saúde, pois o objeto da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção de saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se acredita ser possível atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar. Utilizam-se diferentes estratégias para produzir saúde, que vão desde o cuidado individualizado até o cuidado coletivo com grupos de usuários (KOERICH, 2006, p.05).

Nesse sentido, são utilizadas novas estratégias para fomentar a produção de saúde mental, o cuidado vem sendo caracterizado como uma ferramenta que pode ser utilizada na promoção de saúde mental. Mediante a essa relação de

cuidado, é possível construir um elo entre usuário e profissional, subsidiando novas estratégias de tratamento psíquico que são permeadas pelo acolhimento e pelo vínculo.

Assim, percebe-se que o acolhimento se torna necessário, como uma prática transversal ao serviço de saúde, por meio do acolhimento é possível garantir acesso ao serviço, reorganização dos processos de trabalho, e a criação de vínculos. No âmbito da saúde mental, o tratamento terapêutico do usuário em sofrimento psíquico, constitui a formulação de um compromisso do profissional com o usuário, pois carece de uma atenção maior ao sofrimento psíquico.

De acordo com Merhy (1994) o acolhimento poderia estabelecer relações de proximidade entre o profissional/usuário, onde a escuta deveria estar presente nesse processo. Portanto, o acolhimento surge a partir dessa aproximação entre o usuário e o profissional, que é construída respeitando a singularidade do usuário, ou seja, vai sendo construída pelo exercício da consideração, confiança e o respeito entre os dois indivíduos.

À medida que o profissional demonstra interesse e preocupação pelo usuário, ofertando um acolhimento efetivo, escutando suas necessidades, prestando um bom atendimento, impulsiona o processo de criação de vínculos entre usuário e profissional, sendo respaldada pela responsabilidade e compromisso. Assim, considerando a importância de

> Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (MERHY,1994, p.138).

A partir dessa afirmação, é possível considerarmos a criação de vínculos como uma relação de afeto, algo que é construído de forma gradativa, que desperta um sentimento de confiança do usuário poder se abrir com o profissional do serviço, ou seja, é uma troca social do usuário em sofrimento psíquico com o profissional, promovendo o acolhimento sob a ótica do vínculo.

Nessa compreensão, o acolhimento constrói-se pelo vínculo um elo, um laço que contribuirá no tratamento terapêutico do usuário, promovendo um sentimento de pertencimento há um lugar, fazendo com que o usuário possa retornar ao serviço, para ser atendido e participar do seu projeto terapêutico, sendo assim,

evidencia efeitos positivos dos dispositivos estratégicos que contribuem no sofrimento psíquico do usuário.

Considerando o acolhimento, sobre a perspectiva de manutenção de vínculos. Segundo (LISBÔA,2014, p.07) a formação do vínculo assume papel imprescindível para manutenção da escuta e da relação entre os sujeitos. É necessário lembrar que nenhuma pessoa se sente acolhida em um ambiente em que é mal recebida, deste modo, é preciso que o acolhimento se efetive para possibilitar um sentimento de manutenção do vínculo estabelecido tanto ao serviço quanto ao profissional de saúde.

Por outro lado, o acolhimento contribui na manutenção de vínculos, que são estabelecidos fora do serviço, ou seja, uma relação criada fora do serviço, e com isso, despertam a manutenção desse vínculo com o profissional no serviço. Prevalecendo um compromisso de participar ativamente das atividades desenvolvidas no cotidiano do CAPS, pois já mantém um vínculo com determinado profissional que trabalha no CAPS.

Até mesmo, quando houver alguma divergência do usuário ao serviço, o acolhimento poderá contribuir na manutenção do vínculo estabelecido pelo usuário com o profissional ou o serviço. Neste contexto, o acolhimento é visto sob o viés da manutenção do vínculo entre usuário e profissional, sendo instrumento eficaz na relação de cuidado em saúde mental. Portanto, faz-se necessário destacar que

> Corrobora-se a concepção teórica da ferramenta relacional do vínculo resultante da disposição de acolher uns e da decisão de buscar apoio em outros. Portanto, o vínculo se expressa pela circulação e por afetos entre pessoas. No trabalho em saúde, a vinculação é uma ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas em saúde mental [...] (JORGE, et al, 2008, p. 06).

Diante ao exposto, é notório a presença dos dispositivos estratégicos no trabalho em saúde mental, sendo fomentados pela perspectiva do acolhimento na criação e manutenção de vínculos no processo terapêutico, contribuindo no tratamento de usuários em sofrimento psíquico, visando fortalecer o exercício da autonomia e a reinserção social dos usuários na sociedade.

Pode-se dizer que o acolhimento fortalece a criação e manutenção de vínculos, pois essa relação estabelecida ultrapassa o serviço, o usuário x não será

mais o mesmo, passará a ser conhecido como usuário x acompanhado pelo CAPS. Sendo assim, o vínculo perpassa toda a terapêutica, proporcionando novas práticas de cuidado em saúde mental. Nesse sentido, o acolhimento e o vínculo, constituem-se uma rede de relações sociais, que estimulam a autonomia e cidadania desses usuários.

## 2.4 Reflexões sobre as limitações acerca do acolhimento e a efetivação desse dispositivo no campo da saúde mental

O acolhimento constitui-se como prática integrativa ao serviço de saúde, sendo compreendido como um dispositivo estratégico em saúde mental, pois propicia um atendimento humanizado, a reorganização do trabalho em saúde mental e criação de vínculos entre usuários e profissionais do serviço. Nesse sentido, o acolhimento contribui como uma nova prática de cuidado em saúde mental, proporcionando efeitos positivos no tratamento do sofrimento psíquico.

No entanto, é importante considerarmos algumas limitações acerca do acolhimento. Segundo (PENNA, et al.2014,02) ressalta que alguns desafios são encontrados como o acolhimento é realizado, redefinindo apenas como triagem para classificação de consultas e procedimentos específicos.

Sendo assim, o acolhimento é voltado para um viés tecnicista sendo considerado apenas como uma triagem do serviço. Ou seja, sendo considerado como um procedimento do serviço. Destarte, o acolhimento sob a ótica de triagem acaba imprimindo outro olhar sobre este dispositivo que

> Perde-se, portanto, a possibilidade de aproximação, construção de vínculo, cumplicidade, proposta de integralidade, acesso e escuta qualificada, tão necessários ao processo de cuidado, reduzindo o acolhimento a uma prática clínica de queixa-conduta, voltado para situações de emergência e urgência. Distancia-se o mesmo como um processo que pretende promover qualidade de vida por intermédio do sistema de saúde pública e representar a possibilidade de ampliação do acesso dos usuários a esses serviços (PENNA, et al, 2014, p. 03).

Nesta compreensão, o acolhimento sob a ótica da triagem, possibilita um distanciamento entre o usuário e o serviço, acaba sendo algo superficial e de imediato, imprimindo resultados negativos acerca do acolhimento e não se efetiva uma proposta dinâmica e de acolhida ao serviço de saúde. Prevalecendo uma visão tecnicista no serviço.

Vale salientar, a presença do acolhimento com classificação de risco, que é considerada uma limitação no serviço. Considerando essa afirmação, a partir da visão de (PENNA, et al. 2014, p. 03) “a prática do acolhimento torna-se simplesmente um procedimento que tem como objetivo classificar o indivíduo quanto ao risco clínico e categorizar os usuários por ordem de atendimento [...]”.

Deste modo, é preciso que o acolhimento se efetive sob seu significado real que é acolher. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, significa dar acolhida ou agasalho; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir; aceitar; tomar em consideração (FERREIRA, 1986, p.12).

