



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**APARECIDA MYRIA DA FONSECA COSTA FIALHO**

**CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO CAPS ACERCA DO  
ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL**

**CUITÉ- PB**

**2013**

**APARECIDA MYRIA DA FONSECA COSTA FIALHO**

**CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO CAPS ACERCA DO  
ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-PB como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Priscilla Maria de Castro Silva.

**CUITÉ- PB**

**2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

F438c Fialho, Aparecida Myria da Fonseca Costa.

Concepções dos profissionais do CAPS acerca do acolhimento e humanização na saúde mental. / Aparecida Myria da Fonseca Costa Fialho. – Cuité: CES, 2013.

48 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Priscilla Maria de Castro Silva.

1. Saúde mental.      2. Reforma psiquiátrica.      3.  
Humanização - acolhimento.      I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 613.86

**APARECIDA MYRIA DA FONSECA COSTA FIALHO**

**CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO CAPS ACERCA DO  
ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL**

APROVADO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª Ms. Priscilla Maria de Castro Silva  
Orientadora/UFCG

---

Allyne Mendonça Sarayva  
UFCG

---

Samilla Gonçalves de Moura  
UFCG

*À minha mãe, a quem, em primeiro lugar e acima de qualquer outra consideração, dedico este trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, antes de tudo, por todas as bênçãos e oportunidades a mim oferecidas. Pela saúde, coragem e força de vontade que Ele me proporcionou durante esta caminhada, fazendo-me entender que, ao seu lado, tudo é possível.*

*Ao meu pai (in memoriam) por ter sido minha estrutura familiar por muitos anos, pelas palavras de estímulo e confiança, coração bondoso que dedicou toda sua vida a família, meu eterno amor e gratidão.*

*A minha mãe por permanecer sempre ao meu lado e pelas horas de dedicação às minhas filhas ao longo desses cinco anos.*

*Ao meu esposo e filhas pela paciência, pelo carinho e por compreenderem minhas ausências e omissões.*

*A Prof<sup>a</sup> Priscilla Castro pelo apoio, pela orientação segura e competente, testemunho de seriedade, que me permitiu concretizar este trabalho.*

*A Banca Examinadora: Professoras Allyne Mendonça e Samila Moura, pelas considerações feitas para o enriquecimento desse trabalho.*

*Aos demais professores pelas valiosas contribuições em minha formação.*

*Aos profissionais do CAPS-Cuité pela receptividade e pelo interesse em colaborar para o desenvolvimento deste trabalho.*

*Aos amigos que fiz durante a graduação, pela verdadeira amizade que construímos, em particular àqueles que estiveram sempre ao meu lado (Ana Cléia, Aline Souto, Celina Laura e Tobias Lemos).*

*Enfim, a todas as pessoas que torceram, acreditaram e estiveram presentes nesta etapa da minha vida, meu sincero: MUITO OBRIGADA!*

*“Precisamos resolver nossos monstros secretos, nossas feridas clandestinas, nossa insanidade oculta. Não podemos nunca esquecer que os sonhos, a motivação, o desejo de ser livre nos ajudam a superar esses monstros, vencê-los e utilizá-los como servos da nossa inteligência. Não tenha medo da dor, tenha medo de não enfrentá-la, criticá-la, usá-la”.*

*Michel Foucault*

## RESUMO

A assistência aos doentes mentais, no Brasil, desde seus primórdios, foi de excluí-los junto com mendigos e doentes nas santas casas, de forma que não perturbassem a ordem social. Porém, ao final da década de 70, o processo de Reforma Psiquiátrica em conjunto com vários movimentos sociais, dentre eles o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental-MTSM, articulou várias estratégias objetivando superar o paradigma psiquiátrico que se estruturou em torno do isolamento e exclusão dos doentes mentais, e propôs mudanças na assistência, no modelo de atenção e gestão das práticas de saúde. Em 2001, a Lei Federal 10.216, redirecionou a assistência em saúde mental, dando direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto surgiram os serviços substitutivos em saúde mental, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que são serviços de saúde comunitários que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes através de acompanhamento clínico, reinserção social e resgate da cidadania. Embasados na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, que visa à qualidade e a dignidade no cuidado em saúde mental através da diretriz Acolhimento. O objetivo principal do trabalho foi analisar as concepções dos profissionais do CAPS acerca do acolhimento e humanização na saúde mental. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa. O cenário da pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial “Sebastião Paulo de Sousa”, no município de Cuité-PB. A amostra foi composta por 06 profissionais, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Como instrumento para coleta de dados utilizou-se o método de entrevista com a ajuda de um roteiro semiestruturado. O material foi analisado através da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009) e para apresentação utilizamos as regras de categorização das informações, confrontando os significados com a leitura pertinente ao tema em discurso. Da análise do material colhido emergiram as seguintes categorias: concepção dos profissionais acerca da humanização; acolhimento como cuidado humanizado, afetivo e familiar; critérios usados para a elaboração do acolhimento; Projeto Terapêutico: uma ferramenta para o cuidado humanizado; necessidade de capacitação dos profissionais do CAPS sobre a Política Nacional de Humanização. Observamos que os profissionais analisados trabalham na perspectiva da Política Nacional de Humanização, sendo o acolhimento a diretriz dessa política mais presente na assistência, porém, o estudo nos mostrou uma fragilidade no tocante a capacitação profissional na área da saúde mental, eclodindo a necessidade de uma educação permanente acerca da PNH para um melhor desenvolvimento das ações desses profissionais nos serviços substitutivos e de base comunitária.

Palavras Chave: Reforma Psiquiátrica, Humanização, Acolhimento.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The care of the mentally ill, in Brazil, since its inception, has been deleting them along with beggars and idlers in the holy house, so not to disturb social order. However, at the end of the 70s, the process of psychiatric reform in conjunction with various social movements, including the Workers' Movement in Mental Health - MTSM articulated various strategies aiming to overcome the psychiatric paradigm was structured around the isolation and exclusion of the mentally ill and proposed changes in care, model of care and management of health practices. In 2001, the Federal Law 10.216, redirected to mental health care, giving rights and protection of persons with mental disorders. In this context arise substitute services in mental health, including the Psychosocial Care Centers - CAPS, which are community health services that provide day care for people with severe and persistent mental disorders through clinical follow-up, social reintegration and recovery of citizenship. And the National Humanization Policy of the National Health System, which aims to the quality and dignity in health care. **OBJECTIVE:** The main objective was to analyze the conceptions of CAPS professionals about the care and humane mental health. **METHODOLOGY:** This study deals with an exploratory - descriptive qualitative approach. The research scenario was the Psychosocial Care Center "Sebastião Paulo Sousa" in the municipality of Cuité - Pb. The sample was composed by 06 professionals, according to the criteria of inclusion and exclusion. As an instrument for data collection used the interview method with the help of a semi-structured. The material was analyzed through the technique of content analysis proposed by Bardin (2009) and used for the presentation of narrative technique, confronting the meanings by reading relevant to the topic at discursão. **EMPIRICAL ANALYSIS OF MATERIAL:** From the analysis of the material collected the following categories emerged: design professionals on humanization, as host humanized care, affection and family; criteria used to prepare the host, need for attentive listening and preparing the Project for Therapeutic the care for patients with psychological distress in CAPS; need for professional training on the CAPS National Humanization Policy. **CONCLUSION:** We observed that professionals working analyzed from the perspective of the National Humanization Policy, being the host of this policy guideline over this assistance, however, the study has shown a weakness in regard to professional training in the area of mental health, the hatching need for ongoing education about PNH for a better development of the activities of these professionals in alternative services and community-based.

