UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU

FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

PEDRO PAULO LEDRES PONTES – RA 818138375

ACOLHIMENTO NA VISÃO DO PROFISSIONAL EM CAPS ADULTO

São Paulo

2021

PEDRO PAULO LEDRES PONTES – RA 818138375

ACOLHIMENTO NA VISÃO DO PROFISSIONAL EM CAPS ADULTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no formato artigo, ao Curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Psicólogo.

Orientador: Prof. Me. Cláudio Almeida Sarilho

São Paulo

2021

Agradecimentos

Inicialmente, agradeço a Deus.

Agradeço ao meu orientador, professor Me. Cláudio Almeida Sarilho, por aceitar conduzir este trabalho e, aos não menos honoráveis, Me. ThiagoVinicius Monteleone Lira, Dra. Maria Rita Polo Gascón, Dra. Claudia Borim da Silva. e Ma. Marina Fernanda Dallaqua.

De igual modo, agradeço a todos os meus professores do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu pela excelência da qualidade técnica de cada um e aos colegas de classe, especialmente ao Luiz Nison Feller, Eliana de Abreu, Henrique Ribeiro Tavares e Caroline Oliveira da Silva, que compartilharam comigo preciosos saberes-nos atendimentos.

A meus pais Pedro e Izabel (*in memorian*), meus irmãos, familiares e amigos, os quais sempre estiveram ao meu lado, apoiando-me ao longo de minha trajetória; a meus queridos colegas de trabalho da saúde mental - em especial aqueles que, por inúmeras vezes, dispensaram-me valiosa ajuda assumindo os plantões quando eu precisava sair mais cedo para ir à faculdade: meu afetuoso muito obrigado.

Aos meus amados filhos Paulo Cesar e Gabriel, pelo incentivo e força que me dispensaram ao longo desses anos, animando-me a prosseguir, até por sua condição de ex-alunos da Universidade São Judas, quando ora ou outra esbarrávamos nas rampas da faculdade.

Àquela que me inspirou, fazendo-me perceber que tinha perfil para atuar na área da saúde mental; a psicanalista Yanina Otsuka Stasevskas:

Dedico-lhes, meus mais sinceros agradecimentos.

Resumo

Trabalhando como empregado do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Adulto por 03 anos na condição de terceirizado e por 10 anos em Residências Terapêuticas (SRT), dentre as várias situações vividas, presenciadas ou ainda protagonizadas, algumas propiciaram uma melhor percepção empírica da relevância de comportamentos não verbais não punitivos no contexto da relação entre usuário e profissional. Houve uma situação inclusive, que foi objeto de citação por Lancetti (2010) em sua especializaçao na PUC, relata em um caderno de subjetividade, o episódio em que indo ao cinema com cinco moradores, na busca por reinserção social, que estávamos assistindo a um filme quando sentimos um cheiro de fezes. Entrei em contato com a coordenadora da Residência, a informei que estava retornando devido o ocorrido. Nesse caso, um dos moradores, emocionado, não conteve suas necessidades biológicas e defecou ali mesmo, dentro do cinema, em pleno ambiente do Shopping Anália Franco: na realidade os longos anos de internação em um hospital psiquiátrico, privado do convívio social, o deixara sensível a novos ambientes.

Diante da situação, o autor do presente artigo, sua colega de trabalho e os cinco moradores, retornaram para residência terapêutica, sem, contudo, assistir o filme. Naquele momento, o autor procurou tranquilizar o morador em questão, dizendo-lhe que a situação era normal e poderia acontecer com qualquer um. Passados alguns dias, ora ou outra, o autor procurava conversar com o morador sobre o assunto, fazendo-lhe convite para um retorno àquele mesmo cinema, até que este concordou com a ideia. Assim, os dois, voltaram àquele cinema, não havendo mais nenhuma intercorrência negativa. A partir de então, o próprio morador, quando desejava ir ao cinema, convidava este autor para acompanhá-lo.

Assim, motivado pela curiosidade, este trabalho tem por objetivo analisar a função do acolhimento do profissional que atua na saúde mental, especificamente dentro do CAPS adulto. Buscou-se olhar o modo de como esses profissionais atuam no acolhimento e na percepção dos sofrimentos psíquicos dos usuários. A análise desse material permite as diferentes formas e sentidos atribuídos ao acolhimento e percepção do profissional e equipe multidisciplinar. Assim é possível concluir que essa pesquisa teórica, bibliográfica e de caráter descritivo, permitiu analisar que o acolhimento no processo do tratamento terapêutico é de suma importância, bem como que a reforma psiquiátrica no Brasil, favoreceu essa parcela populacional, tratando-a de maneira mais humana.

Palavras-chave: CAPS, acolhimento, profissional, saúde mental, percepção.

Abstract

Working as an employee of the Psychosocial Care Center - CAPS Adult for 03 years as an outsourcer and for 10 years in Therapeutic Residences (SRT), among the various situations experienced, witnessed or even carried out, some provided a better empirical perception of the relevance of behaviors non-verbal non-punitive in the context of the relationship between user and professional. There was even a situation, which was cited by Lancetti (2010) in his specialization at PUC, he reports in a subjectivity notebook, the episode in which going to the cinema with five residents, in search of social reintegration, that we were watching a movie when we smell feces. I got in touch with the coordinator of the Residence, informed her that I was returning due to what had happened. In this case, one of the residents, moved, could not contain his biological needs and defecated right there, inside the cinema, in the middle of Shopping Anália Franco: in reality, the long years of hospitalization in a psychiatric hospital, deprived of social interaction, had left him sensitive to new environments.

In view of the situation, the author of this article, his co-worker and the five residents returned to the therapeutic residence, without, however, watching the film. At that moment, the author tried to reassure the resident in question, telling him that the situation was normal and could happen to anyone. After a few days, sometimes, the author tried to talk to the resident about the matter, inviting him to return to that same cinema, until he agreed with the idea. So, the two returned to that cinema, with no more negative complications. From then on, the resident himself, when he wanted to go to the movies, invited this author to accompany him.

Thus, this work aims to analyze the function of welcoming the professional who works in mental health, specifically within the adult CAPS. We sought to look at the way in which these professionals act in welcoming and in the perception of users' psychological suffering. The analysis of this material allows for the different forms and meanings attributed to the reception and perception of the professional and the multidisciplinary team. Thus, it is possible to conclude that this theoretical, bibliographical and descriptive research allowed us to analyze that the reception in the therapeutic treatment process is of paramount importance, as well as that the psychiatric reform in Brazil favored this population segment, treating it more human.

Keywords: CAPS, reception, professional, mental health, perception.

1. INTRODUÇÃO

É inegável a complexidade das relações humanas e da própria relação do acolhimento em si, a começar pela constante e necessária busca que existe no sentido de se qualificar os meios e aperfeiçoar as técnicas relacionadas às normas que norteiam a saúde no Brasil.