Neste contexto, é necessário que o serviço de saúde, conte com uma equipe de profissionais qualificados, que estejam aptos para promoverem um acolhimento efetivo e de qualidade, proporcionando um diálogo aberto, escuta qualificada, que mantenham vínculos com os usuários, possibilitando mudanças no cotidiano dos serviços de saúde (PENNA, et al. 2014, p.02).

Conforme Beck e Minuzi (2008, p.02) o acolhimento não deve restringir-se aos limites do serviço de saúde, mas expandir suas fronteiras e configurar-se em uma prática na qual o usuário passa a ser sujeito central do processo assistencial.

Dessa forma, é pensar o acolhimento para além do âmbito da saúde mental, acolhendo o usuário em sua singularidade, promovendo a criação de vínculos entre usuários e profissionais do serviço, contribuindo em novos rearranjos no cuidado em saúde mental. Nesse sentido, é preciso que esse dispositivo se efetive para isso, faz-se necessário considerar que

> Para a efetivação do acolhimento exige-se uma postura adequada de escuta qualificada e conhecimento local e do serviço referenciado para os encaminhamentos que se fizerem necessário. O profissional deve estar ciente do caráter voltado para a responsabilidade e para resolutividade do caso em questão, pois isto engloba a base da proposta do acolhimento. Assim sendo, o acolhimento diz respeito à escuta de problemas do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema, ampliando

> assim a capacidade da equipe de melhor utilizar o potencial dos diversos integrantes da mesma (BRASIL, 2006).

Portanto, o acolhimento ao tornar-se efetivo, promove os subsídios necessários para promoção de saúde mental, que se objetiva pela escuta qualificada, favorecendo uma ligação de confiança de quem cuida e que é cuidado, desenvolvendo a criação de vínculos entre usuários e serviço, possibilitando um cuidado integral ao usuário e que contribui no processo de reorganização do trabalho em saúde mental.

Assim, pode-se dizer que o acolhimento se tornar uma ferramenta eficaz promovendo mudanças sob às práticas de promoção à saúde, como um todo e a saúde mental, em particular. Segundo a Política Nacional de Humanização:

> Acolher é reconhecer o que o outro traz como legitima 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 equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013, p.08).

Diante ao exposto, o acolhimento redimensiona os modos de promover saúde mental, efetivando um modelo de cuidado integral ao usuário, proporcionando novas práticas para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, causando um efeito significativo, pois resulta-se na relação do vínculo estabelecido entre usuário e profissional do serviço.

Segundo Rodrigues e Brognoli (2014, p. 01) um dos critérios para que o acolhimento se torne efetivo deve ser pautado no acesso, acompanhamento e na co-responsabilização, tendo em vista se há vínculo, não há transferência e nem cuidado singular. Sendo assim, o acolhimento em saúde mental torna-se efetivo pelo vínculo estabelecido entre o usuário e o profissional do serviço, subsidiando uma relação de cuidado e compromisso, contribuindo no tratamento do sofrimento psíquico, proporcionando novos caminhos de cuidado e promoção em saúde mental.

Nesse sentido, o acolhimento é um dispositivo de cuidado integral, que se efetiva no cotidiano dos CAPS. Tendo em vista, que é importante consideramos

> O acolhimento funcionado como um dispositivo capaz de (re)estruturar o cuidado integral em saúde mental, transpondo os conceitos de patologia e de diagnóstico da doença mental, ressaltando a subjetividade e a singularidade de cada indivíduo que é atendido no CAPS. Esse dispositivo de base relacional é compreendido no diálogo entre trabalhador de saúde e usuário/família, na escuta, no atendimento e na resolubilidade da problemática de saúde desses sujeitos transversalizando toda a terapêutica (JORGE, et al. 2008, p. 09).

Portanto, o acolhimento tem-se constituído no âmbito dos CAPS como um dispositivo estratégico de saúde mental, capaz reorganizar os processos de trabalho, efetivando um modelo terapêutico eficaz, respeitando o usuário em suas necessidades e em sua subjetividade, contribuindo no tratamento terapêutico do sofrimento psíquico de pessoas com transtornos mentais. Possibilitando a criação de vínculos entre usuários e serviço, e promovendo a reinserção social dos usuários na sociedade.

Em suma, o acolhimento sofre algumas limitações e desafios conforme sua aplicabilidade sendo considerado como triagem e classificação de risco nos serviços de saúde, é preciso democratizar à prática do acolhimento dando ênfase ao seu significado real, no qual efetiva-se pela escuta qualificada, acesso e o vínculo estabelecido.

# 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS COLETADOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I, SANTA LUZIA-PB

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Santa Luzia, foi criado pela Lei Provincial nº410, de 24 de novembro de 1871, ocorrendo a instalação em 27 de junho de 1872. Na ocasião, o presente município faz divisa com os municípios que compõem o Vale do Sabugi, (São Mamede, Várzea, São José do Sabugi e Junco do Seridó).

De acordo com dados do IBGE, o município de Santa Luzia tem uma população estimada em 15.426 habitantes, embora os dados elucidados no último censo (2010) apontam que existem 14.719 pessoas, no município de Santa Luzia (PB), tendo como densidade demográfica 32,30 hab/km².

Conforme a Portaria GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS tipo I, são serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, sendo necessário uma população mínima de 20.000 habitantes, no qual o município de Santa Luzia não detinha na época de implementação, sendo assim foi preciso realizar a pactuação com os municípios circunvizinhos do Vale do Sabugi.

O Centro de Atenção Psicossocial I Dr. Fernando Antônio de Araújo, fundado em 12.12.2011, localizado na Rua José Theodolo Fernandes, nº 81, centro, município de Santa Luzia-PB, situado no Vale do Sabugi. Este centro ganha nome em homenagem do Dr. Fernando Antônio de Araújo (Médico Psiquiatra), que esteve à frente na época da implementação. O CAPS foi criado pela falta de uma instituição mental no município, devido ao aumento de pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico. Esse serviço foi construído na gestão do Prefeito Ademir Morais (Partido Democratas) e da contribuição de Dilma Morais (secretaria de saúde), à época.

Conforme a Reforma Psiquiatra previu a superação do antigo modelo biomédico e hospitalocêntrico, possibilitou o surgimento dos CAPS, efetivando uma proposta de tratamento psíquico em ambiente abertos e comunitários estimulando o sentimento de liberdade dos usuários.

Esse dispositivo, denominado como CAPS, constitui-se enquanto um serviço de saúde ofertado pelo SUS, tem como objetivo prestar atendimento aos usuários

e seus familiares, de acordo com a subjetividade de cada usuário, viabilizando uma proposta de tratamento terapêutica para cada usuário. Proporcionando o exercício de cidadania e o fortalecimento de laços sociais e comunitários. Contribuindo assim na reinserção social dos usuários na sociedade (BRASIL,2004).

Considerando os objetivos da presente pesquisa, buscamos destacar a importância do acolhimento psicossocial para manutenção dos vínculos em um CAPS. Nesse sentido, realizamos observações no presente centro ao longo do ano de 2020, acerca de como era efetivado o acolhimento sob a ótica dos usuários do gênero masculino, tendo em vista que os usuários supracitados, fazem parte do time de futebol que existe em uma das oficinas terapêuticas do CAPS.

Para isso, realizamos entrevistas estruturadas com 15 (quinze) usuários, trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, com amostra aleatória simples, o estudo está pautado na técnica quali-quantitativo, no método de análise de conteúdo de Bardin (1979), utilizou-se para coleta de dados o instrumento questionário elaborado via *Google Forms.*

Sendo utilizada essa metodologia, como forma de prevenção a uma possível contaminação do SarsCov-2-Covid-19. Salientamos, que a pesquisa obedeceu a todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os decretos estaduais e municipais, com a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

O estágio supervisionado obrigatório no referido CAPS, promoveu a criação de vínculos com os usuários que são acompanhados pelo serviço. Possibilitando um acesso maior aos usuários. É importante destacar, a contribuição do assistente social (supervisor de campo), que participou da fase de coleta de dados, dando suporte quando necessário e a participação de um arte-educador do CAPS, auxiliando no contato com os usuários que se prontificaram em nos receber em seus domicílios e participar da pesquisa.