**Keywords:** Psychiatric Reform, Humanization, Hospitality.

## **LISTA DE SIGLAS**

**CAPS** \_ Centro de Atenção Psicossocial

**CNS** – Conferência Nacional de Saúde

**MTSM** – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**PNSM** \_ Política Nacional de Saúde Mental

**SRT** \_ Serviço Residencial Terapêutico

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
2.1 HISTÓRIA DA LOUCURA.....	17
2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	18
2.3 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL.....	20
2.3.1 Residências Terapêuticas.....	20
2.3.2 Programa de Volta para Minha Casa.....	20
2.3.3 Centro de Atenção Psicossocial.....	20
2.4 MUDANÇAS QUE OCORRERAM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL.....	22
2.4.1 Política Nacional de Humanização.....	22
2.4.2 Acolhimento.....	22
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	26
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	27
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	27
3.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	27
3.3.1 População.....	27
3.3.2 Amostra.....	28
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	28
3.4.1 Critérios de Inclusão.....	28

3.4.2 Critérios de Exclusão.....	28
3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	28
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	29
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	29
3.8 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	30
3.9 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	30
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>39</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>7 APÊNDICES.....</b>	<b>45</b>
APÊNDICE “A” - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
APÊNDICE “B” - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCL	



Museu do Inconsciente: Google 2013

## 1INTRODUÇÃO

*“No momento em que não pensamos mais as coisas como as pensávamos antes, a transformação se torna ao mesmo tempo muito urgente, muito difícil e bem possível”.*

*(FOUCAULT, 1979)*

A assistência aos doentes mentais, no Brasil, desde seus primórdios, foi de excluí-los, junto com os mendigos, os ociosos e perturbadores da ordem social nas santas casas, onde eles recebiam um tratamento diferente dos demais, aglomerados nos porões, sem assistência médica, tendo seus sintomas reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenados à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas.

Neste período, eles não se diferenciava das outras categorias marginais pelos conceitos nosográficos ou psicopatológicos e sim, pelos critérios de razão e desrazão. O tratamento era à base de disciplina, ameaças, grilhões e golpes, além de purgantes, vomitórios e sangrias (BRAZ; SCHRAMM, 2011).

Todavia, nos Estados Unidos, o movimento de psiquiatria preventiva ou comunitária, preconizava que o objeto da psiquiatria não deveria ser a doença, mas, a saúde mental. E para esse entendimento buscaram outras áreas de conhecimento, como a psicologia, a sociologia e a antropologia, retirando a exclusividade da medicina hospitalocêntrica (AMARANTE, 2000).

No Brasil, no final da década de 70, aproveitando o momento político de redemocratização do país, os profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos, de maneira organizada, denunciaram a violência, ausência de recursos para a área, negligência, utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e reivindicaram a criação de projetos alternativos ao modelo asilar (AMARANTE, 2000).

Nesse sentido, o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento este, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas que passam a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

De acordo com Rocha (2010), o objetivo do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental foi abrir um espaço de luta, de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica. Dando início a luta pelos direitos humanos – dignidade, cidadania – da pessoa em sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva, inicia-se o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, que tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Na continuidade histórica pelas mudanças na assistência à saúde mental, no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado, mas somente em 06 de abril de 2001, a lei é sancionada no país. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, oferece tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, surgem os serviços substitutivos, visando à redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e expansão da rede de serviços comunitários. Essa rede é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais. Dentro dessa rede, particularizamos os CAPSs - Centros de Atenção Psicossocial- que oferecem atendimento individual, grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias (BRASIL, 2005).

Com o surgimento desses serviços formulou-se um novo modelo de assistência ao portador de transtorno mental. E em 2003, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH), que visa a autonomia, protagonismo e co-responsabilidade dos sujeitos envolvidos no processo de saúde.

A Política Nacional de Humanização aplicada à saúde mental sugere o estabelecimento de vínculos, garantia dos direitos dos usuários e de seus familiares e possibilita novas condições de trabalho e capacidade de co-gestão.

Segundo o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização fundamenta-se na troca de saberes, incluindo usuários/profissionais/redes sociais, mudanças nos modos de gerir e de cuidar, trabalho em equipe e gestão participativa. E é nessa perspectiva que a PNH deve se fazer presente nos serviços substitutivos em saúde mental, promovendo sujeitos autônomos e protagonistas do seu processo de saúde com inclusão social (SHEIBEL; FERREIRA, 2011).

Diante esse novo cenário, a Política Nacional de Saúde Mental, passou por significativas mudanças, saindo definitivamente, do modelo centrado na hospitalização, para um modelo de atenção diversificado, de base territorial e comunitária.

Com isso, o Ministério da Saúde passou a financiar os novos serviços, criou novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução progressiva dos leitos psiquiátricos e, conseqüentemente, a desinstitucionalização das pessoas portadoras de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

Face ao exposto, temos como questão norteadora deste estudo a seguinte problemática: Será que o Centro de Atenção Psicossocial-Cuité-PB atende o usuário do serviço dentro dos parâmetros preconizados pela Política Nacional de Humanização?

A motivação pessoal pela área da saúde mental e aproximação com a temática ocorreram ao longo da trajetória acadêmica, enquanto aluna do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG, ao cursar disciplinas voltadas para saúde mental fundamentadas na Reforma Psiquiátrica e ao realizar estágios em Centros de Atenção Psicossocial. Durante as experiências acadêmicas foi possível compreender que ao longo dos anos o modelo assistencial em saúde mental passou por mudanças bastante significativas, deslocando a atenção em saúde para o território e resgatando a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, favorecendo sua inserção social.

Nesse sentido, temos como pressuposto deste estudo que nem todos os profissionais inseridos nos serviços de saúde mental são capacitados para trabalhar com os portadores de sofrimento psíquico de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Pois, apesar dos avanços inquestionáveis, desafios importantes se fazem presentes à consolidação da Política Nacional de Humanização em nosso país. Entre eles, está à efetivação de um cuidado produtor de autonomia e protagonismo e que analise permanentemente as práticas de gestão e de atenção à saúde mental.

Segundo Pinto et al (2011), a proximidade com a pessoa que sofre a experiência de transtorno mental coloca em confronto as diversas possibilidades interpretativas, interroga competências, pede sensibilidade do profissional. Pede, também, o entendimento de que o sofrer psíquico não pode ser visto como algo a ser eliminado ou combatido, mas como um caminho capaz de levar à redescoberta do real, da compreensão da experiência emocional de quem a vivencia.

Ainda de acordo com o mesmo autor, na prestação do cuidado é imperativo para o profissional de saúde estar atento não apenas aos procedimentos técnicos e à resolução prática



de problemas, mas também à responsabilidade ética em aperfeiçoar a qualidade das relações interpessoais com o usuário por meio da comunicação, transmissão de confiança, criação de vínculos afetivos, e o compromisso da busca da cidadania e direitos dos portadores de transtorno mental. Pensando assim, ressaltamos a necessidade da humanização dos serviços através de uma atenção integral, resolutiva e responsável, que promova sujeitos autônomos, protagonistas e co-responsáveis pelo processo de produção de saúde.

Dessa forma a justificativa para a realização deste estudo é no sentido de contribuir para uma reflexão sobre as práticas de cuidado que operam no dia a dia dos serviços de assistência à saúde mental tendo em vista a relevância social e científica do tema abordado.

Sabemos que há vários estudos relacionados à Reforma Psiquiátrica, Serviços Substitutivos e Humanização em Saúde, porém, se faz necessário a realização de estudos que visem analisar as concepções dos profissionais envolvidos na assistência diante desse novo paradigma.

Com isso, formulamos o seguinte objetivo geral:

\* Investigar se os profissionais do CAPS “Sebastião Paulo de Sousa”- Cuité – PB, estão trabalhando na perspectiva de humanização proposta pela Política Nacional de Humanização.

Sendo os objetivos específicos:

\* Analisar a concepção teórico-prático dos profissionais sobre acolhimento e humanização;

\* Averiguar de que forma e com base em que critérios é realizado o acolhimento ao serviço;

\* Analisar se existe escuta atenta e elaboração de projeto terapêutico singular para cada usuário do serviço;

\* Investigar se houve capacitação da equipe que trabalha no CAPS no tocante a Política Nacional de Humanização.