De fato, a Constituição de 1988 e as posteriores leis atinentes ao SUS (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90) fundam o sistema, estabelecendo as regras do modelo brasileiro de atendimento à saúde. Sua implementação, contudo, deu-se de maneira gradual, por meio de um processo contínuo e composto por múltiplas etapas, sob o pano de fundo de disputas políticas e articulações de interesses de diferentes segmentos da sociedade.

A pesquisa bibliográfica de caráter descritivo permitiu verificar a efetividade do acolhimento existente no contexto dos atendimentos prestados pelos Centros de Apoio Psicossocial, que surgem em 1986, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, haja vista que a percepção dos agentes institucionais - isto é, usuários e funcionários - apontou para um satisfatório grau de adequação conforme demonstraram os estudos de Lima et al. (2015) Ballarin et al. (2011) e Araujo & Tanaka (2012). Calcada na literatura atinente, ao trazer para a presente pesquisa as contribuições da análise do comportamento, permitiram verificar que é durante os encontros (fazendo-se perguntas, relatando eventos, descrevendo respostas abertas e encobertas, esclarecendo dúvidas) que clínico e cliente vão construindo essa relação terapêutica adequada.

Verificou-se a necessidade de o analista usar a escuta qualificada ou audiência não punitiva, que é a observação e compreensão do exposto pelo cliente, uma vez que, quando o clínico faz perguntas ao cliente e ouve as respostas atentamente, faz com que este passe a ter um olhar voltado para seus sentimentos e envolvimento no processo terapêutico.

Nesse sentido, a depender do ponto de vista da sociedade em que o indivíduo está inserido, este poderá pressupor um julgamento dos relatos das suas fraquezas, daí advindo a necessidade de uma escuta cautelosa e acolhimento.

A reforma psiquiátrica no Brasil é “um movimento histórico de caráter social, econômico e político, influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A prática ou ação da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental.” (Gonçalves & Sena 2000 como citado em Ferreira et al, 2016, p. 75)

De acordo com Mello (2007, como citado em Ferreira et al, 2016, p. 75), o início do processo da Reforma Psiquiátrica nos anos 70 eclodiu em favor das mudanças de modelo de atenção e gestão de atuação em saúde, em busca de produção de tecnologias de cuidado.

Nesse sentido, portadora de uma história própria, situada em um contexto internacional de mudanças e resultante de esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, a reforma psiquiátrica esteve atrelada a um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores sociais e culturais num processo marcado por impasses conflitos e desafios (Mello 2007, como citado em Ferreira et al, 2016, p. 75)

Como indicação de momentos práticos de reversão do modelo manicomial, é possível citar a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira (ambos localizados em São Paulo) e o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul, conhecido como "Nossa Casa".

Há de se ressaltar que a Casa de Saúde Anchieta, inlusive, é considerada um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, tendo representado uma intervenção médico legal em um asilo. Deste modo, esssa pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas. (Hirdes 2009 como citado em Ferreira et al, 2016, p. 76)

Dessa feita, após muitas lutas e a contribuição de marcos significativos - como a aprovação da Lei 10.216/01, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira -, milhares de leitos foram então fechados e uma significativa rede de serviços e dispositivos de saúde mental está sendo implantada, desde então, em todo território nacional. Nesse contexto, figura relevante são os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que se tornaram referência para o acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico (Brasil 2009, como citado em Ferreira et al., 2016, p. 76)

Com efeito, o manual elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004 (Brasil, 2004) esclarece que o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo com nome de Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como "CAPS da Rua Itapeva". Note-se, ainda, que, sob a égide de uma visão anti-manicomial, em 1989, são criados os denominados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Santos/SP, e, em decorrência, os CAPS também passam a ser definidos como "ambientes de acolhimento para pacientes com transtornos graves e persistentes". (Brasil, 2004)

Ribeiro (2004, p. 94), relata que as inspirações para a criação do CAPS Luís Cerqueira e também dos demais CAPS, vieram, em grande medida, de experiências realizadas no exterior, sobretudo de alguns princípios das comunidades terapêuticas, da Psiquiatria de setor e da Psiquiatria democrática italiana.

Que segundo Silvio Yasui (2011), tem a psiquiatria de setor, em termos concretos, na psiquiatria de setor uma equipe única se responsabilizaria por uma zona populacional específica, de determinada região geográfica, onde existiria um sistema completo de estruturas que cobririam da prevenção à pós-cura e que seriam criadas de acordo com as necessidades reais da população.

Na psiquiatria democrática italiana, baseava-se no fechamento dos hospitais psiquiátricos, sendo devidamente assegurado pela legislação. E também na construção de centros de saúde mental nos bairros para que os pacientes fossem atendidos em sua comunidade, em serviços com portas abertas, acentuando a liberdade como forma de tratamento. A ideia principal deste modelo de reforma era de fazer com que o paciente retornasse à sociedade e, na medida do possível, retomasse suas atividades, sua vida.

Ressalta o autor (2004 p.95) que a inspiração mais forte, no entanto, foi a dos centros de atenção psicossocial de Manágua (Nicarágua). Estes, por sua vez, surgiram em 1986, em plena revolução naquele país e, apesar de todas as dificuldades sociais, econômicas e políticas inerentes, representaram maneiras criativas de cuidar, com responsabilidade, de pessoas com problemas psiquiátricos: valiam-se de líderes comunitários, profissionais, materiais improvisados e até mesmo sucatas para reabilitar as pessoas que, pelos transtornos mentais, eram excluídas da sociedade.

Ribeiro (2004, p. 96) ainda salienta que as equipes eram interdisciplinares e tinham a proposta de uma ação ligada, ao mesmo tempo, à prevenção, tratamento e reabilitação, sendo outro aspecto importante desses centros, a parceria com outras instâncias sociais, funcionando alguns deles em salões paroquiais ou outros locais. A marca dessas estruturas, segundo o autor, era o compromisso ético de que todos tinham o direito a uma vida digna, a despeito da doença mental ou de quaisquer outras limitações sociais e econômicas.

Ainda nesse sentido, a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, do Ministério da Saúde (Brasil, 2005) traz um relevante retrospecto histórico sobre a consolidação da política de saúde mental do governo federal, ressaltando a relevância da reforma psiquiátrica e o papel do CAPS como fatores fundamentais.

De fato, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, os movimentos sociais conseguem aprovar, em vários estados brasileiros, a partir de 1992, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental e, assim, a partir deste período, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. (Brasil, 2005)

Ainda na década de 90, sob o compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas justamente nas experiências dos primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e Hospitais-dia, assim como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2005)

Em 1992, o Ministério da Saúde, por meio da portaria 224 de 29/01/92 definiu as atribuições de serviços hospitalização e do CAPS, fixando que eles poderiam ser constituídos nas seguintes modalidades: CAPS, I, II e III, em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo, o CAPS infantil/adolescente e também o "CAPS AD" - álcool/drogas. (Brasil, 2005) Os CAPS poderiam estar voltados ao atendimento de pacientes adultos com transtornos mentais graves e persistentes, ao atendimento de crianças e adolescentes com estes transtornos ou ao atendimento dos transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas. (Brasil, 2005)

Nesse período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, assim, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2005)

É somente no ano de 2001 (isto é, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional), que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, foi um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. De fato, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Inobstante, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (Brasil, 2005)

Verifica-se assim, que é no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal

- alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica -, passa a se consolidar, ganhando maior sustentação e visibilidade. (Brasil, 2005)

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. (Brasil, 2005)

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa "De Volta para Casa" (Programa do Ministério da Saúde, que regulamentou o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação)).

Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Igualmente, em 2004, realiza-se o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. Este processo passa a ser caracterizado por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, visando a transição deste modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário. (Brasil, 2005)

Nesse sentido, é possível notar que o período atual se caracteriza, por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, sendo que é neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. (Brasil, 2005)

Nesse contexto, a partir de 2002, a expansão dos números de CAPS passa a ser verificada no Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto ao aspecto funcional, os serviços mantêm prontuários de registro e armazenamento de informações, e outros registros diários das frequências dos usuários; alguns prédios pertencem à Secretaria de Saúde, e outros funcionam em residências alugadas e adaptadas com realizações de atividades ao ar livre (Nascimento & Galvanese, 2009)

Assim, conforme esclarece Ballarin et al. (2011 p. 163), a Política Pública Nacional de saúde mental, Lei 10.216/02, consolida um modelo de atenção essencialmente comunitário,

estabelecendo uma diversificada estrutura de serviços/equipamentos, tais como: SRT (Serviço Residencial Terapêutico): são casas inseridas na comunidade, composta por até 10 moradores, que tem o seu cuidado cotidiano ofertado por acompanhantes comunitários nas 24 horas e um coordenador de nível superior e CECO (Centro de Convivência): constituem–se como serviços de saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde e regulamentados pela Portaria Municipal 964/2018 que estabelece diretrizes municipais para o trabalho desenvolvido nos CECOs. Instalados preferencialmente dentro de Parques Públicos, Centros Esportivos, Centros Comunitários e praças públicos municipais e concebidos como espaços alternativos de convivência. Abertos a todas as pessoas, tem como objetivo favorecer a aproximação e convivência entre a população geral, em toda sua diversidade, sejam elas idosas, pessoas com transtornos mentais, com deficiências, crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, dentre outras.

No SUS, atualmente, o CAPS oferece o serviço de atenção secundária à rede, mediante encaminhamento dos postos de saúde e hospitais. Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde, em Janeiro de 2020, havia 2.661 CAPS em funcionamento no território Nacional (Brasil, 2020a)

Aqui convém mencionar que os Centros de Atenção Psicossocial estão subdivididos de acordo com tipo e função, cada qual sendo formado por equipes diversificadas.

Os CAPS I e II são direcionados ao atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. Sua equipe é formada por um médico psiquiatra (ou médico com formação em saúde mental), um enfermeiro, três profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Ballarin et al., 2011, p. 164)

O CAPS III, por sua vez, é destinado para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. Quanto à formação, a equipe é composta por: dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior), oito profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). (Ballarin et al., 2011 p. 164)

Por fim, o CAPSad é destinado ao atendimento diário da população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. A equipe, por sua vez, é constituída por: médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e seis profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). (Ballarin et al., 2011 p. 164)

Atualmente, no que se refere a aspectos quantitativos dos equipamentos voltados à saúde mental, a situação é a seguinte: segundo notícia veiculada no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, publicada em 2020 (Brasil, 2020), os Municípios brasileiros receberam recursos para habilitação de 74 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 100 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), duas unidades de acolhimento e 144 Serviços Hospitalares de Referência.

No total, foram habilitados 74 novos CAPS e outros 09 receberam alterações de modalidade. Em relação às Residências Terapêuticas, foram habilitados 100 novos serviços, para diversas cidades espalhadas nas regiões do país. Também foram habilitadas duas Unidades de Acolhimento e 144 serviços hospitalares de referência. (Brasil, 2020)

Ademais, note-se que, atualmente, os serviços e atendimentos de saúde mental estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) em:

- 42 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 144 Consultórios de Rua;
- 2.730 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 791 Serviços de Residência Terapêuticas;
- 68 Unidades de Acolhimento (Adulto e Infantojuvenil);
- 1.785 Serviços Hospitalar de Referência (Leitos em Hospitais Gerais);
- 13.877 Leitos em Hospitais Psiquiátricos;
- 50 Equipes multiprofissionais de atenção especializada em Saúde Mental. (Brasil, 2020)

Assim, uma vez superados os aspectos introdutórios, o objetivo primário do presente estudo é descrever o processo de acolhimento oferecido pelo CAPS adulto para compreender seu nível de efetividade. Assim, buscar-se-á, investigar por meio de uma pesquisa

bibiográfica, teórica e descritiva, as contribuições da análise do comportamento sobre a percepção dos próprios agentes institucionais - isto é, usuários e profissionais que trabalham na instituição -, componente essencial para a compreensão do fenômeno estudado.

2. PESQUISAS: A PERCEPÇÃO

Pesquisas efetuadas, em artigos sobre o assunto, permitiram verificar o acolhimento feito pelos profissionais do CAPS, rede de saúde, nesses casos, com percepção inclusive dos usuários.

Constatou-se, de um modo geral, que os relatos dos pacientes são positivos e que os usuários se sentem efetivamente acolhidos pelos profissionais.

Nesse sentido, um estudo a ser destacado é o realizado por Lima et al. (2015) intitulado *"Percepção do cuidado em saúde no CAPSad: uma visão do paciente"*.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

No estudo em comento, em que houve a participação de oito usuários, o critério de inclusão consistiu em participantes que estavam em atendimento no CAPSad por mais de seis meses no período do estudo.

Na obra em referência, objetivou-se compreender o modelo de cuidado em saúde em um CAPSad de acordo com a percepção dos próprios usuários. As concepções de cuidado foram apreendidas valendo-se dos dispositivos "acolhimento, vínculo e responsabilização, formulados pelos usuários". (Lima et al., (2015, pp. 239-248)

Nesse sentido, os participantes reconhecem que os funcionários da recepção prestam um bom acolhimento, sendo esta primeira abordagem primordial à chegada do paciente ao CAPS, pois se refere à maneira como ele é recebido, acolhido na unidade. (Lima et al., (2015, pp. 239-248)

Na conclusão, os autores salientam que os dependentes usuários do CAPSad esperam ser acolhidos pelo profissional na perspectiva de quem sofre de preconceitos e se envergonha de procurar sua cura, embora precise ser cuidado. (Lima et al., (2015, pp. 239-248)

Braga e Vandenberghe (2006) por sua vez, destacam que O artigo publicado por fazer a citação dos autores no Scielo (2006) sobre "Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental", informa que o terapeuta pode construir um clima de confiança, respeito e honestidade em que a revelação de sentimentos por parte do terapeuta pode abrir caminhos para o cliente, eis que as emoções que são evocadas pela psicoterapia podem ser dolorosas. Nesse sentido, os autores sustentam que portanto, o papel do terapeuta é bloquear a esquiva, até que essas respostas diminuam em intensidade e se o cliente tolerar e tentar

entender suas reações emocionais em vez de esquivar-se delas, é possível promover o desenvolvimento de outros repertórios pela possibilidade de ter contato com reforçadores distanciados até então pela evitação. (Braga &, G. L. D. B., & Vandenberghe, L. 2006)

