

# A ESSENCIALIDADE DOS SERVIÇOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DA BAHIA

*Data de aceite: 02/10/2023*

**Edivanete Cavalcante dos Santos  
Alcebiades**

Centro Universitário Arnaldo Horácio  
Ferreira – UNIFAAHF  
Curso de Psicologia  
Luís Eduardo Magalhães - BA

**Carlos André Nogueira Oliveira**

Projeto de pesquisa apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa, como requisito parcial de nota para a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso. Orientador: Prof. Me. Carlos André Nogueira Oliveira.

“Para muitos, abraçar a loucura tornou-se o único caminho aparente para persistir e o meio para explicar uma verdade insuportável.”

(BERGER II)

**RESUMO:** A reforma psiquiátrica influenciou de forma relevante a construção de políticas na assistência psicossocial. Os atendimentos oferecidos nos diversos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, distribuídos em várias cidades e municípios

brasileiros tem impactado de forma positiva tanto na vida dos usuários e usuárias destes serviços, na esfera familiar e social. Apesar destes grandes avanços, o preconceito, a resistência e o estigma advindos por parte da família, sociedade e, até mesmo da pessoa em sofrimento mental, é muito cristalizado, o que torna necessário a propagação da importância dos serviços oferecidos pelos CAPS. Sendo assim, a pesquisa objetiva compreender, de forma sucinta, o conhecimento dos/as psicólogos/as que trabalham nos CAPS acerca da história e atuação da prática psicológica nas instituições localizadas num município do Oeste da Bahia, versar sobre a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil, que possibilitou a implementação de uma nova Política de Saúde Mental promovendo o desenvolvimento de pontos excepcionalmente relevantes como os CAPS e averiguar as principais demandas e dificuldades enfrentadas pelos(as) psicólogos(as) que trabalham nos CAPS de um município do Oeste da Bahia. Para tanto, a pesquisa foi realizada presencialmente a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com os/as profissionais da psicologia que atuam nos CAPS do município. Os dados obtidos

foram analisados com base no método qualitativo, do tipo exploratório, por meio da análise de conteúdo. Os resultados constataram que os/as profissionais de psicologia atuam com demandas relacionadas a suicídio, transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas. As principais dificuldades se exprimem através da falta de recursos materiais e estruturais necessários para o fazer da profissão, não conhecimento de outros profissionais sobre as demandas abordadas e da rede psicossocial, bem como a falta de adesão ao tratamento. Os/as profissionais exercem a sua prática respaldando o código de ética da profissão e os direitos humanos, bem como os marcos oriundos da história da luta antimanicomial, combatendo todo preconceito e estigma e ofertando um tratamento humanizado aos pacientes. Também, orientam os sujeitos, respeitando os seus direitos e ajudando-os a promover a dignidade, autonomia e empoderamento, além de trabalhar em prol da restauração de vínculos familiares e sociais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desestigmatização; Saúde Mental; CAPS; Essencialidade.

**ABSTRACT:** The psychiatric reform had a relevant influence on the construction of policies in psychosocial care. The services offered in the various Psychosocial Care Centers – CAPS, distributed in several Brazilian cities and municipalities, have had a positive impact on the lives of users of these services, in the family and social sphere. Despite these great advances, the prejudice, resistance, and stigma arising from the family, society and even the person in mental suffering is very crystallized, which makes it necessary to spread the importance of the services offered by the CAPS. Thus, the research aims to briefly understand the knowledge of psychologists who work in CAPS about the history and performance of psychological practice in institutions located in a municipality in Western Bahia, to discuss the Psychiatrist Reform and the Struggle Anti-asylum in Brazil, which enabled the implementation of a new Mental Health Policy promoting the development of exceptionally relevant points such as the CAPS and ascertaining the main demands and difficulties faced by psychologists who work in the CAPS from a municipality in Western Bahia. Therefore, the survey was conducted in person based on semi-structured interviews with psychology professionals who work in CAPS in the municipality. The data obtained were analyzed based on the qualitative method, of the exploratory type, through content analysis. The results found that psychology professionals work with demands related to suicide, mental disorders and the use of alcohol and other drugs. The main difficulties are expressed through the lack of material and structural resources necessary to conduct the profession, lack of knowledge of other professionals about the demands addressed and the psychosocial network, as well as the lack of adherence to treatment. Professionals conduct their practice supporting the profession's code of ethics and human rights, as well as the milestones arising from the history of the anti-asylum struggle, fighting all prejudice and stigma and offering humane treatment to patients. They also guide the subjects, respecting their rights and helping them to promote dignity, autonomy, and empowerment, in addition to working towards the restoration of family and social bonds.

**KEYWORDS:** Destigmatization; Mental Health; CAPS; Essentiality.

## 1 | INTRODUÇÃO

A história da saúde mental é marcada por preconceito e condenação, em que

aqueles/as que sofriam com enfermidade mental eram percebidos/as e julgados/as como possuídos por demônios e/ou amaldiçoados pelos deuses (BERGER II, 2019; MELEIRO, 2018; SCLIAR, 2007). Durante séculos, pessoas neste estado foram torturadas, enclausuradas, deixadas à mercê dos manicômios e excluídas do convívio familiar e social (ARBEX, 2013; BATISTA, 2014).