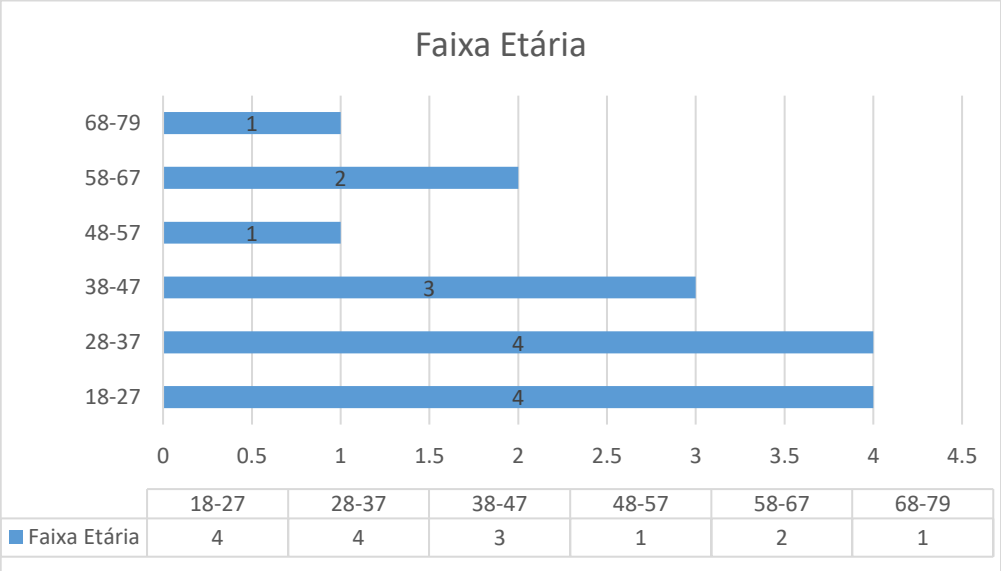
No início da coleta de dados, explicávamos aos usuários quais eram os propósitos da pesquisa, tendo como objetivo central analisar a percepção dos usuários acerca do acolhimento psicossocial na manutenção dos vínculos em um CAPS. Sendo assim, segue os resultados.

## 3.1 PERFIL DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES

Para realização da presente pesquisa, conforme já salientamos, realizamos entrevistas com 15 usuários do gênero masculino que são acompanhados pelo CAPS I Dr. Fernando Antônio de Araújo no município de Santa Luzia-PB.

Com relação a faixa etária dos nossos entrevistados, podemos observar no gráfico a baixo, que os usuários estão na maior parte na faixa etária entre 18 e 37 anos. A faixa etária é considerada um fator importante para análise, porque observamos que os entrevistados são na maior parte são adultos jovens. De acordo com (CRIVELATTI, et al.2007, p.07) a juventude é a fase predileta para a eclosão de muitos transtornos mentais.

**GRÁFICO 02- FAIXA ETÁRIA DOS ENTREVISTADOS**




Fonte Primária – Pesquisa de Campo, CAPS I Santa Luzia-PB, 2021.

Nesse sentido, o surgimento do sofrimento psíquico pode ser desencadeado na adolescência, fase marcada pela construção da identidade e pelas transformações fisiológicas, psicológicas e emocionais, que desencadeiam o estimulo de sentimentos, criação de expectativas que resultam em insegurança, confusão e exclusão. Possibilitando o surgimento de transtornos mentais na juventude, demonstrando-se pessoas frágeis, solitários e excluídos (CRIVELATTI, et al.2006, p.07).

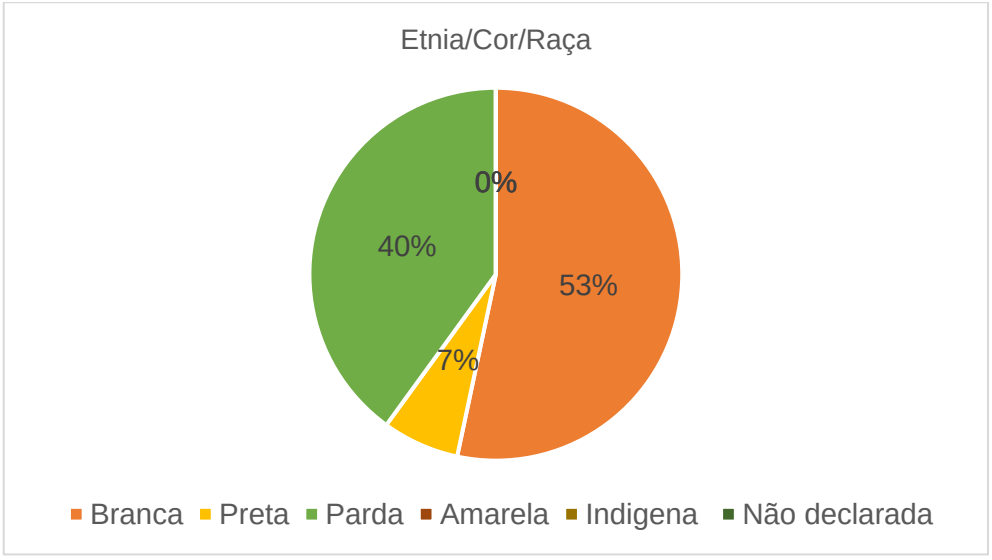
Desse modo, o sofrimento psíquico poderá surgir em qualquer faixa etária da vida, mas que na juventude como a autora destaca é uma fase predileta para o aparecimento de transtornos mentais, que resultam em ansiedade, depressão e álcool e outras drogas (BENETTI, et al.2007, p.02). É preciso que o sofrimento psíquico seja considerado como uma condição única, singular, inerente ao usuário, e não como uma doença, independentemente de sua faixa etária.

De acordo com Rosa (2003 apud Santin; Klafke, 2011, p. 152) o impacto que a doença mental provoca na família está diretamente relacionado à posição que o portador de sofrimento psíquico ocupa na estrutura familiar.

Conforme o que a autora sinaliza, com base nos entrevistados na maior parte são jovens, esse impacto será maior, pois existe um cuidado e uma atenção maior dos pais para com seus filhos que são adultos jovens, a família é afetada de forma diferente. Ou seja, encarece de uma relação de dependência. Proporcionando sentimentos de confiança de quem cuida e quem é cuidado.

Em relação a cor, raça e etnia, podemos observar no gráfico abaixo, que predominam entre os entrevistados da pesquisa as pessoas de cor branca. Tendo em vista, que esse perfil sofreu mudanças em sua gênese, porque anteriormente predominavam a população negra nas instituições de saúde mental.

**GRÁFICO 03- PERCENTUAL DE ETNIA/COR/RAÇA**




Fonte Primária- Pesquisa de Campo, CAPS I, Santa Luzia-PB, 2021.

Como visto no “Documentário do Holocausto Brasileiro” (ARBEX, 2013), expõe o modelo hospitalocêntrico de práticas desumanas que era utilizado como

forma de tratar a loucura naquela época. No que tange o perfil das vítimas retratadas no filme, destacam-se os negros em maior número de pessoas, vítimas do holocausto brasileiro. As atrocidades da vida manicomial também se expressam no livro “O Cemitério dos Vivos”, no qual o autor destaca que o manicômio é marcado pela predominância da cor negra.

> Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento (BOSI, 2017, p. 26).

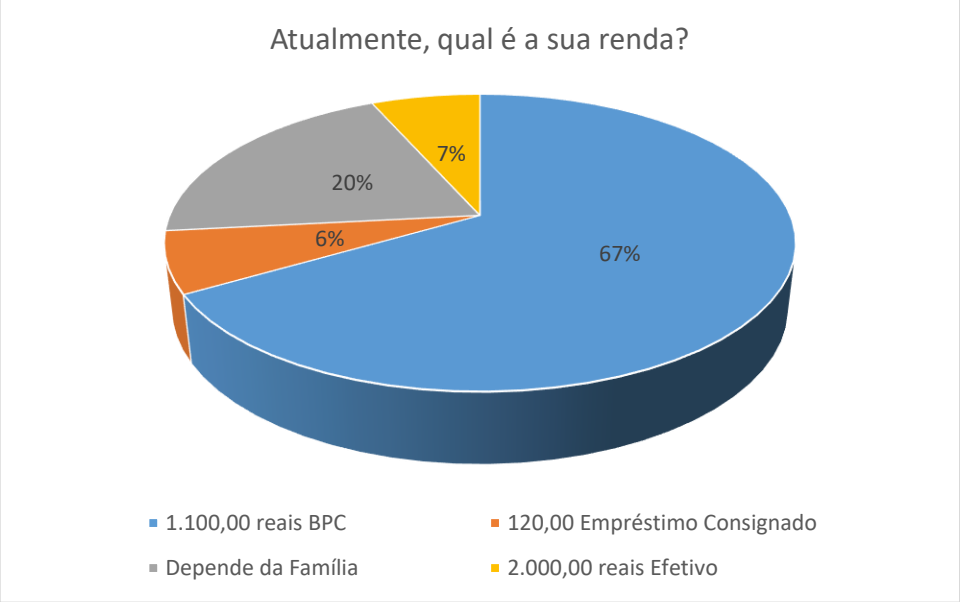
Portanto, podemos observar a notória a segregação do perfil do negro nas instituições de saúde mental. Conforme os dados da pesquisa, com relação ao percentual de cor/raça/etnia, temos uma mudança no perfil dos usuários que são atendidos nos CAPS. Dentre os entrevistados 53% branca, 40% parda e 7% negra.

Pode-se dizer assim, que os dados apontam uma nova realidade das pessoas atendidas pelos CAPS de certa forma positiva, pois no que concerne ao perfil do público alvo atendido pelos CAPS predominavam as pessoas negras.

Esse debate de cor, raça, e etnia marca a construção histórica do Brasil, e um fator importante que é preciso considerar que as pessoas brancas sempre tiveram mais privilégios que os negros. Sendo assim, a pesquisa evidencia-se o aumento de pessoas brancas que estão em sofrimento psíquico, sendo considerada a população que é majoritariamente atendida no CAPS I de Santa Luzia.

Com relação ao perfil socioeconômico, indagamos sobre renda e benefícios das pessoas entrevistados na atualidade, ao passo em que responderam, demostrando ótimos resultados, conforme ver-se no gráfico abaixo, sendo assim descritos: 67% tem renda mensal no valor de 1.100,00 reais, renda do Benefício de Prestação Continuada (BPC), 20% alegam serem dependentes da família, 7% tem renda mensal no valor de 2.000,00 reais efetivos, e 6% recebem 120,00 reais pois tem empréstimo consignado, um fator importante que podemos destacar é que os beneficiários são vítimas dos bancos que tem uma facilidade de ofertar empréstimos no cartão do benefício e a família também pode contribuir nesse sentido, como agente conivente para a realização dos empréstimos. Vejam-se:

**GRÁFICO 04 - RENDA DOS ENTREVISTADOS**




Fonte Primária- Pesquisa de Campo, CAPS I, Santa Luzia-PB, 2021.

Nesta compreensão, podemos observar que maior parte dos entrevistados recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que foi instituído pela Constituição Federal de 1988, através da Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1933, Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), um benefício assistencial que tem como objetivo a garantia de um salário mínimo mensal, à pessoa com deficiência e idosos acima de 65 anos (BRASIL,1993).

Segundo (SANTIN; KLAFKE, 2011, p.153) quando a pessoa com sofrimento psíquico recebe algum tipo de benefício, família fica um pouco mais aliviada pelo lado financeiro, porém podem surgir problemas em torno da administração do dinheiro. É importante destacar os efeitos positivos do BPC, esse benefício promove subsídios necessários para o provimento dos cuidados com o usuário, reconhecendo-se como uma pessoa de direitos e não que detém um cartão.

Então é preciso que esse salário, seja direcionado para as despesas do usuário beneficiado. Custeando a alimentação, medicamentos, vestimentas, etc. Constituindo-se como uma estratégia para melhorar a qualidade de vida e a promoção do cuidado em saúde mental, de modo a promover o fortalecimento da autonomia e cidadania desses usuários em sofrimento psíquico.

No entanto, percebe-se que as dificuldades de renda das famílias brasileiras, na atualidade, inviabilizam que o benefício seja usado exclusivamente pelo detentor do benefício, constituindo-se por assim dizer, como uma renda que cobre toda a despesas de seus familiares.

Como visto, percebe-se que os entrevistados, em maior parte maior parte são pessoas jovens, do gênero masculino que apresentaram algum sofrimento psíquico, onde majoritariamente são de cor branca, evidenciando a mudança de um perfil de pessoas atendidas nos serviços de saúde mental, e, tem como renda atual a quantia de um salário mínimo mensal, para o provimento de suas necessidades básicas.

Dando continuidade à análise, e com base nas entrevistas realizadas junto aos 15 usuários, a partir de agora, passaremos a visualizar os elementos centrais da pesquisa, dando ênfase ao que se constitui enquanto acolhimento sendo, nesse momento apresentados em dois eixos analíticos, quais sejam: 1. Percepção dos usuários acerca do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia; 2. Êxitos e desafios da implementação do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia.

## 3.2 Percepção dos usuários acerca do acolhimento no CAPS I, em Santa Luzia-PB

No que tange a percepção dos entrevistados acerca do acolhimento no CAPS. O acolhimento constitui-se como o primeiro contato do usuário ao serviço, então questionamos aos entrevistados, como foi a primeira vez no CAPS. A partir de alguns dados podemos observar como o acolhimento efetiva-se neste primeiro momento.

> Vim pro CAPS com minha família, porque eu precisava de ajuda com meu problema. Eu gostei muito, bem recebido e foi tudo muito bom. Senti feliz, alegre, como se tivesse em casa (Entrevistado 01).

> Foi muito boa, eu fui com minha família, quem me atendeu foi o médico, eu me senti muito bem, porque no CAPS não prende ninguém, aqui é muito bom, não preciso ficar com medo de ninguém. Esse canto aqui, é igual uma família pra nós usuários (Entrevistado 02).

> Eu fui com minha mãe, porque eu tenho depressão, quem me atendeu foi a psicóloga, senti acolhido, a equipe do CAPS me tratou super bem (Entrevistado 08).

Nas falas elucidadas acima, podemos observar que nesse primeiro contato do entrevistado ao serviço, efetiva-se um acolhimento pautado na garantia do acesso ao serviço de saúde mental, imprimindo sentimentos de felicidade, proteção, liberdade. Portanto, o acolhimento constitui-se como uma prática integrativa ao serviço.

É de suma importância o acolhimento dos profissionais do serviço para com os entrevistados, proporcionando um ambiente acolhedor e confortável, para que possa despertar nos entrevistados sentimentos de confiança e compromisso com o tratamento terapêutico.