Em virtude disso, nesse desafio, o modelo de reabilitação encontrado no CAPSad foi considerado satisfatório, em que pese tenha havido a indicação de que remanesça uma responsabilidade não está somente a cargo dos profissionais e usuários, mas no âmbito de governo e sociedade. Concluiu-se, ainda, que os dispositivos, acolhimento, vínculo, consistem na responsabilidade compartilhada entre profissional/usuário, com vistas potencializar a resolubilidade dos atendimentos. (Lima et al., (2015, pp. 239-248)

Destacou-se a relação do vínculo profissional/usuário isto é, de construção de uma relação de amizade e confiança baseada no vínculo. No caso, o que sofre com o problema de dependência experimenta inúmeras perdas e uma delas é o ciclo de amizades e, portanto, o profissional passa a ser aquela pessoa com a qual ele tem mais aproximação: "o vínculo confere segurança aos usuários, permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à sua saúde". (Lima et al., (2015, pp. 239-248)

Deste modo, ante a tais pressupostos, o acolhimento deixa de ser uma mera atitude de capricho e passa assumir protagonismo na relação profissional produtiva com o paciente, torna-se uma indispensável etapa do processo de trabalho, que incorpora as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, não se limitando ao ato de receber. (Fracolli; Bertolozzi, 2003 como citado em Coelho, 2010, p.21)

Na sequência, uma vez analisada a percepção dos usuários quanto ao processo de acolhimento no interior do CAPS, impõe questionar sobre a visão do profissional acerca do tema.

Assim, Ballarin et al. (2011) buscaram analisar a percepção de profissionais da equipe técnica que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial tipo III, situado em Campinas, especificamente em relação ao acolhimento feito aos usuários da cidade.

Nessa pesquisa, a metodologia utilizada foi de natureza qualitativa e descritiva e, além de pesquisa bibliográfica, os autores realizaram uma pesquisa de campo que contemplou entrevistas semiestruturadas com 09 profissionais de diferentes categorias da equipe técnica de nível universitário. (Ballarin et. al., 2011 p. 163)

Ballarin et al. (2011), inicialmente observaram que os funcionários de uma forma geral exercem um sentimento de empatia, percepção e acolhimento para suprir as demandas

trazidas pelos usuários exemplificando, inclusive, por meio do depoimento de uma técnica de administração, colhido por meio da entrevista:

> A gente tem preconizado aqui, tanto nos espaços de convivência, como em outros espaços, a ideia de ouvir as demandas dos usuários, por exemplo, a técnica administrativa falou ontem na reunião: quando eu vou na sala da equipe e vejo alguém me puxando pelo braço, mais ansioso, eu pergunto se está precisando de ajuda, eu faço uma abordagem. Então, desde o auxiliar, até o zelador que também não tem essa atribuição direta na assistência, com todos aqui a gente tem discutido essa questão do acolhimento. (Ballarin et al., 2011 p. 166)

Nesse sentido, afigura-se o conceito de a audiência não punitiva, que está intimamente relacionado a ao estabelecimento do vínculo terapêutico, uma vez que implica na confiança do cliente: ao não punir o comportamento verbal do cliente, o terapeuta estará modificando a sua própria função enquanto estímulo. (Meyer & Vermes, 2001)

Assim, concluem pela necessidade primordial de construção de relações de confiança e vínculos entre trabalhadores e usuários, sendo este vínculo uma conquista e não um acontecimento imediato (Ballarin et al., 2011 p. 167). Outrossim, subsidiam ainda suas conclusões realçando a figura do Projeto Terapêutico Singular (PTS) , que corresponde a:

> (...) um conjunto de propostas que incluem um sujeito ou coletivo, discussão feita com a equipe interdisciplinar, incluem: diagnóstico, definição de metas. A divisão de responsabilidades e a reavaliação. Existem várias modalidades e PTS (grupos de psicoterapia, ateliê, saúde, beleza, culinária, grupo de referência, entre outros) e articulações com outros serviços na rede de saúde (Ballarin et al., 2011, p. 165)

Ainda no esforço de se compreender a atitude do profissional do CAPS relativa ao acolhimento, oportuna a pesquisa de Araujo & Tanaka (2012), que tem por objeto a avaliação do acolhimento em saúde mental na cidade de São Paulo, a partir de entrevistas com trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A pesquisa de Araujo & Tanaka objetivou entender o acolhimento segundo a percepção dos trabalhadores, identificando o vínculo e a articulação da rede nesse processo. Para tal, valeram-se do método da hermenêutica filosófica a fim de identificar os elementos participantes do processo de acolhimento que poderiam ser destacados. Araujo & Tanaka (2012, p. 917)

Assim, Araujo & Tanaka (2012), procedem à análise das narrativas a partir de três linhas de argumentação: vínculo, acolhimento e articulação da rede - resultando em quatro categorias: sensação de ausência, mistura de modelos, primazia em tecnologias duras e ineficiência quanto à integralidade.

Ora, a discussão concluiu pela sobreposição dessas categorias, colocando o investimento em tecnologias leves como centro do debate para a superação da sensação de ausência, da mistura dos modelos e para construção da integralidade do cuidado. Nesse sentido, os referidos autores constataram que, quanto mais há comunicação entre os profissionais na rede, maior a integralidade do cuidado (Araujo & Tanaka, 2012, p. 917).

Logo, (Borges & Cassas, 2012), ao analisar a literatura que apresenta o serviço de atendimento do CAPS, especialmente os artigos que descrevem o acolhimento feito pelos profissionais da instituição é possível observar que os relatos dos pacientes são positivos ao sentir-se acolhidos pelos profissionais, conforme relato o estudo de Lima et al. (2015)

O estudo de Lima, M. Z., Neto, E. M. R., Coelho, M. O., Marques, L. A. R. V., & Lotif, M. A. L. (2015) objetivou compreender o modelo de cuidado em saúde em um CAPSad de acordo com a percepção dos usuários, visando entender a realidade dos sujeitos abordados. Com base nessa compreensão, apreendemos as concepções de cuidado valendo-se dos dispositivos: acolhimento, vínculo e responsabilização, formulados pelos usuários.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Esse tipo de abordagem requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os autores sociais envolvidos. A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza no Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad), destinado a usuários de álcool e drogas da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), com os usuários etilistas, no período de março a maio de 2012. Nesse CAPS, os usuários são atendidos em regime de atenção diária. Há atendimentos individuais, coletivos e oficinas terapêuticas. Houve participação de oito usuários Lima et al. (2015)