Museu do Inconsciente: Google 2013

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

*“Ler significa reler, compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam. Sendo assim, fica evidente que cada leitor é coautor. Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita”.*

*(Boff, 1997)*

## 2.1 HISTÓRIA DA LOUCURA:

A loucura ao longo da história foi vista de várias formas: falha da natureza, castigo ou dádiva dos deuses, privação da vontade, exacerbação da verdade (NÔMADE, 2009). Isso mostra a influência da cultura sobre as formas de sentir, pensar, explicar e tratar o sofrimento mental (ROCHA, 2010).

De acordo com o mesmo autor, antes do surgimento da psiquiatria todas as sociedades tiveram suas ideias sobre a loucura, que mais tarde foram considerados transtornos mentais ou psíquicos, eram atribuídos a forças exteriores ao homem e assim sendo, tratados com práticas mágicas, religiosas, exorcismo ou condenadas à fogueira.

Segundo Braz; Schramm (2011, apud Foucault 1987), antes de a loucura ser dominada, os loucos viviam como errantes, embarcados na Nave dos Loucos. Eram expulsos das cidades, deixados vagando pelos campos ou entregues a mercadores e peregrinos. Todo esse desejo de embarcá-los em um navio simbolizava uma inquietude em relação à loucura.

Segundo Rocha (2010), em 1410 na cidade de Valência, na Espanha, criou-se o primeiro hospital psiquiátrico do mundo ocidental. As reformas políticas e sociais que ocorreram na Europa inspiraram Philippe Pinel a ocupar-se dos loucos, pois para ele a loucura não destruía o indivíduo inteiramente, restava sempre um pouco de razão. Isso o fez acreditar que a loucura seria uma doença, passível de tratamento e cura. Pinel participou ativamente dos acontecimentos da Revolução Francesa, processo que marcou fortemente o setor saúde mental. Com ele surge a psiquiatria e o louco passa a ser visto como um doente.

E por essa razão, a partir do século XVII, passaram a ser encarcerados em casas de loucos, os hospícios. O internamento não possuía função médica e sim, disciplinar e de controle social. Desse modo, reforçavam-se ainda mais a exclusão e reclusão desses indivíduos (BRAZ; SCHRAMM, 2011).

De acordo com Braz e Schramm (2011 apud FOUCAULT, 1987), ao longo dos tempos foram feitos protestos em prol dos alienados e suas condições de vida dentro das casas de internamento. Pois estes eram jogados em subterrâneos, em celas onde o olhar da humanidade nunca penetrava.

Ainda de acordo com Braz e Schramm (2011 apud FOUCAULT, 1987), no século XIX, as casas de loucos desapareceram, mas não para os loucos, pois esses não conseguiam, por sua pretensa incapacidade para o trabalho, permanecer dentro das fronteiras da nova ordem burguesa.

## 2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “Movimento Sanitário”.

O Movimento pela Reforma Sanitária surgiu da indignação de setores da sociedade sobre o dramático quadro em que a saúde se encontrava. E buscou mudanças em favor dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

O movimento atingiu sua maturidade a partir do fim da década de 70 e consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiam um novo modelo para a saúde no Brasil (ANDRADE et al, 2013).

Ainda segundo o mesmo autor, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu um marco político e conceitual para a orientação do processo de transformação do setor saúde no Brasil, uma vez que consolidou as diretrizes da universalidade, integralidade e equidade, demandando um serviço de saúde unificado e descentralizado. E a partir daí o direito à saúde é reconhecido como um dos direitos fundamentais do ser humano e como dever do Estado a sua garantia. Mediante a todos esses acontecimentos, buscou-se um novo conceito de saúde, que passou a ser vista como um bem do ser humano. Desta forma, em seu relatório final, a 8ª CNS trouxe como resultado um conceito ampliado de saúde, como sendo: resultado das condições de habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, educação, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde (ANDRADE et al, 2013).

Contudo, foi dentro desta perspectiva que a “Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado” se colocou como ideia central do Movimento Sanitário e assim sendo, a 8ª CNS estabeleceu as bases para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde (ANDRADE et al, 2013).

Paralelamente, em 1978, teve início o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, em meio a um momento de crítica ao modelo hospitalocêntrico e o início efetivo dos movimentos sociais pelos direitos dos portadores de transtornos mentais, dentre eles: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, I Conferência Nacional de Saúde Mental, surgimento do primeiro CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial-NAPS e Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado e criação do SUS,

No final do ano de 1987 realizou-se o II Congresso Nacional do MSTM em Bauru estado de São Paulo, no qual se concretizou o Movimento de Luta Antimanicomial e foi constituído o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse congresso ampliou-se o sentido político-conceitual acerca do movimento antimanicomial e trouxe a público inúmeras denúncias, questionamentos e reflexões, ampliando as fronteiras e limites da política, recriando o conceito de cidadania, dramatizando o grau de discriminação e controle cultural e institucional acerca do “louco” e da “loucura”, denunciando uma injustiça social e seus impactos sociais e culturais (BRASIL, 2005).

Na década de 90, em compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, foram implantados serviços de atenção diária e normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

No entanto, só após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país, mais precisamente em 06 de abril de 2001. A Lei Federal 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. É no contexto da promulgação desta lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ao final do ano de 2001, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

De acordo com Amarante (2007), o processo de reforma psiquiátrica é uma consequência natural de uma transformação da própria ciência. Um importante passo neste sentido foi o fato dos serviços terem passado a lidar com as pessoas e não mais com as doenças. Desta forma, rompeu-se como modelo teórico-conceitual até então vigente e o campo da saúde e atenção psicossocial passou por um conjunto de transformações e inovações que contribuíram para a construção de uma nova imagem social dada à loucura e aos sujeitos em sofrimento.

Agregado a isso, a questão dos direitos humanos também possui importância singular, pois trata da inclusão de novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Embora a construção da cidadania diga respeito a um processo mais complexo de mudança de mentalidades (AMARANTE 2007).

## 2.3 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL: BREVES DEFINIÇÕES

Diante essa evolução histórico-política destinada à assistência ao portador de sofrimento psíquico, surgem os serviços substitutivos, favorecendo a desinstitucionalização e uma assistência territorializada.

### 2.3.1 Residências Terapêuticas:

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Têm capacidade de acomodar até oito usuários e devem estar vinculadas aos CAPS ou outro dispositivo ambulatorial especializado em saúde mental. Existem dois tipos de moradia organizada de acordo com as necessidades dos moradores: SRT I com foco na inserção social, onde é necessária a ajuda de um cuidador capacitado para esse tipo de apoio; SRT II onde são oferecidos cuidados substitutivos familiares a moradores idosos, doentes e/ou deficientes físicos, carentes de cuidados intensivos. Esses serviços devem dispor de pelo menos, um profissional de nível superior da área de Saúde Mental e técnicos de nível médio (BRASIL, 2004).

### 2.3.2 Programa de Volta para Casa:

Programa instituído pela Lei 10.708/03, para assistência, acompanhamento e reintegração social dos portadores de sofrimento psíquico, com história de internação psiquiátrica acima de dois anos, com objetivo de reinseri-los socialmente. O programa de volta para casa versa sobre um auxílio, com fins de reabilitação psicossocial, fruto da Política Nacional de Saúde Mental.

### 2.3.3 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS:

Os CAPSs são definidos e regulamentados pela portaria ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e devem oferecer atendimento individual, grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias. O foco do trabalho desenvolvido nos serviços substitutivos, e especificamente nos CAPS, não é a doença, mas sim, prioritariamente, o usuário e seu entorno social (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Esta nova lógica propõe que os serviços substitutivos se organizem na forma de uma rede articulada e acessível que objetive o resgate de cidadania e o envolvimento dos usuários, famílias e comunidade em todas as fases do processo de cuidado (PINTO et al., 2011).