Nesse sentindo, o acolhimento é a porta de entrada do serviço de saúde, podendo contribuir no tratamento do sofrimento psíquico, expressando efeitos positivos nesse processo, pois desencadeiam a criação de vínculos entre entrevistado e o profissional do serviço.

Segundo (Jorge, et al.2008, p. 04) o acolhimento é estabelecido por meio de um atendimento de qualidade, de um tratamento pautado no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento de um elo de confiança e amizade entre usuários e trabalhadores de saúde. Na entrevista abaixo, podemos observar essa relação, quando perguntamos aos entrevistados porque eles gostam de ir ao CAPS.

> Acho muito bom ir pro CAPS, porque aqui eu tenho amigos, as pessoas me respeitam (Entrevistado 01).

> Eu amo vir pro CAPS, porque o povo me trata bem e tem povo que trabalha aqui recebe agente com amor (Entrevistado 04).

> Eu gosto de vir ao CAPS, porque oferece um atendimento estruturado, com pessoas que me escutam, me entendem, aqui tenho mais privacidade de me expressar é algo que eu não tenho em casa, e pela amizade que tenho com profissionais que trabalham aqui (Entrevistado 15).

Nos depoimentos acima observamos, a eficácia do acolhimento enquanto dispositivo estratégico em saúde mental, que contribui na construção de vínculos entre os entrevistados e o profissional do serviço, proporcionando uma mudança nos processos de reorganização do trabalho em saúde mental. Conforme, Lima et

al (2007) destaca que é preciso estabelecer desde o início, uma relação de troca e confiabilidade por meio da empatia, disponibilidade, de modo a lidar com as subjetividades, as expectativas e sentimentos dos usuários.

Nesta compreensão, os entrevistados em sofrimento psíquico, carecem de atenção maior, escuta qualificada e diálogo. Através do acolhimento, poderá contribuir nessa relação entre quem cuida e quem é cuidado. Promovendo sentimentos de amizade, confiança e respeito.

É preciso que esse acolhimento seja efetivo, prevalecendo o respeito como o próprio entrevistado afirma, ou seja, que o acolhimento seja mais que um receber bem, mas como uma postura ética do profissional, respeitando a singularidade e as necessidades dos entrevistados. Nesse sentido, constrói-se vínculos afetivos e sociais. Coelho e Jorge (2009) afirma que o vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores e usuários.

Conforme, o depoimento do entrevistado afirma que no CAPS eu tenho privacidade de me expressar, é algo que não tenho em casa. Observamos que o CAPS oferece esse suporte, uma atenção integral ao entrevistado, ou seja, podemos perceber a importância do CAPS no tratamento do sofrimento psíquico, resultando efeitos positivos acerca do trabalho em saúde mental.

Ao serem indagados sobre como é a chegada no CAPS, como os entrevistados são acolhidos pelo serviço. Consideramos algumas falas para análise do acolhimento.

> Eu sou sempre bem recebido, sou acolhido pelos profissionais do CAPS, é um ótimo acolhimento, sempre me recebem com atenção, eles têm uma consideração por mim (Entrevistado 15).
>
> Sou bem recebido, eles se importam com a pessoa, escuta, é uma amizade forte (Entrevistado 09).
>
> Sou bem recebido pelas pessoas que trabalha no CAPS, ninguém me olha com indiferença eles têm consideração por mim [...] (Entrevista 08).
>
> Os profissionais do CAPS, recebem muito bem, procuram acolher o usuário, perguntando pela saúde, tendo uma atenção maior (Entrevistado 14).

> O povo que trabalha no CAPS recebe nós com muito amor e carinho, pessoas que se importa comigo, são mesmo que uma família pra mim (Entrevistado 13).

Podemos observar nas falas dos entrevistados, que os profissionais do CAPS, promovendo um acolhimento efetivo, no qual constitui-se pela prática de uma atenção integral ao entrevistado, ofertando um atendimento humanizado, escutando suas necessidades, sendo suporte do entrevistado no tratamento terapêutico.

Segundo (Cortez et al, 2013, p.02) o acolhimento proporciona o encontro do usuário e profissional no relacionamento interpessoal e formação de vínculo, desencadeia a escuta e a empatia, se constitui em possibilidade e universalização do acesso e qualificação das relações. Deste modo, imprimindo efeitos positivos acerca da efetivação do acolhimento psicossocial enquanto uma estratégia de trabalho em saúde mental.

Com relação ao acolhimento nos depoimentos elucidados acima, percebe-se os resultados de um acolhimento eficaz, que proporcionam sentimentos de consideração e atenção é algo nítido que os entrevistados em sofrimento psíquico buscam, alguém que escute suas necessidade e perspectivas. O ato de acolher, receber, respeitar o entrevistado, estimula um elo de confiança e amizade, tornando o entrevistado alguém importante e querido.

Portanto, é preciso que esse acolhimento seja diário, sendo pautado sob a ótica de garantia do acesso ao serviço, escuta qualificada, e promovendo a criação e manutenção dos vínculos. Segundo (LISBÔA et al.2014, p. 06) o acolhimento é, portanto, um processo continuo, e não apenas a etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços.

Como destaca a autora, precisamos entender que para constituir-se o acolhimento, é algo gradativo, que vai sendo construído pelas relações de cuidado entre entrevistado e profissional. Também destacamos na pesquisa, a relação de confiança que é estabelecida por meio do acolhimento, quando perguntamos aos entrevistados se eles confiavam na equipe do CAPS. Como podemos observar nas entrevistas abaixo:

> Confio sim, porque me tratam com respeito (Entrevistado 07).

> Confio, porque são pessoas que me entendem e me ajudam nesse processo (Entrevistado 14).
>
> Confio, porque eles não vão me julgar [...] (Entrevistado 09).

Na fala dos entrevistados acima, observamos que por meio do acolhimento possibilita relações de confiança entre os entrevistados e os profissionais do CAPS. Considerando a fala do entrevistado, podemos observar um efeito positivo quanto a confiança do entrevistado perante o profissional, em saber que o profissional não irá julgá-lo. Sendo um fator importante, a considerar essa afirmação, porque através do acolhimento é estabelecido um compromisso ético do profissional com o tratamento psíquico do entrevistado.

Esse depoimento, sinaliza a importância do acolhimento na construção de vínculos, estabelecendo sentimentos de confiança entre entrevistados e profissionais do serviço. Segundo (SCHIMITH et al, 2011) ressalta que a existência de confiança na relação entre profissional-usuário é fundamental, visto que o reconhecimento do respeito, atenção e afeto favorece a credibilidade e o vínculo, melhorando na adesão ao tratamento [...]. Portanto, apresentados elementos sobre a percepção dos usuários acerca do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia, prosseguiremos agora aos êxitos e desafios da implementação do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia.

## 3.3 Êxitos e desafios da implementação do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia PB

Com relação aos êxitos da implementação do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia, todos os entrevistados sinalizaram satisfação no acolhimento, não obstante, é preciso destacar algumas falas acerca do acolhimento.

> Quando chego no CAPS, sinto importante, os profissionais do CAPS são atenciosos com os usuários, me escutaram, é muito bom (Entrevistado 10).
>
> Sou bem recebido, o povo que trabalha no CAPS se preocupa com eu, pergunta se eu tô bom, me olha sorrindo (Entrevistado 11).

> Eu sou bem acolhido, perguntam pela minha saúde, ele se importa comigo, gostam muito de mim (Entrevistado 12).

Nas entrevistas acima, visualizamos efeitos positivos sobre o acolhimento implementado no CAPS I de Santa Luzia, sendo efetivo e proporcionando atenção, escuta, diálogo e vínculos. Nesse sentido, implementar o acolhimento em um serviço de saúde mental, é propiciar melhoria e qualidade de vidas no tratamento do sofrimento psíquico dos entrevistados.