O critério de inclusão foi participantes que estavam em atendimento no CAPSad por mais de seis meses no período do estudo. Como critérios de exclusão foram considerados: os usuários que não estavam em acompanhamento contínuo no CAPSad, os que estavam iniciando o tratamento e os que não estavam em condições de responder a pesquisa. Para a coleta de informações procedemos a entrevistas semi-estruturadas e observação sistemática, realizadas com base em um roteiro de questões previamente elaboradas de acordo com os objetivos da pesquisa Lima et al. (2015)

Para a análise do material das entrevistas, dos documentos, e dos registros das observações, foram utilizadas as proposições de Bardin A análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado. As respostas dos participantes foram categorizadas, sendo descoberta a saturação de ideias com significados similares que fizeram surgir as seguintes categorias: Fluxo do usuário alcoolista na efetivação

do atendimento no CAPSad; A relação entre o profissional de saúde do CAPSad e o usuário alcoolistas; Orientações dos profissionais do CAPSad para o usuário alcoolista; Percepção dos usuários alcoolistas desenvolvidas nas oficinas terapêuticas; Participação dos usuários alcoolistas no projeto terapêutico. Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes, cada um deles recebeu uma identificação que os distingue no relatório de pesquisa, assim especificada: U1, U2,... U8 Lima et al. (2015)

Quanto às características dos participantes, destacamos predominantemente idade acima dos 38 anos; terem segundo grau incompleto; sete serem do sexo masculino e apenas uma do feminino; com mais de dois anos de tratamento no serviço. Ao chegarem ao CAPSad, os usuários, com horário pré-agendado, são recepcionados e dão a ideia de reconhecer a importância do serviço e, parcialmente, o aspecto de sua organização Lima et al. (2015

Os participantes reconhecem que os funcionários da recepção prestam um bom acolhimento. A primeira abordagem é primordial à chegada do paciente ao CAPS, a maneira como ele é recebido, acolhido na unidade Lima et al. (2015)

O grau de comprometimento dos profissionais que se doam em busca de uma resposta satisfatória ao tratamento. A soma dos agenciadores do ser humano, a preocupação com o cuidado e o respeito com que cada um tem do mundo que rodeia ficam a cargo da responsabilização diante dos desafios do processo saúde/doença. A existência de diálogo entre o profissional e o usuário é importante na recuperação do usuário, pois há uma escuta sem julgamento, com consequente ajuda no seu percurso no tratamento Lima et al. (2015)

O atendimento é bem acompanhado pelo usuário que segue atento a todos os passos para início do trabalho. Acolher é receber bem, ouvir a demanda de forma a compreendê-la e solidarizar- se com ela. Observa-se uma relação de amizade, bem como um novo elo, desenvolvidos no CAPS. Como divulgado, o alcoolismo é uma doença que afasta o ser do meio social. Dessa forma, estar no CAPS, construir novas amizades e contar com a ajuda dessa entidade induz o usuário a se tornar um sujeito ativo no processo de formulação da sua saúde Lima et al. (2015)

Nesse enfoque, fica clara a relação do vínculo profissional/usuário, de construção dessa relação de amizade e confiança baseada no vínculo. A pessoa que sofre com o problema do alcoolismo experimenta inúmeras perdas e uma delas é o ciclo de amizades. Então, o profissional passa a ser aquela pessoa com a qual ele tem mais aproximação. O vínculo confere segurança aos usuários, permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à sua saúde Lima et al. (2015)

Entretanto, nas falas dos entrevistados, o acolhimento apresenta-se de forma marcante, ao evidenciar uma preocupação, uma escuta, uma responsabilização do profissional para com o usuário.

Ótimo, bom demais. Só em a gente chegar aqui, né? TÊ nada difícil, né? Faz limpeza aí e tudo... (U4).

É tudo muito interagido, aqui não deixa nada a desejar por parte dos profissionais. Às vezes quem deixa a desejar é o próprio paciente, mais em relação aos funcionários é tudo cem por cento (U5).

Pode-se observar que o sujeito não é um sujeito passivo, existe uma integração entre o profissional e o paciente. O nível de satisfação é cem por cento. Olha, uma coisa assim, como eu posso te dizer?! ue não é familiar, mas o atendimento aqui é uma coisa muito séria (U6).

Embora o paciente reconheça o ambiente como não familiar, deixa explícito que existe muito comprometimento do profissional para com o usuário. A relação é ótima, acho super bem, eles tratam a gente bem, fala pra gente tomar o remédio na hora certa. Aqui a gente faz várias coisas, tem o futebol, vou agora já já, eu vou pro futebol [...] bola, jogo e eu gosto muito (U7).

Por meio das entrevistas realizadas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, a satisfação dos usuários que procuram tratamento nessa unidade é visível nas suas representações. Laços de amizades se fundem em uma lógica acolhedora entre os profissionais e os usuários, evidenciada na confiança do profissional, com a consciência da sua responsabilidade no tocante ao tratamento. Quanto ao fluxo do usuário na efetivação do atendimento no CAPSad, observa-se em uma das categorias da entrevista a consciência da responsabilidade do Estado na reformulação das políticas públicas. Ademais, a lei existe, os direitos também Lima et al. (2015)

Entretanto, a falta de implementação dessas ações é bem clara e não acontece em virtude da carência de meios adequados para o atendimento eficaz tais como estrutura física, material para manuseio nas oficinas terapêuticas, falta de contratação de profissionais em todos os âmbitos da saúde que poderiam atuar consoante a reforma psiquiátrica brasileira. Os usuários do CAPSad lamentam o descuido ou a falta de comprometimento do governo que idealiza um programa tão eficaz cujo modelo está lá proposto, contudo, que na prática está muito longe ainda de acontecer a contento. Os dependentes, em momento algum, se referem ao próprio vício ou a qualquer dependência que venham a sofrer. Eles esperam ser acolhidos pelo profissional na perspectiva de quem sofre de preconceitos e se envergonha de procurar sua cura, embora precise ser cuidado. Se de um lado o alcoolismo é entendido como uma

doença, de outro pode ser visto pejorativamente. Isto pode intimidá-lo a se reconhecer como um doente alcoólico Lima et al. (2015)

Nesse desafio o modelo de reabilitação encontrado no CAPSad é satisfatório. Ademais, os dispositivos, acolhimento, vínculo, consistem na responsabilidade compartilhada entre profissional/usuário, com vistas potencializar a resolubilidade dos atendimentos. Conforme os resultados apontam, o enfrentamento de uma dependência química de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, não perpassa somente pelos muros dos CAPSad. Este é um problema da saúde pública, não especificamente do município de Fortaleza - CE, mas de âmbito nacional. No entanto, essa representação foi associada por um dos entrevistados que reconhece que a responsabilidade não está somente nos profissionais e usuários, mas no âmbito de governo e sociedade. Lima et al. (2015)

A escuta cautelosa envolve a postura de audiência não punitiva e a identificação das variáveis que controlam os comportamentos verbais e não verbais do paciente, bem como os comportamentos do profissional que realiza o acolhimento no CAPS.