De acordo com a portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (ROCHA, 2010).

O CAPS I destina-se ao atendimento em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes. Funciona das 08 às 18h, em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana; equipe técnica composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior necessário ao projeto terapêutico, sejam, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro e quatro profissionais de nível médio – técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (ROCHA, 2010).

O CAPS II para atendimento em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas. Equipe técnica: médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio.

O CAPS III é previsto para atendimento em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24h, incluindo feriados e fins de semana. A equipe técnica é composta por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito de nível médio (ROCHA, 2010).

CAPSi II, para atendimento a crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, em uma população acerca de 200 mil habitantes. Equipe técnica mínima composta por: médico psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível médio (ROCHA, 2010).

CAPSad II, para atendimento a pessoas com transtornos decorrentes de uso de substâncias psicoativas, em município com população superior a 70 mil habitantes. Com funcionamento das 08h às 18h, comportando um terceiro turno até às 21h, nos cinco dias úteis da semana. Deve dispor de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. Equipe composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico que se responsabilizará pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio (ROCHA, 2010).

Frente à demanda nos CAPSad II, no dia 20 de setembro de 2010, através da portaria 2.841 foi criado o CAPS AD III, visando suprir o atendimento e as necessidades de pessoas dependentes de álcool e drogas (BRASIL, 2010).

De acordo com a Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012, o Ministério da Saúde, redefine o CAPS de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III). Destinando esse serviço a prestar atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24h por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Podendo atender adultos e/ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. Equipe mínima composta por um médico clínico, um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior, quatro técnicos de enfermagem, quatro profissionais de nível médio e um técnico administrativo.

## 2.4 MUDANÇAS QUE OCORRERAM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

Visando promover mudanças nos modos de gerir e de cuidar na saúde mental a Política Nacional de Humanização traz em suas diretrizes, a efetivação de um cuidado produtor de autonomia, protagonismo e inclusão social, necessários à consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2008).

### 2.4.1 Política Nacional de Humanização (PNH).

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. A PNH é, portanto, uma política do SUS. Também chamada de HumanizaSUS, a PNH emerge da convergência de três objetivos centrais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da



organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (PASCHE et al., 2011).

Assim sendo, a Política Nacional de Humanização busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, estruturando-se a partir de: princípios, métodos, diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2008).

Santos Filho et al (2009), entende que as ações a serem realizadas pelos trabalhadores em prol da humanização no contexto da Política, são impulsionadas pelos princípios estabelecidos na PNH, os quais estão definidos no documento do Ministério da Saúde que norteia as práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.

De acordo com Brasil (2008), a Política Nacional de Humanização, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão possui alguns princípios norteadores:

- \* Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);

- \* Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;

- \* Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

- \* Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivo simplificados na rede do SUS;

- \* Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;

- \* Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;

- \* Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Por diretrizes entendem-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão através da:

- \* Clínica Ampliada;

- \* Co-gestão;

- \* Acolhimento;

- \* Valorização do trabalho e do trabalhador;

- \* Defesa dos direitos dos usuários;

- \* Fomento das grupalidades, coletivos e redes;
- \* Construção da memória do SUS que dá certo.

A atualização dessas diretrizes é feita por meio de dispositivos que são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, visando promover mudanças na atenção e na gestão BRASIL (2008).

Dessa forma, com a implementação da PNH, o ministério da saúde visa alcançar resultados que englobem vários eixos da assistência. Dentre os quais se destaca a redução das filas e o tempo de espera, atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; garantia dos direitos dos usuários através de uma rede de serviços que se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral; garantia de uma gestão participativa aos seus profissionais e usuários, educação permanente dos trabalhadores, adequação de ambiência e espaços acolhedores (BRASIL, 2008).

Diante do exposto, a humanização enquanto política surge com a tarefa de (re) construir o modo no qual é produzido saúde e, conseqüentemente, os sujeitos envolvidos nesse processo. Isso por que ela se define pela busca de mudanças na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho ao garantir direitos aos usuários, reforçando seus papéis de atores do SUS através do controle social e ao estimular os profissionais na mudança do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

#### 2.4.2 Acolhimento:

O acolhimento na saúde mental sugere o estabelecimento de relações de aproximação de modo humanizado, no sentido de desenvolver a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. Isso implica em um cuidado integral, escuta qualificada e garantia do acesso com responsabilização e resolutividade em um processo coletivo de se produzir saúde (PINTO et al., 2011).

O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do indivíduo (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS:

\* ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;

\* estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção da nossa própria humanidade;

\* política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e, ao mesmo tempo, como ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2006).



Museu do Inconsciente: Google 2013

### 3 METODOLOGIA

*A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar.*

(FOUCAULT, 1979)

Neste capítulo abordaremos os processos metodológicos que foram seguidos para o desenvolvimento desse estudo.

### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa. O método exploratório foi escolhido por apresentar uma maior relação com o estudo, pois segundo Gil (2009), a pesquisa exploratória tem como principal qualidade, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Ainda de acordo com Gil (2009), a pesquisa exploratória proporciona visão geral acerca de determinado fato.

Nossa opção pela abordagem qualitativa fundamenta-se na compreensão de Minayo (2010), que define a pesquisa qualitativa em um estudo para compreender as relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens referentes à sua forma de se posicionar, pensar, sentir e viver, ou seja, é um universo de significados, que corresponde a processos e fenômenos mais complexos que não podem ser reduzidos.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial - “Sebastião Paulo de Sousa”. O serviço estudado localiza-se na Rua Antonio André da Silva, 17, Bairro Bela Vista no município de Cuité-PB, e foi cadastrado em 19 de abril de 2012 no Ministério da Saúde como CAPS I.

A escolha do local foi baseada pelo fato da Instituição ser um CAPS de referência para dois municípios (Cuité/Nova Floresta) e possuir uma grande demanda de usuários que utilizam o serviço para a sua reabilitação.

O CAPS de Cuité funciona de segunda a sexta-feira, manhã e tarde, nos horários das 08 às 17 horas. O serviço tem 421 usuários cadastrados. Nele são desenvolvidas atividades como triagem, atendimento em grupo e individual, oficinas terapêuticas, atendimento à família, visitas domiciliares e reuniões de equipe.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

#### 3.3.1 POPULAÇÃO

A população foi composta por 05 (cinco) profissionais de nível superior (Médica Psiquiatra, Enfermeira, Psicóloga, Pedagoga e Assistente Social) e 05 (cinco) profissionais de nível médio (Técnica em enfermagem, Oficineiro, Porteiro, Auxiliar de Serviços Gerais e Cozinheira) que fazem parte da equipe profissional do CAPS.

### 3.3.2 AMOSTRA

A amostra foi composta por 06 (seis) profissionais, sendo 03 (três) de nível superior (Psicóloga, Enfermeira, Pedagoga) e 03 (três) de nível médio (Técnica em enfermagem, Oficineiro e Porteiro) obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão e que aceitaram participar da pesquisa.

## 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

### 3.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- \* Pertencer à equipe de profissionais do CAPS sendo este de nível superior e médio;
- \* Realizar acolhimento dos usuários no serviço;
- \* Estar disposto a participar voluntariamente da pesquisa assim como ser profissional do CAPS e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

### 3.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- \* Profissionais que não estavam regularizados;
- \* Profissionais que não realizavam o acolhimento;

## 3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos através da realização de uma entrevista com a ajuda de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), contendo, em sua primeira parte, dados pessoais do colaborador, seguido de perguntas subjetivas a fim de atingir os objetivos propostos no que se refere aos profissionais.

Esta técnica foi escolhida porque de acordo com Gil' (2009):

Pode-se definir entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É uma forma de diálogo

assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

A entrevista aconteceu após a apresentação dos objetivos da pesquisa e consentimento informado e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido por parte dos entrevistados (APÊNDICE B).