Promovendo subsídios necessários, que contribuam nesse processo. Dessa forma, ofertar uma saúde mental eficaz que preconiza o bem-estar e a liberdade do entrevistado, efetivando esse tratamento terapêutico na sociedade, estabelecendo vínculos sociais e comunitários, com isso é importante destacar que essas estratégias de trabalho em saúde mental, viabiliza um modelo de tratamento psíquico que a reforma psiquiátrica defendia.

Um dos entrevistados destacou que quando chega ao serviço, a equipe do CAPS olha para ele sorrindo. Considerando essa fala, podemos observar o efeito positivo que o CAPS tem na vida dos entrevistados, ou seja, percebe-se a necessidade de atenção e carinho, que muitas vezes não encontra no próprio seio familiar e na sociedade. E acaba encontrando na equipe do CAPS, porque são profissionais que lhe escutam, respeitam em sua singularidade, o efeito que o sofrimento psíquico imprimi, é essa necessidade de escuta, atenção e diálogo.

Nesse sentido, é importante destacar a importância do CAPS, no auxílio aos entrevistados. Observamos o depoimento abaixo:

> O CAPS oferece um acompanhamento eficaz, porque aqui eu sou ouvido e tenho meu lugar de fala, isso me ajuda muito, porque eu consigo me abrir mais, antes eu era muito fechado (Entrevistado 15).

Portanto, observando esse depoimento percebemos a contribuição que o CAPS oferta nesse processo, efetivando subsídios necessários para o tratamento terapêutico. Como o entrevistado afirma que eu sou ouvido e tenho meu lugar de fala. Nesta compreensão, o CAPS proporciona espaços de escuta e diálogo, que são perspectivas de grande relevância para o entrevistado que deseja em sua vida e em seu cotidiano.

Scheibel e Ferreira (2011, p.15) sinalizam o acolhimento como espaço de escuta indica que esse, como um conceito-ferramenta, tem potência de produzir efeitos terapêuticos em sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico e que o ato de acolher torna-se um ato de cuidado.

Ao observarmos os dados da pesquisa, podemos ver os êxitos na implementação do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia, que constitui-se por um acolhimento efetivo, no qual objetiva-se ato de acolher, escutar, respeitar os entrevistados de forma humanizada, proporcionando efeitos positivos no tratamento do sofrimento psíquico, por meio da criação e manutenção dos vínculos entre entrevistados e profissionais do serviço.

Com relação aos desafios para implementação do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia, podemos destacar uma fala dentre os 15 entrevistados, que sinalizou um desafio encontrado para implementar-se um acolhimento eficaz.

> Para falar a verdade, eu não gosto de ir pro CAPS, **desde a primeira vez que fui**, que um médico uma vez me disse: tá vendo essa mulher bonita aí, ela vai terminar deixando você por um cabra novo e fiquei com isso na cabeça, eu fiquei com medo de perder a minha esposa, ele foi muito ignorante comigo. Eu só vou no CAPS, pro médico porque não é mais ele e por causa da medicação que eu tomo (Entrevistado 07, grifos nossos).

Considerando a fala do entrevistado, conforme já destacamos o acolhimento dar-se no primeiro contato do entrevistado com o serviço. Podemos observar que o tipo de acolhimento que foi utilizado com o entrevistado neste primeiro contato, acaba fragilizando a relação entre o profissional e o entrevistado, comprometendo toda a terapêutica.

Espera-se que no primeiro contato com o serviço, oferte-se um acolhimento efetivo no qual propicie um atendimento humanizado que possa contribuir na melhoria e qualidade de vida do entrevistado em sofrimento psíquico. De modo que o profissional entenda o sofrimento e as necessidades do entrevistado, e ninguém quer ouvir esse tipo de resposta. Essa atitude, fere a ética profissional e os princípios do SUS. Pois expressa, o preconceito contra o entrevistado com transtorno mental, atuando sob a antiga ótica biomédica.

Deste modo, torna-se um desafio para implementar-se um dispositivo, que é pautado no ato de acolher, escutar e respeitar o entrevistado em sua singularidade,

com um posicionamento antiético desse. Conforme (MAYNART et al, 2014) a não realização de uma escuta qualificada no acolhimento a um sujeito em sofrimento psíquico é capaz de reproduzir insatisfação no usuário e gerando sentimentos negativos em relação ao profissional e à instituição [...].

Nesse sentido, acaba criando barreiras acerca daquela situação, que reflete diretamente no tratamento terapêutico, afetando junto à perspectiva do agravamento do sofrimento mental, aumentando os riscos e vulnerabilidades do quadro. De acordo com (PENNA et al.2014, p. 03) o grande desafio do acolhimento está relacionado à sua não aplicabilidade.

Com isso observamos que para implementar-se um acolhimento efetivo, é preciso superar os desafios presentes no cotidiano dos serviços de saúde mental, objetivando-se como uma proposta de reorganização das práticas desenvolvidas. De modo, que promova mudanças significativas acerca da implementação do acolhimento, subsidiando efeitos positivos no tratamento do sofrimento psíquico.

# 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, teve-se como objetivo central a importância do acolhimento psicossocial para manutenção dos vínculos em um centro de atenção psicossocial. Ressaltou-se que o acolhimento psicossocial se constitui como um dispositivo estratégico de cuidado em saúde mental, que integra as novas práticas do cotidiano dos CAPS, fazendo parte das tecnologias leves do cuidado.

É possível observar a contribuição que este dispositivo oferta, no tratamento do sofrimento psíquico de pessoas com transtornos mentais. De modo, que possibilita benefícios e efeitos positivos no processo de trabalho em saúde mental. Através do acolhimento proporciona-se transformações na reorganização do trabalho, promovendo mudanças sob às práticas desenvolvidas no serviço.

O acolhimento atua sob a esfera da escuta, respeito, diálogo, é preciso constituir-se ambientes acolhedores que promovam sentimentos de confiança, compromisso e respeito. Na saúde mental, o acolhimento efetiva-se como uma prática integrativa do entrevistado ao serviço, possibilitando um atendimento humanizado e a criação de vínculos.

Um elemento que nossa pesquisa destacou foi a importância do acolhimento sob à ótica de criação e manutenção dos vínculos entre entrevistados e os profissionais do serviço, possibilitando a construção de uma relação de confiança e amizade entre quem cuida e quem é cuidado. Despertando nos entrevistados sentimentos de compromisso e pertencimento ao serviço contribuindo no seu tratamento terapêutico.

Outro elemento que podemos destacar que o acolhimento se efetiva pela escuta qualificada, escutar as necessidades do entrevistado, respeitando em sua singularidade. É uma necessidade de o entrevistado ter atenção e escuta, estabelecendo um cuidado integral. Desse modo, a relação terapêutica construída é marcada pela dor e o sofrimento psíquico do entrevistado com o profissional do serviço. Nesse sentido, o acolhimento é uma postura ética, é ofertar o ato de acolher, escutar e respeitar o entrevistado.

No que tange a percepção dos entrevistados acerca do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia, todos avaliam que são recebidos muito bem no serviço,

evidenciando que existe um acolhimento efetivo dos profissionais com os entrevistados. Sendo um dispositivo que contribui na relação de criação e manutenção dos vínculos entre entrevistados e profissionais. Como também no exercício da autonomia e na co-responsabilização do tratamento psíquico.

Portanto, o acolhimento é transversal ao serviço de saúde mental, pois perpassa toda a terapêutica, contribui de forma significativa na efetivação de um modelo de saúde mental eficaz, proporcionando o acesso do entrevistado ao serviço, provocando transformações na reorganização dos processos de trabalho e na construção de vínculos entre entrevistado e profissional do serviço, reestruturando às práticas de cuidado em saúde mental.