Ora, do exposto até aqui, emerge cristalina uma percepção positiva dos agentes institucionais, que sinaliza a existência de um efetivo acolhimento na dinâmica dos CAPS. Impera, neste momento, proceder-se a uma distinção mais específica acerca do conceito de um acolhimento adequado, situando sua efetiva relevância e os benefícios dele decorrentes. Nessa tarefa, serão apresentadas algumas contribuições da análise do comportamento relacionadas ao tema em apreço, especialmente por meio dos conceitos de escuta qualificada e audiência não punitiva.

Destaque-se que a primeira experiência do usuário com o acolhimento do CAPS é estabelecida por meio de entrevistas semiestruturadas, ocasião em que o usuário é escutado e acolhido. (Ballarin et al., 2011 p. 167). Esse primeiro contato do usuário com sofrimento psíquico perpassa um momento inicial do acolhimento que ocorre por meio uma entrevista semiestruturada e a triagem, em que são observados alguns aspectos, dentre os quais o acesso, que se refere a questões geográficas. (Ballarin et al., 2011 p. 167)

A essa altura, entra em cena um fator essencial, a saber, a escuta qualificada, cuja significância se revela na medida em que o acolhimento prescinde de um comportamento do profissional que possibilite “uma boa recepção dos usuários, possibilitando a escuta adequada e humanizada de suas demandas, com solidariedade em relação ao sofrimento, ou seja, empatia” (Ballarin et al., 2011 p. 166)

Nessa direção, o acolhimento se apresenta como “uma técnica de conversa, um diálogo que deve e pode ser operado por todos os profissionais do serviço, em qualquer

momento de atendimento e nos diferentes encontros". (Ballarin et. al., 2011 p.166). Esse caráter coletivo é essencial, pois o fazer em saúde, seja nas relações interpessoais (dos profissionais com usuários e dos profissionais entre si), ou no diagnóstico e terapêutico, passa ser o resultado da complementação dos saberes e práticas específicas e comuns das diversas categorias, assim como da interpretação crítica desses diversos saberes e práticas. (Malta et al, 2000 como citado em Coelho, 2010, p.21)

Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento é justamente um espaço intercessor entre a escuta e a responsabilização, sendo que a primeira é a formação do vínculo e a segunda a continuação e compromisso dos projetos que surgirão dessa relação. Sendo assim, o profissional utilizará sua tecnologia e seu saber, e, sublinhe-se, o usuário passa a se sentir um sujeito da produção de saúde e não um mero objeto de um ser impessoal. (Franco, Bueno e Merhy,1999)

A escuta do usuário, o diagnóstico e a prescrição, a realização de procedimentos, o ministrar de cuidados, não mais podem ser concebidas como operações isoladas e desarticuladas, mas como resultado da integração das atividades e da parceria de todas as categorias. (Malta et al 2000 como citado em Coelho, 2010, p.21)

Note-se a importância do tema, a medida em que desafia as concepções calcadas em uma visão afetuosa da atenção e fornece elementos para uma (re) discussão do modo como os trabalhadores se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento de indivíduos e da coletividade. (Leite et al., 1999 como citado em Coelho, 2010, p.21)

Borges & Cassas (2012 p. 137-146) enfatizam que o conhecimento analítico-comportamental crescente tem desenhado uma tendência de intervenção clínica de aumento da complexidade da análise, que transcende a ênfase nas técnicas tradicionais e desafia o clínico a se comportar com os clientes, tornando o contato direto uma oportunidade para a ocorrência de mudanças comportamentais relevantes.

Skiner (2003 como citado em Borges & Cassas 2012 p. 139) denomina audiência não punitiva, o processo de compreensão do terapeuta acerca dos comportamentos do cliente sem julgamentos, o que torna a relação terapêutica íntima, sendo que a intimidade diz respeito ao compartilhar de sentimentos, ao abrir-se para o outro e surge quando as pessoas se comunicam abertamente, deixando claro o que pensam e o que querem, dividindo além do carinho, as experiências e os segredos, mostrando-se o que se é, mesmo nos medos, inseguranças e defeitos. O compartilhar de sofrimento e o compartilhar de sentimentos positivos de amor, proximidade, esperança, alegria e orgulho são vistos como indicativos da intimidade na relação. (Skinner, 2003 como citado em Borges & Cassas 2012 p. 139)

Ainda de acordo com Skinner (2003 como citado em Borges & Cassas 2012 p. 139) o processo através do qual um clínico passa a funcionar como uma audiência não punitiva pode levar tempo. Isso porque, inicialmente, o cliente vê o clínico como mais uma pessoa dentre as tantas que exercem controle aversivo sobre sua vida. Para alterar essa imagem que o cliente possa vir a ter do analista, é necessário que este evite ao máximo o uso da punição. Assim, o clínico precisa fornecer uma escuta diferenciada, na qual não desaprove nem critique nenhum dos comportamentos emitidos ou relatados pelo cliente. (Skinner, 2003 como citado em Borges & Cassas 2012 p. 139)

2.1 Relatos pessoais do autor enquanto agente institucional: memórias de um funcionário de saúde mental

Trabalhando como segurança em um CAPS adulto, o autor percebeu que várias vezes os usuários deixavam de frequentar seus Projetos Terapêuticos Singular - PTS para ficar conversando com ele. Explicava-lhes o quanto era importante participarem do projeto terapêutico, mas mesmo assim, insistiam em ficarem ao seu lado relatando seus sofrimentos.

Na ocasião, o autor foi informado pela gerente da unidade que não deveria “atrapalhar” o tratamento dos usuários, impedindo-os de participarem do PTS, orientando-o não tratá-los mal, e que de forma discreta, se afastasse quando viessem conversar.

Sentia-se mal agindo daquela forma, pois entendia que, mesmo em sua ignorância, poderia ajudá-los ouvindo seus relatos. Por uma semana, afastou-se deles, e não mais do que isso, pois ainda continuavam a procurá-lo: então foi permitindo suas (re) aproximações.

Passado alguns dias, a gerente questiona-lhe sobre o que os usuários lhe traziam e o que lhes falava, ao que retorquiu dizendo que eles traziam queixas relacionadas aos técnicos. Explicou à gerente que procurava intermediar, buscando desfazer o mal entendido e os informando o quanto era importante participarem; deste modo, ela já não pediu para que se afastasse, mas que continuasse interagindo com eles.

Com o passar do tempo, passou a ser visto por aquela gerência não mais como como um terceirizado e sim como um funcionário que fazia parte da equipe, informando-he que tinha o perfil para trabalhar na saúde mental. Neste caso, foi posível observar como o comportamento de acolhimento permitiu que fosse estabelecido um vínculo com os usuários, em que a confiança e a disponibilidade de ouvi-los eram elementos imprescindíveis para o acesso a seus sofrimentos e angútias.

Outro relato ocorreu nas dependências de uma Residência Terapêutica (SRT) onde o autor agora trabalhava como cuidador. Havia um morador que não falava com ninguém, só movia os lábios. O autor começou a prestar atenção nele e a tentar fazer a leitura labial e,

quando entendia o que ele estava falando ou então relatando algum assunto, interagia com o mesmo, repetindo em alto tom o que ele estava balbuciando, o qual em percebendo que era compreendido, passava a falar normalmente.