### 3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram coletados através da realização de uma entrevista gravada, em seguida foram transcritos na íntegra, analisados e considerados como categorias temáticas. Para a análise desses resultados foram utilizadas as técnicas de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), o qual afirma que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que tem o objetivo de alcançar, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a indução de informações relativas às condições de produção/recepção destas mensagens.

As regras de análise de Bardin (2009) são as de categorização das informações por: homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e adequação ou pertinência.

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Durante a trajetória da pesquisa, adotamos os princípios éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, deixando-os esclarecidos dos seus direitos. Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades o quadro referencial básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

Os colaboradores da pesquisa estavam cientes do anonimato e privacidade dos depoimentos prestados.

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), no qual os mesmos tornaram-se cientes dos benefícios e malefícios da

pesquisa, assim como das demais informações éticas concernentes ao projeto, que estavam contidas neste termo.

Conforme a resolução 196/96, foi mantido o anonimato dos profissionais, identificados pela letra “P” (Profissional) seguida pelo número da ordem de realização da entrevista (P1,P2,P3,P4...).

### 3.8 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados foi utilizadas as regras de análise propostas por Bardin (2009), que são as de categorização das informações por: homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e adequação ou pertinência, que possibilitou a confrontação de significados com a literatura pertinente ao tema discutido.

### 3.9. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO:

Através da análise do material colhido por meio das entrevistas, iremos discorrer neste capítulo sobre as concepções dos profissionais do CAPS acerca do acolhimento e humanização na assistência a saúde mental.

Foram selecionadas as falas mais expressivas dos sujeitos da pesquisa, procurando sempre conservar a ideia principal do que foi dito pelos entrevistados. Cada profissional foi identificado pela letra P, seguida de numeração por ordem de entrevistas, no total foram 06 participantes entrevistados, sendo 04 do sexo feminino e 02 do sexo masculino com uma faixa etária entre 24 e 41 anos. Os dados foram coletados nos dias 22, 23, 24, 25 de julho de 2013.

E de acordo com as suas falas dos colaboradores emergiram as seguintes categorias temáticas: Categoria I- Concepção dos profissionais acerca da humanização; Categoria II: Acolhimento como cuidado humanizado, afetivo e familiar; Categoria III: Critérios para elaboração do acolhimento no CAPS; Categoria IV: A necessidade da escuta atenta e elaboração do Projeto Terapêutico; Categoria V: Necessidade de Capacitação dos profissionais do CAPS sobre a Política Nacional de Humanização.



Categoria I: Concepção dos profissionais acerca da humanização.

Nesta categoria, de acordo com os discursos da maioria dos profissionais, percebemos que a Política Nacional de Humanização é vista como uma forma de acolher os usuários no serviço, tratá-los bem e garantir os seus direitos enquanto cidadãos.

*“Humanização não só na saúde mental, mas na saúde como um todo é a forma que você tem de receber um indivíduo[...] seja pra uma consulta, pra um acolhimento, pra um atendimento individual [...] e que você deixe ele se sentir como especial, como ser humano mesmo, é tratá-lo com cuidado, é o ser cuidado com afeto, com carinho”.* P01

*“A humanização ela tem o sentido de tratar a pessoa como ser humano, então, [...] humanizar o serviço é isso, é você tratar o ser humano na sua totalidade, respeitar suas diferenças, acolher no momento que ele precisa, se interessar por ele e tratá-lo na sua totalidade”.* P02

*“[...] humanização na saúde mental, consiste na inclusão dos deficientes mentais [...] na sociedade através do bom tratamento e a liberação de todos os seus direitos enquanto cidadãos, que não sejam considerados incapazes, [...] E o nosso papel é esse, é exatamente incluir eles e mostrar suas habilidades, descobrir também que talvez nem eles mesmos saibam. Pra mim esse é o resultado da humanização na saúde mental”.* P04

*“Consiste em incluir os deficientes mentais na sociedade através de um bom tratamento e liberação de todos os seus direitos enquanto cidadãos”.* P06

Fundamentando as falas descritas, percebemos que para a construção de uma nova forma de cuidado de saúde pautados na humanização, deve-se levar em consideração uma abordagem integral e humana. Portanto, devem ser respeitados os seus saberes que são ligados a sua cultura e que dão sustentação a sua forma de perceber seu processo de adoecimento (BARBOSA et al., 2013).

Ainda de acordo com o mesmo autor, humanização se configura como uma aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado, estético porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo e, político porque se refere à organização social e institucional.

Assim sendo, humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios, constantemente, mas, além disso, compreender seus medos, angústias, incertezas dando-lhe apoio e atenção permanente (ABREU et al., 2012).

Nesse sentido, o profissional (P2) corrobora com Souza et al (2012), quando diz que a humanização se fundamenta na integralidade do ser, de modo que o cliente seja acolhido em

todos os seus aspectos e não somente pela patologia, tendo o direito de ter uma vida digna. Tratando-se de interrelação de pessoas, só pode haver humanização se houver uma postura de respeito ao ser humano, de cordialidade e constante diálogo.

Nesse contexto, a humanização deve ser entendida como um modo de cuidado centrado no indivíduo, no respeito à sua autonomia e na satisfação de suas necessidades, considerando seus saberes (ABREU et al., 2012).

Desse modo, é possível perceber mediante as falas dos profissionais e as considerações supracitadas que a Política Nacional de Humanização está parcialmente presente neste serviço de atenção psicossocial através da diretriz acolhimento, onde o usuário é ouvido atentamente observando-se suas necessidades, respeito as suas diferenças e garantia de seus direitos.

#### Categoria II: Acolhimento como cuidado humanizado, afetivo e familiar.

Podemos observar nesta categoria que o acolhimento traz nas relações interpessoais o fortalecimento do vínculo e a afetividade como forma de cuidar e humanizar o serviço.

*“[...] nós fazemos o possível pra que ele se sinta acolhido da melhor forma possível. Nós tratamos eles, muitas vezes, melhores do que os próprios familiares, a gente aqui é uma casa, é a casa deles, eles passam mais tempo conosco, praticamente, do que com a própria família, por que os que estão aqui [...] estão de 8 às 16 horas e só a parte da noite com a família e os finais de semana e o restante do tempo deles é conosco.” P01*

*“[...] acho que eu cuido de uma forma humanizada por que é como se fosse minha família! De tanto eu conviver aqui dentro a gente vai pegando afeto por eles, [...] então, eu não só me interesso pela patologia. É tanto que eu não gosto que ninguém trate um usuário pela patologia dele, eu gosto que cada um conheça a pessoa pelo nome e conheça suas particularidades.” P02.*

*“[...] aqui nós não oferecemos só aquele lado profissional e sim o afeto, o amor, o cuidado do dia a dia. E considero, até eu repito sempre isso aqui, que considero como se fosse minha segunda família, por que eu passo muito mais tempo do que na minha própria casa.” P03*

*“O nome CAPS já diz tudo... que é atenção psicossocial, é dar o máximo de atenção a eles, dá o melhor tratamento possível, é isso que eu faço. [...] É de tá ali com eles e analisar o perfil deles, o comportamento e principalmente avaliar essas habilidades”. P04*

O cuidar envolve tarefas como tocar, sentir, escutar e auxiliar o outro nas atividades em que ele apresenta dificuldade, além de envolver a família, que é entendida como parte fundamental para a evolução satisfatória do paciente no paradigma psicossocial de atenção à saúde mental (OLIVEIRA et al., 2013).

Nesse sentido, o acolhimento colabora para um atendimento de qualidade e humanizado, facilita a promoção da assistência integral, de forma que cada profissional possua uma visão holística do ser humano a ser atendido (GUEDES et al., 2013).

Segundo o mesmo autor, o acolhimento diz respeito à escuta qualificada de problemas de saúde do usuário, visando fornecer sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução de seu problema.