Ao final da análise dos dados, podemos observar a importância do acolhimento em um centro de atenção psicossocial, no qual este dispositivo elucida uma nova prática de promoção à saúde mental, que pertence às tecnologias leves de cuidado em saúde mental. Por fim, o presente trabalho destacou a importância de refletirmos sobre o papel do acolhimento psicossocial na efetivação e promoção de saúde mental.

## 5 REFERÊNCIAS


AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida:** A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz,1995.

AMARANTE, Paulo. **Loucura, cultura e subjetividade**: Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica In. FLEURY, Sonia (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. – São Paulo: Lemos editorial, 1997.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1.ed- São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BECK, Carmen Lúcia Colomé; MINUZI, Daniele. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica**. Revista do Centro de Ciências da Saúde, Santa Maria, v.34. n1-2, p.37-43, 2008. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/6496. Acesso em: 25 de maio de 2021.

BENETTI, Silvia Pereira da Cruz; RAMIRES, Vera Regina Rohnelt; SCHNEIDER, Ana Claúdia. et al. **Adolescência e saúde mental**: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/02.pdf. Acesso em: 24 de maio de 2021.

BOSI, A. Prefácio. In: MASSI, A; MOURA, M.M. Lima Barreto. **Diário do Hospício e o Cemitério dos Vivos**. 1. reimpr. São Paulo: Companhia das Letras,2017.

BRASIL, Lei nº8.742. Lei Orgânica de Assistencial Social (**LOAS**). Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

BRASIL, **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, 6 de abril de 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. Ed. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional da Humanização**: PNH.1ª.ed. Brasilia,2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro**. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Diário da União. Brasília, 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011.** Estabelece novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Diário da União. Brasília, 23 de dezembro, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília,2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde/ **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política de Humanização**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Secretaria de Estado da Saúde. Gerencia Executiva de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental –SES/PB. **Relatório de Monitoramento dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Paraíba em 2018.2**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde,2020.

COELHO MO, JORGE MSB. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo**. Ciên Saúde. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf. Acesso em:03 de junho de 2021.

CORTEZ, Eduardo Nogueira; SILVEIRA, Edilene Aparecida Araújo; SILVA, Mariana Moreira; et al. **O Acolhimento dos Portadores de Sofrimento Mental da Estratégia de Saúde da Família**. Revista Conexão Ciência, vol.11, nº2, Minas Gerais, 2016.

CRIVELATTI, Maria Monique Barreto; DURMAN, Solânia; HOFSTATTER, Lili Marlene. **Sofrimento Psíquico na Adolescência**. Contexto Enferm, Florianópolis, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/DMKkPMJLybpxSkX9TJ8PVyy/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 24 de maio de 2021.

FERREIRA, A. B. DE H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira,1986.

IBGE. Cidades-**SANTA LUZIA**. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/santaluzia. Acesso em: 24 de maio de 2021.

JORGE, Maria; PINTO, Diego; QUINDERÉ, Paulo; PINTO, Antônio; SOUSA, Fernando; CAVALCANTE, Cinthia. **Promoção da Saúde Mental- Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia**. Ciência & Saúde Coletiva. Ceará, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf. Acesso em 08 de outubro de 2020.

LEITE, Juliana; MAIA, Carmen; SENA, Roseni. **Acolhimento: Perspectiva de Reorganização da Assistência em Enfermagem**. R. Bras. Enferm, Brasília. V.52, n.2, p 161-168, abr/jun. 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a02.pdf. Acesso em 22 de novembro de 2020.

LIMA, O. B. Vanessa; NETO B. C. Jofre. **Reforma psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil: Resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Fortaleza,2009. Disponível em: https://www.uni7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/REFORMA_PSIQUIATRICA_E_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE_MENTAL_NO_BRASIL.pdf. Acesso em: 03 de junho de 2021.

LISBÔA, Gabrielle Leite Pacheco; BRÊDA, Mércia Zeviani; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos. **Concepções e práticas de acolhimento aos familiares na atenção psicossocial em álcool e outras drogas**. Rev. Rene, Alagoas,2014.

LOBOSQUE, A.M. **CAPS: laços sociais**. Mental.2007, vol.5, n.8, pp.53-60.

LONDERO, S. **Reinventando o acolhimento em um serviço de saúde mental**. 2010.87p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre:2010.

LOPES, Adriana; VILAR, Rosana; Melo, Ricardo; FRANÇA, Raiane; O **Acolhimento na Atenção Básica em Saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563. Acesso em 19 de novembro de 2020.

MAYNART, Willams Henrique da Costa; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos; BRÊDA, Mércia Zeviani, et al. **A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial**. R. Acta Paul Enferm, Alagoas,2014.

MENDANHA, Sabrina Cristina Araújo. **Capacitação para a Prática do Acolhimento da Equipe de Saúde da Família Cabanas 03, Mariana-MG**. Nescon Medicina UFMG, Minas Gerais, 2014. Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Capacita%C3%A7ao_pratica_acolhimento.pdf. Acesso em 16 de novembro de 2020.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em 22 de novembro de 2020.

PENNA, Claúdia Maria de Mattos; FARIA, Roberta Souto Rocha; REZENDE, Gabrielli Pinho. **Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?** Revista Mineira de Enfermagem-REME, Minas Gerais,2014. Disponível em: https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965. Acesso em 19 de maio de 2021.

RATTO, Lilian Ribeiro Caldas. **Prevalência de Comorbidade Entre Transtornos Mentais Graves e Transtornos Devido ao Uso de Substancias Psicoativas em São Paulo, Brasil**. 2000. 83f. Dissertação – Faculdade de Medicina de São Paulo (USP), 2000. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02072004-163541/publico/tese.pdf. Acesso em 27 de março de 2021.

RODRIGUES, Jeferson; BROGNOLI, Felipe Faria. **Acolhimento no Serviço de Atenção Psicossocial**. Cadernos de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, 2014.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A Família e o Cuidado em Saúde Mental**. Revista Barbarói, Santa Cruz do Sul, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf. Acesso em: 24 de maio de 2021.

SCHEIBEL, Aline; FERREIRA, Lígia H. **Acolhimento no CAPS: Reflexões Acerca da Assistência em Saúde Mental**. Revista Baiana de Saúde Pública, Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/266. Acesso em 08 de outubro de 2020.

SCHIMITH MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budo MLD. **Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas de saúde**. Trab. Educ. Saúde. 2011;9(3);479-503.

SCHRAIBER, L.B; MOTA, A; NOVAES, H.M.D. **Tecnologias em Saúde**. In. PEREIRA, I, B. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. ver/ampl. Rio de Janeiro: EPSJU,2008.

SPDM. **Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira**. Disponível em: https://www.spdm.org.br/onde-estamos/ambulatórios-e-centros/centro-de-atencao-psicossocial-prof-luis-darocha-cerqueira.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (Org). **Saúde Mental e Serviço Social**: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed. Cortez: São Paulo,2010.