O morador, na realidade, tinha necessidade de expressar suas ideias e de interagir com os outros, que não tinham tempo e paciência para se deter à sua necessidade, seja por falta de tempo, seja pela demanda da unidade. Necessitava de mais tempo para que pudesse exprimir seus sentimentos, uma vez que devido a seu histórico de muitos anos no hospital psiquiátrico, em que não era ouvido, passou a se expresar consigo mesmo, falando sozinho, com simples mover dos lábios.

Por fim, já em outra unidade de Residência Terapêutica, havia um morador muito agressivo e com uma enfermidade no pé que precisava de cuidados médicos com regularidade. Acompanhando-o à UBS para fazer curativo, o autor percebia que ele passava a pedir dinheiro para todos pacientes que se encontravam ali e que quando não ganhava, agredia as pessoas, quebrando os mobiliários daquela unidade de saúde, incluve com quebra de vidros. Com isso, passou a precisar de acompanhamento.

Ciente da sua condição e do que fazia, a equipe não queria acompanhá-lo. Por seu vínculo com o morador, o autor foi designado como sua referência, acompanhando-o a partir daí à UBS. O morador passou a se comportar devido ao combinado prévio proposto pelo autor antes de sair da resiência: conduzia-o a tomar um café no bar em frente à UBS e ia ao mercado comprar uma Coca-Cola e um abacate (que ele gostava muito) após a realização do curativo, o que de pronto ele aceitava, respeitando o combinado.

Na realidade, o morador, personagem de classe média alta, com a morte dos pais, foi rejeitado pela família, passando a residir nas ruas e com várias passagens em hospitais psiquiátricos. Com essa nova realidade, tornou-se uma pessoa agressiva, não estabelecendo vínculo com ninguém, desconfiando de tudo e de todos, atitudes essas desenvolvidas como meio de sobrevivência.

Deste modo, face tais experiências verifica-se que, em se tratando de uma relação na qual ambos são ouvintes e falantes, é necessário analisar o conjunto de respostas verbais e não verbais que ocorrem nesse processo de interação. (Borges & Cassas, 2012 p.139-140).

Por fim, o profissional deve apresentar comportamentos não verbais não punitivos e congruentes com os comportamentos verbais (também não punitivos), ficando clara a importância dessa atitude para a garantia da audiência não punitiva, tão valorizada quando se trata de acolhimento e também de relação terapêutica (Borges & Cassas, 2012 p.143).

CONCLUSÃO

Com base nessa pesquisa bibliográfica de caráter descritivo, efetuada, é possível concluir que o acolhimento para os usuários, no processo de tratamento terapêutico no interior dos CAPS é de suma importância, bem como que a reforma psiquiátrica, favoreceu essa parcela populacional, a tratando de maneira mais humana.

Foi observada ainda, a oportunidade de, nesse contexto como um todo, que o simples acolhimento despretensioso, por parte de seus empregados, pode influir positivamente no resultado a que se almeja, inclusive de maneira a permitir que haja menos resistência à abordagem do terapeuta. A partir da escuta por si só, ainda que não qualificada, respeitada a dinâmica e a história de cada cliente, pode se ter mais um instrumento em potencial para colaborar para o acolhimento desses usuários, pois se vislumbra mais um meio pelo qual esse usuário possa ser alcançado, acesso este, que poderia ocorrer até em menos tempo, e assim sendo componente do instrumento de trabalho dos profissionais da saúde mental, permitir resultados ainda mais positivos e eficientes a seu propósito, seja em relação às pessoas portadoras de transtornos mentais ou sob o ponto de vista familiar, social e inclusivo.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz,

Andreoli, S. B., Ronchetti S. S. B., Miranda A. L. P., Bezerra C. R. M., Magalhães C. C. P. B., Martin D. & Pinto R. M. F. (2004). Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 20(3), 836-844. doi: 10.1590/S0102- 311X2004000300021

Araujo, A. K. D. (2012) *Avaliação em Saúde Mental: o processo de acolhimento* (Dissertação de mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, Brasil..

Araujo, A. K. D. & Tanaka, O. Y. (2012). Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: A relação entre CAPS e UBS em análise. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 917-928.

Ayres, J. R. C. M. (2008). *Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação*. In Campos, R. T. (Org). Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec,.

Braga, G. L. B & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, 23 (3), 307-314. Recuperado de https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300010.

Ballarin, M. L. G. S., Ferigato, S. H., Carvalho, F. B. D. & Miranda, I. M. S. D. (2011). Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. *O mundo da Saúde*, 35(2), 162-168.

Bandeira, M., Pitta A.M.F. & Mercier C. (1999). Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: Qualidades psicométricas da versão brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(6), 33-44.

Bernardes, J.S. (2007). *A psicologia no SUS: Alguns desafios na formação*. In Spink, M.J.(Org.). A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bock, A.M.B. (1999) Psicologia a caminho do novo século: Identidade e compromisso social. *Estudos de Psicologia.*, 4(2), 315-29.

Borges, N. B. & Cassas, F. A. (2012) *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos.* Porto Alegre : Artmed.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.* Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

_____. Ministério da Saúde. (2005). *Relatório 15 anos Caracas. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas* Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>

_____. Ministério da Saúde. (2007). *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf.

_____. Ministério da Saúde. (2009). Saúde mental em dados. *Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental*, 4, (6), 2-17. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf

_____. Ministério da Saúde. (2010) *Saúde mental em dados*, 5 (7). Recuperado de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ smdados.pdf.

_____. Governo Federal. (2020a). *Investimento em Saúde Mental cresceu quase 200%*. Assuntos Notícias. Recuperado de https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200

_____. Governo Federal. (2020b). *Ministério da Saúde investe mais de R$ 65 milhões na ampliação da rede de saúde mental.* Assuntos Notícias. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-65-milhoes-na-ampliacao-da-rede-de-saude-mental.

Bueno, J. M. H. & Peixoto, E.M. (2004). *Avaliação psicológica no Brasil e no mundo. Psicologia: Ciência e Profissão*, 24 (3), 92-99. Recuperado de https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdDpMwZvnMVmrfSwFw9XSCr/?lang=pt.

Campos, G.W.S. (1998). O anti-Taylor: Um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saude Publica*, 14 (4), 863-870.

Campos, R.T.O. (2001). Clínica: a palavra negada - Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde Debate*, 25 (58), 98-111.

Campos, R. T. O. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: Um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saude Publica.* 22(5), 1053-62. doi: 10.1590/S0102- 311X2006000500018

Campos, R.T.O. & Furtado, J. P (orgs.) (2008). *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade.* São Paulo: Hucitec.

Campos, R. T. O, Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L. & Gama, C. A. P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: Entre a saúde coletiva e a saúde mental *Revista Saúde Pública*., 43(1), 16-22.

Cavalcanti, J. B., Vasconcelos E. M. S., Ceccim R. B. & Gomes L.B. (2009). Acolhimento coletivo: Um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface,* 13(31), 315-330.