De acordo com Lima et al (2013), o cuidado no modo da atenção psicossocial tem determinantes políticos e biopsicossocioculturais e seus meios de auxílio à pessoa em sofrimento psíquico são as psicoterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural.

Diante do exposto, cabe aos profissionais romper com a lógica presente na assistência, marcada pela prática de atender apenas as queixas, passando a traçar possibilidades de efetivo encontro trabalhador/usuário, em que as pessoas não sejam vistas como um diagnóstico de doença. Os encontros devem ser marcados pela singularidade e pela subjetividade dos sujeitos envolvidos e à medida que se transformam o cotidiano dos serviços permitem que as práticas pedagógicas se façam presentes nos saberes e fazeres (BARBOSA et al., 2013).

Diante das falas dos profissionais e as considerações supracitadas, para que haja um cuidado humanizado aos portadores de sofrimento psíquico é necessário que haja empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre cuidador e aquele que é cuidado com uma finalidade terapêutica.

### Categoria III: Critérios para elaboração do acolhimento no CAPS.

Ao analisarmos esta categoria podemos perceber que o usuário é acolhido nesse serviço conforme o conhecimento prévio que os profissionais têm a respeito de humanização e acolhimento e que aplicam no cotidiano de suas práticas.

*[...] o acolhimento se dá com aquela recepção que eu vou ter com qualquer ser humano, qualquer pessoa, qualquer indivíduo, [...] eu tento referir muito a isso, eu quero que me tratem, eu vou tratar do jeito que eu queria ser tratada, então o acolhimento pra mim se dá dessa forma: a boa receptividade.” P01*

*“Acolhimento é receber a pessoa de uma forma cuidadosa, respeitosa, quebrando esse distanciamento que afasta o profissional do ser humano. E se você acolhe dessa maneira, com certeza, tá fazendo um acolhimento com humanização.” P02*

*“Na minha opinião os critérios são as boas vindas, a dedicação, a atenção, para que eles se sintam assim... realmente acolhidos no serviço”. P03*

*“É através do bom tratamento com eles, muito diálogo, trabalho em grupo principalmente. [...] respeito pelas histórias de vida deles, a realidade familiar, pelo apoio e a valorização das habilidades. Esses são os critérios”. P04*

*“Respeito e ter um prévio conhecimento da vida do usuário”. P05*

Para Sheibel e Ferreira (2011), o acolhimento é considerado um dispositivo que contribui para a efetivação do Sistema Único (SUS), sendo percebido como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta e na construção de vínculo, além de garantir, nos serviços de saúde, acesso com responsabilização e resolutividade.

Assim sendo, o acolhimento é um processo contínuo que envolve sensibilidade e conhecimento técnico-científico dos profissionais, de forma a atender a todos que procuram pelos serviços de saúde, assumindo uma postura capaz de escutar e identificar necessidades (GUEDES et al., 2013).

Nesse ínterim, o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e responsabilizar-se para dar uma resposta ao problema. A partir daí o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante (BRASIL, 2008).

Desse modo, para a construção de uma nova forma de cuidado com os usuários dos serviços de saúde pautados na humanização, leva-se em consideração que o usuário deva ter uma abordagem integral e humana. Portanto, devem ser respeitados os seus saberes que são ligados a sua cultura e que dão sustentação a sua forma de perceber seu processo de adoecimento (BARBOSA et al., 2013).

Segundo Sheibel e Ferreira (2011), o Acolhimento pode ser compreendido como: uma postura que pressupõe atitude ética por parte do trabalhador de receber, escutar e tratar humanizadamente o usuário e suas demandas; técnica que instrumentaliza procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados; política por

ser (re) orientador dos processos de trabalho que pontua problemas e oferece respostas a questões referentes à organização dos serviços de saúde.

Nesse contexto, analisando as falas dos profissionais e relacionando-as às ideias discutidas logo em seguida, podemos perceber que a escuta qualificada é uma ferramenta fundamental no acolhimento do usuário ao serviço e, que a partir desse critério se concretiza a assistência à saúde mental através de identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento.

#### Categoria IV: Projeto Terapêutico: uma ferramenta para o cuidado humanizado.

Diante a temática disposta nesta categoria, os discursos dos profissionais, em sua maioria, demonstraram que a escuta qualificada é o primeiro passo no processo para identificação das necessidades individuais e elaboração do Projeto Terapêutico.

*“[...] desde o acolhimento a gente já escuta essas necessidades, porque a família tá presente, o responsável está presente,[...]e a partir daquela inserção a gente observa de 15 dias a um mês aquele indivíduo pra saber do que ele necessita, o que a gente vai poder oferecer [...]. Então assim, a gente elabora o projeto com base nas necessidades dele, né, de cada indivíduo, [...] por isso que chama-se Projeto Terapêutico Singular, por que é da necessidade individual de cada usuário.” P01*

*“[...] aquela pessoa que vai fazer parte do serviço ela chega, é acolhida por um profissional, aquele profissional vai ter um atendimento individual com ele, vai saber todo o histórico dele, [...] e esse projeto terapêutico vai ser feito de acordo com o que a gente observar,[...] por que a gente já conhece o que ele gosta, o que ele não gosta, no que ele se adapta, no que ele tem deficiência, a gente tem essa escuta prévia.” P02*

*“[...]a escuta é feita junto com acompanhante ou responsável. Ai... após ele ser observado de 15 a 30 dias, aí vai ser feito uma estrutura do projeto individual de cada um, para que alcance todas as necessidades no dia a dia.”P03*

*“Sim, [existe escuta atenta] até por que isso é bom para o desenvolvimento do projeto. O projeto só terá um resultado se a gente ouvir que é pra ter conhecimento do perfil do usuário, o bom trabalho só é feito se você conhecer o seu usuário.”P04.*

Entende-se que o projeto terapêutico é um instrumento importante para o desenvolvimento do cuidado ao portador de sofrimento psíquico, pois serve de eixo de referência para guiar as ações dos profissionais dos serviços substitutivos na busca da reabilitação psicossocial do sofredor psíquico (KANTORSKI et al., 2010).

Para Pinto et al (2011), o projeto terapêutico é elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida. Esse

projeto é algo singular, com uma interação democrática e horizontal entre trabalhador/usuário/família, mediante uma escuta atenta que considere as diferenças e necessidades de cada indivíduo.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a construção do projeto terapêutico se dá com geração de vínculo entre equipe de saúde/usuário/família. Cada profissional acompanha o usuário no tratamento por meio de intervenções e de reavaliações. A essência do projeto é a dimensão singular que determina a atenção de saúde para alcançar os objetivos: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde/doença.

Nesse sentido, a construção de um projeto terapêutico singular deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo e inclusão social (BOCCARDO et al., 2011).

De fato, para os profissionais ouvidos, a escuta atenta é uma das ferramentas capazes de produzir um efeito terapêutico significativo no processo assistencial ao portador de sofrimento psíquico. Pois oportuniza, com participação ativa dos envolvidos, a construção da autonomia e permite uma aproximação maior com o sujeito, o que facilita a construção do projeto terapêutico.

Categoria V: Necessidade de Capacitação dos profissionais do CAPS sobre a Política Nacional de Humanização.

No que concerne à capacitação profissional, os depoimentos dos colaboradores revelam uma acentuada necessidade da equipe em aprimorar seus conhecimentos em relação à PNH e a assistência à saúde mental.