**APÊNDICE A- ROTEIRO UTILIZADO NAS ENTREVISTAS**

Questionário nº: _____

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**TÍTULO DO PROJETO:** A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL PARA MANUTENÇÃO DOS VÍNCULOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisador Responsável: Carmen Silva Alves

Pesquisador Assistente: Pedro Paulino Torres Neto

**PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS DO GÊNERO MASCULINO**

**PERFIL DEMOGRÁFICO:**

Qual é a sua idade? _____ou data de nascimento ____/____/_____

**Estado Civil:**

[ ] Solteiro [ ] Casado [ ] Viúvo [ ] Divorciado [ ] outro

**ETNIA/COR/RAÇA:**

[ ] Branca [ ] Preta [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena [ ] Não declarada

**ESCOLARIDADE:**

[ ] Não alfabetizado [ ] Fundamental Incompleto [ ] Fundamental Completo [ ] Ensino Médio Incompleto

[ ] Ensino Médio Completo [ ] Superior Completo [ ] Superior Incompleto

**CONDIÇÕES DE DOMICÍLIO:**

[ ] reside sozinho em casa própria; [ ] reside sozinho em casa alugada; [ ] reside sozinho em casa cedida por terceiros; [ ] reside com familiares em casa própria ____ pessoas ao todo; [ ] reside com familiares em casa alugada____ pessoas ao todo; [ ] reside com familiares em casa cedida por terceiros ____ pessoas ao todo; [ ] outros, quais? _____

1. Quantas vezes o Sr. costuma ir ao CAPS? _____vezes por mês _____vezes por semana

2. O Sr. acha bom ir ao CAPS? Porque? _____
3. Conte um pouco como foi sua primeira vez no CAPS. (você vai tentar contemplar essas questões com quem foi? Porque foi? Quem atendeu? Como se sentiu?)
4. Conte um pouco como é sua chegada (como é recebido) no CAPS?
5. O Sr. trabalha? [...] SIM [ ] NÃO
6. O Sr. Gostaria de trabalhar? [...] SIM [ ] NÃO
7. O Sr. Gostaria de trabalhar fazendo o que? _____
8. Atualmente, qual é sua renda? _____
9. Como o CAPS lhe auxiliou no desenvolvimento do seu trabalho?
10. O que o Sr. conhece sobre a história da reforma psiquiátrica?
11. Conte um pouco sobre o que o Sr. sabe da criação do CAPS.
12. Fale um pouco sobre o que o Sr. costuma fazer no CAPS?
13. Fale um pouco sobre as atividades que o Sr. participa ou já participou no CAPS.
14. O sr. acredita que essas atividades ajudam no dia a dia? De que forma? Ou porquê.
15. O que o Sr. acha do atendimento no CAPS? porquê?

[...] excelente

[...] bom

[...] razoável

[ ] precisa melhorar

16. O Sr. confia nas pessoas que compõem a equipe do CAPS? (Se responder NÃO, dizer porquê)
17. O que o acha que tem que melhorar no CAPS?

## ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNIFIP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL PARA MANUTENÇÃO DOS VINCULOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Pesquisador:** CARMEN SILVA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42803021.1.0000.5181

**Instituição Proponente:** Fundação Francisco Mascarenhas/Faculdade Integradas de Patos-FIP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.604.375

**Apresentação do Projeto:**

De acordo com a proponente: "O presente projeto de pesquisa tem como objetivo realizar uma análise da percepção dos usuários do gênero masculino acerca do acolhimento no CAPS I de Santa Luzia-PB. O interesse dessa temática surgiu durante minha inserção no Estágio Supervisionado I e II do Curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário de Patos (UNIFIP) enquanto componente curricular obrigatório de formação acadêmica, realizado no Centro de Atenção Psicossocial I Dr. Fernando Antônio de Araújo, localizado na cidade de Santa Luzia-PB, na ocasião que permitiu visualizar considerações acerca do acolhimento. Desse modo, o referido estudo foi desenvolvido com a finalidade de analisar a percepção dos usuários do gênero masculino acerca do acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Fernando Antônio de Araújo. Destacando o perfil dos usuários do gênero masculino que são acompanhados pelo serviço e a relação de construção e manutenção de vínculos entre os usuários supracitados e o serviço de saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, utilizando para coleta de dados a técnica do questionário elaborado via Google Forms, aplicando-se todos os cuidados necessários para evitar contaminação ou contágio da Covid-19. A pesquisa será local, e buscará trazer contribuições para o acompanhamento de usuários em história de sofrimento psíquico dos usuários, proporcionando a efetivação de novas práticas de cuidado em saúde mental [...] A pesquisa tende a ser de campo, sendo necessário adequar as diversas formas de cuidados, tendo em vista o atual contexto de Pandemia doSarsCov2 – Covid -19. Nesse sentido, os pesquisadores envolvidos seguirão

rigorosamente as orientações da Organização Mundial de Saúde(OMS), e os decretos estaduais e municipais emitidos pela Secretaria de Saúde do Estado e do município. Devendo serem tomados os cuidados necessários para evitar quaisquer possibilidades e/ou risco de contágio, bem como a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs),protocolo de distanciamento e evitando a troca elementos e materiais físicos que possam comprometer a integridade dos envolvidos. Nesse sentido,os pesquisadores utilizarão seu próprio aparelho de celular para coletar dados descritos no questionário do google forms. Serão utilizadas o uso obrigatório da máscara, viseira facial, luvas e toucas descartáveis, capa de proteção, uso de álcool em gel 70%, higienização das mãos com frequência, mantendo o distanciamento social, e o não compartilhamento de qualquer objeto entre pesquisador e usuários. Todavia, a equipe do CAPS I de Santa Luzia está ciente que haverá mediação do setor de Serviço Social para o acesso ao público alvo, no próprio espaço do CAPS, para a coleta de dados da pesquisa, obedecendo-se todas as recomendações dos decretos estaduais e municipais com a finalidade de evitar possível contaminação do SarsCov-2- Covid-19.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:Analisar a percepção dos usuários acerca do acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial I Dr. Fernando Antônio de Araújo na cidade de Santa Luzia PB.Objetivo Secundário:Traçar o perfil socioeconômico dos usuários do gênero masculino do CAPS I Dr. Fernando Antônio de Araújo.Delinear sobre a construção histórica dos Centros de Atenção Psicossocial.Identificar as relações de vínculos entre os usuários e o serviço de saúde mental.Apresentar a percepção frente a perspectiva do acolhimento na instituição.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pelas RESOLUÇÕES 466/2012 e 510/2016.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Cumpridas as pendências lançadas no parecer anterior, nos posicionamos de maneira Favorável à realização do trabalho.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do

Continuação do Parecer: 4.604.375

CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM/EM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em Pesquisa Centro Universitário de Patos/UNIFIP considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.
Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo.
Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o envio do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto, via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1693541.pdf | 20/03/2021 12:04:30 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoPEDRONETOmodificadoCEP.pdf | 20/03/2021 12:04:06 | CARMEN SILVA ALVES | Aceito |
| Orçamento | OrcamentoPedro.pdf | 20/03/2021 12:03:47 | CARMEN SILVA ALVES | Aceito |
| Cronograma | CronogramaPedro.pdf | 20/03/2021 12:03:34 | CARMEN SILVA ALVES | Aceito |
| Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável | CARTAapresentacaoInstitucionalPedro.pdf | 29/01/2021 23:07:56 | CARMEN SILVA ALVES | Aceito |
| Outros | TERMOAutorizacaoInstitucionalPedroNeto.pdf | 29/01/2021 23:07:24 | CARMEN SILVA ALVES | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TERMOCOMPROMISSOPedroCarmen.pdf | 29/01/2021 22:41:12 | CARMEN SILVA ALVES | Aceito |
| Outros | TERMODEANUENCIAPEDRONETO.pdf | 25/01/2021 13:18:13 | CARMEN SILVA ALVES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEPedroNetoAssinado.pdf | 25/01/2021 13:16:23 | CARMEN SILVA ALVES | Aceito |
| Folha de Rosto | FRPedroAssinada.pdf | 25/01/2021 12:55:25 | CARMEN SILVA ALVES | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Continuação do Parecer: 4.604.375

Não

PATOS, 22 de Março de 2021

**Assinado por:**
**Flaubert Paiva**
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
**Bairro:** Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
**UF:** PB **Município:** PATOS
**Telefone:** (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br