Coelho, V. F. (2002). *Acolhimento em saúde mental na unidade básica: uma revisão teórica. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones.* Medellín: Fac. Nac. Salud Pública.

Coelho, V. F (2010). *Acolhimento em saúde mental na unidade básica: uma revisão teórica.* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Cunha, A. B. & Silva, L. M. (2010) Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cadernos de Suade Publica*, 26 (4), 725-737.

Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Dimenstein, M. D. B. (1998). *O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde (UBSs).* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Dimenstein, M. D. B. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5 (1), 95-122. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a06v05n1.pdf.

Dimenstein, M. D. B. (2009). *Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia*. Natal: EDUFRN.

Dimenstein, M. D. B & Liberato, M. T. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: O desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Caderno Brasileiro de Saude Mental*, 1 (1), 1-10. Recuperado de http://www.esp.rs.gov.br/img2/21_Magda_dimenstein.pdf.

Ferreira, J. T., Mesquita, N. N. M., da Silva, T. A., Silva, V. F., Lucas, W. J. & Batista, E. C. (2016). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. *Revista Saberes*, 4(1), 72-86. Recuperado de https://facsaopaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf

Foucault, M. (1978). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.

Franco, T. B., Bueno, W. S. & Merhy E.E. (1999) O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saude Publica*, 15 (2), 345-353.

Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2003). Produção imaginária da demanda. In Pinheiro, R. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde Debate*, 27 (65), 316-23.

Freud, S. (2006). *Psicologia de grupo e análise do ego.* Rio de Janeiro: Imago.

Gadamer, H. G. (2008). *Verdade e método I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (10a ed.). Petrópolis: Vozes.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4a ed.). São Paulo: Atlas.

Heckert, A. L. C. & Neves, C. E. A. B. (2010). *Modos de formar e modos de intervir: De quando a formação se faz potência de produção do coletivo.* In Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde (org.), Política Nacional de Humanização: formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde.

Jorge, M. S. B., Guimarães J. M. X., Nogueira M. E. F., Moreira T. M. M.& Morais A.P.P. (2007) Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, ;16 (3), 417-25.

Lancetti, A. & Kinoshita R. T. (1992). *Sistema de Saúde Mental da Prefeitura de Santos.* In Kalil, M. (org.). Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo: HUCITEC.

Lancetti, A. (2010) Cuidado e território no trabalho afetivo. *Cadernos de Subjetividades*, 16 (3), 90-97. Recuperado de http://revistas.pucsp.br/index.php/cadernossubjetividade.

Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Recuperado de http:// www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/ lei_1962_4119.pdf

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Lima, M. Z., Neto, E. M. R., Coelho, M. O., Marques, L.A.R.V., & Lotif, M. A. L. (2015). Percepção do cuidado em saúde no CAPSad: Uma visão do paciente. *Saúde*, 41(1), 239-248. Recuperado de https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/15619.

Livros & Redes • Hist. cienc. saude-Manguinhos 18 (2) • Jun 2011. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: *as experiências francesa e italiana.* Recuperado de https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000200016

Macedo, J. P. & Dimenstein, M. (2011). Formação do psicólogo para a saúde mental: A psicologia piauiense em análise. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15(39), 1145-1158.

Mattos, R A. (2004) A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*, 20 (4),1411-1416.

Martins, M.P. (2009). Perfil sócio-ocupacional do trabalhador de saúde mental do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 7(6), 24-9.

Mattos, R. A. (2001) *Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos.* In Pinheiro R. & Mattos R.A (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Mattos, R. A. (2005). *Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

Martínez, F. J. M & Bosi, M. L. M. (2004). *Introdução: Notas para um debate*. In Bosi, M. L. M & Martínez, F. J. M (orgs). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Vozes.

Meyer, S. B, & Vermes, J. S. (2001). *Relação terapêutica*. In Rangé, B. (org.). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed.

Milhomem, M. A. G. C & Oliveira, A. G. B. (2009). O trabalho nos centros de atenção psicossocial: Um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(2), 272-279.

Minayo, M. C. S. (1999). *Ciência, técnica e arte: O desafio da Pesquisa Social*. In Minayo, M. C. S (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes.

Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.* (7a ed.). São Paulo: Hucitec.

Nascimento, A. D. F. & Galvanese, A. T. C. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 43 (1), 8-15.

Oliveira, I. F. (2005). A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: Inovações, propostas e desvirtuamentos. *Interação*, 9 (2), 275-285. Recuperado de http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/ viewFile/4790/3677.

Oliveira, W. F. (2008) Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. *Saúde Debate*, 32, (78), 38-48.

Paulon, S. M. & Carneiro, M. (2009) A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 13 (1), 747-757. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/ a26v13s1.pdf.

Piauí. (2009). *Relatório de gestão da Gerência de Saúde Mental do Piauí.* Teresina: SESAPI.

Pitta, A. M. F. (1999). Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (2), 68-77.

Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Quintas, R. & Amarante, P. (2008). A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saude Debate*, 32 (78), 99-107.

Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Psicologia. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a15v20n2.pdf

Ribeiro, S.L. (2004). A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24 (3), 92-99. Recuperado de https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300012

Ribeiro, S. L. & Luzio, C. A. (2008). As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental. *Psicologia em Revista*, 14 (2), 203-20. Recuperado de http:// periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/350/355.

Rosa, A. C. (2000). *O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.* In Amarante, P. (Org.). Ensaios-subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de janeiro: Fiocruz.

Rosa, A, Luzio, C.A. & Yasui, S. (2001). As Conferências de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde Debate*, 25 (58), 12-25.

Rosa, L. C. S. (2006). *O nordeste na reforma psiquiátrica*. Teresina: EDUFPI.

Rotelli, F., Leonardis, O. & Mauri, D. (1990). *Desinstitucionalização, uma outra via.* In Nicácio, F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec.

Sales, A. L. & Dimenstein, M. (2009). Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? *Psicologia em Estudo*, 14, (2), 277-85.

Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações.* Campinas: Editorial Psy.

Silva, M. V. O. (2001). *Relatório do 1° Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas: Políticas públicas como um desafio para os psicólogos*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Skinner, B. F. (1978). *O comportamento verbal.* São Paulo: Cultrix.

Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano.* São Paulo: Martins Fontes.

Souza, E. C. F. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: Uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Caderno de Saude Publica*, 24 (1), 100-110.

Tanaka, O. Y. & Melo, C. (2001). *Avaliação de programas de saúde do adolescente: Um modo de fazer.* São Paulo: Edusp.

Teixeira, R. (2003) *O acolhimento nos serviços de saúde entendido como uma rede de conversações.* In Pinheiros, R. & Matos R.A. (orgs.). Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO.

Universidade Estadual do Piauí. (2007). *Projeto pedagógico do curso de psicologia.* Teresina: UESPI.

Vilela, A. M. J. (1999). Eliezer Schneider: Um esboço biográfico. *Estudos de Psicologia,* 4 (2), 331-50. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/epsic/v4n2/a09v4n2.pdf.

Yasui, S. & Rosa, A.C. (2008). A estratégia atenção psicossocial: Desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saude Debate*, 32 (78), 27-37.