*“[...] nós não tivemos nenhuma capacitação, quando fomos abrir o serviço, nós apenas tivemos uma visita técnica do pessoal de saúde mental do estado. Fomos nós mesmos que buscamos outros serviços de saúde mental. Lemos muito, pesquisamos muito, mas capacitação mesmo infelizmente não tivemos. [...] a gente tá aprendendo no dia a dia, [...]. Eu acho que capacitação é até a forma da gente tá se reciclando dentro do serviço.” P01*

*“Não teve nenhuma capacitação, eu acho muito importante e muito necessário, porque o serviço de saúde mental é muito novo, pouco se sabe. Muitos dos profissionais que trabalham na área não têm conhecimento algum, principalmente na forma ética de tratar o paciente, também na forma de humanização, [...]. Há uma necessidade enorme de uma capacitação*

*oferecida pelo município e sempre tá renovando, não ser apenas uma capacitação... ser continuada.”P02*

*“[...] não houve treinamento, houve só uma procura da equipe, conhecimento de outros serviços e foi lido muito a respeito, mais eu acho que não é suficiente não, por que o profissional tem que haver sempre aquela questão da reciclagem, né, pra você ter um aprimoramento no dia a dia e para oferecer o melhor atendimento para todos os usuários.”P04*

*“Durante os quatro meses que estou no CAPS ainda não tive uma capacitação, acho que ninguém, né.” P05*

*“Não [houve treinamento]. Bem, precisa sim da capacitação dos profissionais para tratar todos os usuários de forma legítima e legal, [...] precisa também trabalhar junto com os outros serviços, pra melhorar o atendimento”. P06*

As falas descritas acima demonstram a necessidade no município de um Plano de Saúde Mental, onde haja capacitação profissional e o fortalecimento de uma rede de serviços na assistência à saúde mental na perspectiva da Política Nacional de Humanização.

Nesse âmbito, a atenção esperada em saúde mental, de acordo com os princípios da reabilitação psicossocial, exige dos profissionais novas habilidades e competências, portanto compreendemos que uma capacitação profissional é fundamental para a efetivação do processo de trabalho dessa classe (BARBOSA et al., 2013).

Sabemos que trabalhadores que iniciam uma tarefa sem treinamento prévio são factíveis de cometerem erros e de não desenvolverem suas atividades satisfatoriamente. Pois os benefícios de uma capacitação profissional não se restringem apenas aos profissionais, através da aquisição de conhecimentos, aptidões técnicas e de relacionamento, controle das tensões e conflitos, segurança e capacidade de tomar decisões, mas também aos benefícios potenciais que aplicam aos sujeitos usuários dos serviços. (ABREU et al., 2013).

Diante dessas questões, considera-se relevante sinalizar a necessidade de capacitação dos profissionais que trabalham com a saúde mental, para que eles possam atuar de forma coerente com os princípios que norteiam a PNH e a proposta de reabilitação psicossocial, restaurando a lógica do atendimento e reconstruindo os laços sociais fragilizados daqueles que sofrem mentalmente.

De acordo com a Política Nacional de Humanização a busca é formar profissionais que na sua atuação articulem ações de eficiência técnica e científica, postura ética, mas que respeite a necessidade e singularidade de cada usuário, sabendo que esta convivência é imprevisível e é geradora de inovação nas práticas de saúde (BARBOSA et al., 2013).

Lembrando que os CAPS, na atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), são considerados dispositivos estratégicos no processo de organização da rede de assistência em saúde mental nos municípios. Por isso se faz necessário potencializar as ações de educação permanente, para uma melhoria da prática destes profissionais que estão inseridos na rede saúde mental, para que estes possam ter resultados satisfatórios no tocante ao cuidado pautado na integralidade e na singularidade de cada indivíduo.

Para Silva et al (2012), deve-se buscar a capacitação profissional para esse cuidado singular, tendo como referência às mudanças no modelo assistencial decorrentes da reforma psiquiátrica e, que tem por objetivo a inclusão social da pessoa com transtorno mental nos mais variados meios sociais. Essa inclusão social exige que os profissionais repensem o cuidado oferecido, buscando formas de assistir a pessoa com transtorno mental, considerando suas singularidades e potencialidades, tornando-os assim sujeitos protagonistas de suas próprias vidas.

Portanto, para proporcionar capacitação em saúde mental aos profissionais, com a intenção de assegurar resolutividade aos casos atendidos, e qualificação da assistência prestada à população constitui-se em um desafio. Pois a saúde mental não é um tema prioritário para alguns gestores, que ainda não conseguiram colocar a saúde mental como área prioritária de assistência. E esta iniciativa possibilita avanços fundamentais no processo de consolidação das mudanças proporcionadas pela Reforma Psiquiátrica (LIMA et al., 2013).

Corroborando com os autores supracitados, percebemos que para a efetivação da assistência à saúde mental na perspectiva da Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Humanização ainda há muito a ser feito em termos de qualificação profissional para que suas habilidades técnico-científicas tornem-se satisfatórias.





Museu do Inconsciente: Google 2013

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Quanto mais investigo o pensar do povo com ele, tanto mais nos educamos juntos. Quanto mais educamos, tanto mais continuamos investigando.*

*(PAULO FREIRE, 1982).*

A Reforma Psiquiátrica Brasileira modificou o foco do tratamento ao portador de sofrimento psíquico, tentando eliminar gradualmente a internação, substituindo-a por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial. Nesse sentido, para suprir as necessidades desses indivíduos, foram criados novos serviços de Saúde Mental, dentre eles: atendimento em Unidades de Saúde da Família, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, Residências Terapêuticas e Centros de Convivência.

Assim sendo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira possibilitou a desinstitucionalização e a integração do indivíduo na comunidade, através dos serviços substitutivos. Esta nova lógica propõe que os serviços se organizem na forma de uma rede articulada e acessível que objetive o resgate da cidadania dos indivíduos em sofrimento psíquico. Inserida nessa ideia, a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, sugere uma assistência humanizada através da integralidade, escuta qualificada, resolutividade e respeito aos direitos desses cidadãos.

Diante do exposto, observamos que esta pesquisa respondeu satisfatoriamente aos objetivos propostos, todos direcionados ao enfoque da PNH e sua correlação com a Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

No que tange a concepção dos profissionais acerca da humanização percebemos que todos trabalham o acolhimento como forma de humanizar a assistência em saúde mental e isso se faz através da receptividade, inclusão social e garantia dos direitos enquanto cidadãos.

Ao analisarmos o acolhimento como cuidado humanizado, afetivo e familiar podemos perceber que o convívio no dia a dia do serviço é harmonioso e que são respeitadas as necessidades individuais de cada usuário.

Quanto aos critérios usados para a elaboração do acolhimento nesse serviço entendemos que se dá de uma forma atenciosa, por meio do afeto, dedicação e respeito pela história de vida de cada usuário o que corrobora a pensar que no CAPS investigado a assistência direcionada ao portador de sofrimento psíquico é uma prática humanizada no tocante a diretriz acolhimento.

No que se refere ao Projeto Terapêutico como uma ferramenta para o cuidado humanizado percebemos que os profissionais utilizam a escuta atenta como forma de acolhimento e identificação de problemas, possibilitando assim, uma assistência com resolutividade diante as necessidades individuais.

Quanto à necessidade de capacitação dos profissionais do CAPS sobre a Política Nacional de Humanização observamos um déficit quanto à capacitação profissional e percebemos que os trabalhadores sentem essa necessidade de se atualizarem e se capacitarem acerca da PNH e da operacionalização do acolhimento.

Frente aos resultados da referida pesquisa identificamos uma dificuldade: o déficit de capacitação profissional para os trabalhadores que compõem a rede de saúde mental, que de acordo com os seus relatos buscam conhecimento de forma individualizada e até mesmo autodidata, através de leitura pertinente e de obtenção de informações em outros serviços. Esperamos que esses resultados possam ser entendidos como uma realidade presente e sirva para subsidiar ações concretas sobre a problemática que foi identificada com os resultados dessa pesquisa.

Dessa forma, após a conclusão desse trabalho, apontamos a necessidade de uma educação permanente para os profissionais do CAPS acerca da Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Saúde Mental. Para o meio acadêmico vislumbramos possibilidades de uma parceria com o Centro de Educação e Saúde – CES/UFCG para a promoção de Mini-cursos referente à temática, no Festival Universitário de Inverno, bem como a publicação dos resultados desse estudo em uma revista indexada de qualis relevante.

Diante do exposto, espera-se que esse estudo possa contribuir para o cuidado em saúde mental, podendo fomentar, sensibilizar e trazer reflexões para profissionais de saúde, gestores e o meio acadêmico sobre a importância da humanização nos campos da saúde mental, possibilitando uma ação transformadora das práticas e dos saberes, em benefício do portador de sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

ABREU, N. R. DE A.; BARBOSA, M.A.C.; BALDANZA, R.F. et al. Análise do processo de humanização em Hospital Público. **Revista Gestão e Planejamento**, v. 12, n. 3, pp. 615-630. Salvador-BA, set-dez 2012.  
<<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/2064/1858>> Acesso em 20 de agos. de 2013.

AMARANTE, P. D. C. **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro, ed. FIOCRUZ, 2000, 314p.

ANDRADE, L. L. et al. As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. Pág. 263-279, 2013.

BARBOSA, G.C.; MANEGUIM, S.; LIMA, S.A.M.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n. 1, pp. 123-127. Brasília-DF, jan-fev 2013.

BARDIN, L; **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; ed. 70, LDA 2009.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Terapia Ocupacional Univ. São Paulo**, vol. 22, n. 1, pp. 85-92. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v22n1/12.pdf>> Acesso em 16 de jul. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf) Acesso em: 28 de dez. de 2012.

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, Nov/2005, 56p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 05 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004d. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf> Acesso em 28 de dez. de 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4 ed., Brasília-DF, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf)  
Acesso em: 29 de dez. de 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura: Apostila de monitoria**. Brasília: Ministério da Saúde 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria\\_loucura\\_apostila\\_monitoria.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf)  
Acesso em 05 de jan. de 2013.

BRAZ, M.; SCHRAMM, F.R. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400002) Acesso em: 27 de dez. de 2012.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis, ed. Vozes. 288p.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Ed. 2. Reimp. São Paulo:Atlas, 2009.

GUEDES, M.V.C.; HENRIQUES, A.C.P.T.; LIMA, M.M.N. **Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.66, n.1, pp.31-37. Brasília-DF, jan-fev 2013.

KANTORSKI, L. P.; BIELEMANN, V. L. M.; CLASEN, B. N.; et al. **A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial – CAPS**. *Cogitare Enferm.* Vol. 15 n. 4, pp. 659-666. Pelotas-RS, 2010. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/20362/13523> Acesso em 19 de agos. de 2013.

LIMA, A. I. O., SEVERO, A. K.; ANDRADE, N. L. et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas em Psicologia**, v.21, n.1, Ribeirão Preto, jun-2013. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2013000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2013000100005&script=sci_arttext) Acesso em 19 de agos. de 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

NÔMADE. **A história da loucura e os movimentos sociais**. Disponível em: <http://educasaude.arteblog.com.br/138504/A-HISTORIA-DA-LOUCURA-E-OS-MOVIMENTOS-SOCIAIS/>. Acesso em: 31 jan. 2013.

PASCHE, D. F. et al. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.l.].16(11), p. 4541-4548. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2013.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**, Vol. 20 n. 3, pp. 493-302. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>> Acesso em 12 de agos. de 2013.

PITTA, A.M.F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva** [on line] v.16, n. 12, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02>>. Acesso em 11 de agos. de 2013.

ROCHA, M. R. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2ª edição – 9ª reimpressão. SENAC 2010.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A. A política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-609, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>> Acesso em: 19 de agos. de 2013.

SHEIBEL, A.; FERREIRA, L.H. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.4, pp. 966-983, Salvador- BA, out-dez 2011.< [http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/266/pdf\\_79](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/266/pdf_79) >Acesso em 21 de agos. de 2013.

SILVA, N.G; SILVA, P.P.; OLIVEIRA, A.G.B.de. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde** v.11, n.2, p.302-310, abr-jun 2012. <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11181/pdf>> Acesso em 11 de agos. de 2013.

SOUZA, N. R. DE; SILVA, A.A; OLIVEIRA, E.C.; OLIVEIRA, S.H.A. A humanização do atendimento e a percepção de enfermeiros nos serviços de urgência e emergência dos prontos socorros: revisão de literatura. **Ciência et práxis**, v.5, n. 9 2012. <<http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/view/305/142>> Acesso em 20 de agos. de 2013.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB.

Dados Pessoais:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Questão 1:

O que você entende sobre humanização na Saúde Mental?

Questão 2:

Você considera que presta um cuidado humanizado ao usuário do CAPS?

( ) Sim

( ) Não

Por que?

Questão 3:

Qual o seu conhecimento sobre acolhimento e em sua opinião o que ele tem haver com a humanização?

Questão 4:

Com base em que critérios é realizado o acolhimento do usuário no serviço?

Questão 5:

Para elaboração do Projeto Terapêutico Singular existe uma escuta prévia do usuário acerca de suas necessidades individuais? Explique como.

Questão 6:

Houve capacitação no município para um melhor entendimento da PNH e sua aplicabilidade na Saúde Mental?

( ) Sim

( ) Não

Em caso de resposta negativa: Há necessidade? Por quê?

Questão 7:

Você considera que existe um trabalho em rede na assistência à Saúde Mental no município?

Questão 8:

Tem mais alguma consideração a fazer?



## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

### **Concepções dos profissionais do CAPS – Cuité acerca do acolhimento e humanização na Saúde Mental.**

O estudo será realizado no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, localizado à Rua Antônio André da Silva, 17, Bairro Bela Vista, na cidade de Cuité-Pb, visando analisar as concepções dos profissionais envolvidos na assistência, diante o novo paradigma acerca do acolhimento e humanização na assistência à saúde mental.

Esta pesquisa beneficiará a comunidade acadêmica, os profissionais da saúde e usuários, pois será fonte de conhecimento em relação ao cuidado prestado a portadores de transtornos mentais, permitindo uma reflexão acerca da assistência mediante a Política Nacional de Humanização e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

A decisão de participar ou não desse estudo é inteiramente pessoal. Caso decida desistir do estudo, você terá o direito de fazê-lo a qualquer momento e por qualquer motivo. Sua decisão NÃO resultará em qualquer penalidade.

As informações que o (a) senhor (a) nos fornecer serão utilizadas apenas para este estudo. Seus dados relativos a esta pesquisa são confidenciais. Seu nome ou outras informações de identificação pessoal não serão usados em nenhum relato, nem publicações que venham a resultar deste estudo. O (a) senhor (a) não será pago (a) por sua participação nesse estudo, e nada lhe será cobrado.

Durante o estudo, se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

E se o (a) senhor (a), ainda durante o estudo, tiver alguma dúvida ou se quiser qualquer esclarecimento adicional ao protocolo, queira, por favor, entrar em contato com o investigador principal do estudo: Priscilla Maria de Castro Silva, através do telefone (88440225) e a orientanda Aparecida Myria da Fonseca Costa Fialho, através do telefone

(9915-7912). Não assine este formulário de consentimento a menos que você tenha tido a oportunidade de fazer todas as perguntas e ter esclarecido todas as suas dúvidas.

## CONSENTIMENTO

Eu \_\_\_\_\_, li as informações fornecidas neste formulário de consentimento. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas elas me foram respondidas satisfatoriamente. Assino voluntariamente este consentimento informado, que denota minha concordância em participar deste estudo, até que eu decida em contrário. Não estou renunciando a nenhum de meus direitos legais ao assinar este consentimento. Recebi uma cópia assinada desta para referência futura. Após assinado, uma cópia deste documento ficará comigo e outra ficará com o pesquisador. Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente Pesquisa.

_____	_____
Participante da Pesquisa	Data
_____	_____
Assinatura do Pesquisador Responsável	Data
_____	_____
Assinatura da Orientanda	Data