Com o passar dos anos, a implantação do método clínico psicoterapêutico possibilitou algumas modificações nas atribuições das origens do sofrimento mental, que passaram a ser percebidas como causas orgânicas, morais, fisiológicas, hereditárias, sentimentais, políticas, financeiras, de desajuste social e laboral, o que viabilizou o avanço de estudos científicos, tratamento especializado e elaboração de leis para assegurar pessoas em sofrimento psíquico, além de oportunizar a estruturação de pontos de atendimentos que proporcionam o desenvolvimento de habilidades familiares, sociais e laborais às pessoas portadoras de psicopatologias (MELEIRO, 2018; TORRE; AMANTE, 2001; RIBEIRO, 2004).

Contudo, após anos de luta por um tratamento apropriado para pessoas com transtornos mentais, os recursos terapêuticos ofertados pelos CAPS ainda são percebidos com estigma, receio e desconhecimento da realidade pela população em geral. Mesmo em pleno século XXI há necessidade de desenvolver estudos explícitos sobre a forma de atuação dos/as psicólogos e o desenvolvimento de estratégias de comunicação sobre os serviços oferecidos nestas unidades de atenção psicossocial com o intuito de promover o conhecimento e acessibilidade para a população (WADI, 2009).

Assim, esse estudo se justifica a partir da necessidade de compreensão das ações promovidas por meio da desinstitucionalização da loucura que visam efetivar a promoção e prevenção na saúde mental através dos CAPS na região, uma vez que existe carência destes dados e informações. A partir desta espécie de pesquisa torna-se possível a criação de novas ações a fim de promover a reinserção daqueles/as que foram excluídos durante décadas, com o objetivo de estimular a construção de uma sociedade mais igualitária (FONTE, 2012).

Deste modo, este estudo busca analisar o conhecimento dos/as psicólogos/as que trabalham no CAPS acerca da história e atuação do serviço num município do Oeste baiano. Para isso, possui como objetivos específicos: compreender se o/a profissional de psicologia conhece como deve ser a atuação nos CAPS I e CAPS Ad III; averiguar o conhecimento dos psicólogos/as acerca da luta antimanicomial, a atuação do CAPS e averiguar quais as principais demandas e dificuldades enfrentadas pelos/as profissionais de psicologia que atuam no município.

Para tanto, a presente pesquisa apresenta uma metodologia qualitativa, de caráter exploratório. Utilizou-se como instrumentos na coleta de dados um questionário de caracterização da amostra (APÊNDICE 3) e um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 4). A coleta de dados foi realizada de forma presencial nas instituições de trabalho dos/as profissionais entrevistados/as a partir das suas disponibilidades.

Inicialmente, o trabalho apresenta uma revisão literária sobre a história da saúde mental abrangendo os tópicos da luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica no Brasil. Posteriormente, discorre sobre os serviços ofertados nos Centros de Atenção Psicossocial e como ocorre a divisão destes, explanando sobre a atuação do profissional de psicologia nessas instituições. Subsequentemente, exhibe detalhadamente os aspectos metodológicos que organizaram e possibilitaram a pesquisa e os resultados encontrados na coleta de dados, os quais foram avaliados por meio do método de análise de conteúdo (CAMPOS, 2014) e organizados em seis categorias que abrangem as respostas dos/as participantes e as discussões a partir de aspectos científicos encontrados na literatura.

## 2 | A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL

A história da saúde mental é marcada por pensamentos e atos de condenação, desaprovação e recriminação, assim, as pessoas que sofriam com algum tipo de transtorno mental eram vistas como possuídas por demônios e amaldiçoadas por Deus. Portanto, na antiguidade, o discurso teológico e o discurso médico eram indivisíveis e totalmente complexos, os quais atribuíam as doenças mentais à noção de mal (BERGER II, 2019; MELEIRO, 2018; SCLIAR, 2007).

A visão da doença mental na Idade Média era concebida por uma ideia de possessão demoníaca que se propagou durante séculos, e os indivíduos com enfermidades mentais eram vistos como uma ameaça para a sociedade. A perseguição às pessoas com transtornos mentais se deu de forma mais abrangente durante o período da inquisição, em que muitos doentes foram queimados vivos nas grandes fogueiras, sendo acusados de estarem possesores de demônios. Os métodos de tratamentos eram extremamente desumanos, pois submetiam os doentes a torturas, como submergir em água gelada ou fervente, submetê-los a rituais de exorcismo com privação de comida e bebida com o intuito de promover desconforto aos demônios a ponto de eles saírem das vítimas e assim possibilitar a libertação. Outro método de tratamento utilizado fundamentado na promoção da cura era o de trepanação, onde se perfurava o crânio dos pacientes sem qualquer anestesia (MELEIRO, 2018; SCLIAR, 2007).

Apenas por volta de 1700, durante o período do Iluminismo, as causas das perturbações mentais passaram a ser compreendidas como de origem natural, no entanto, os tratamentos continuavam precários. Eram realizados em instituições voltadas para o internamento, com um modelo higienista e voltado ao encarceramento para assim silenciar os “insanos”, de forma a afastá-los da sociedade (MELEIRO, 2018; FOUCAULT, 1978; SCLIAR, 2007).

Durante o século XIX, a visão que se tinha da doença mental sofre algumas modificações, dando início ao progresso científico e propondo tratamentos médicos mais humanitários para os doentes mentais. Um dos grandes responsáveis por estas

modificações foi o médico francês, Philippe Pinel, considerado o fundador da psiquiatria moderna, ele qualificava a insanidade como um desarranjo das faculdades cerebrais, atribuindo-a a causas físicas ligadas diretamente ao sistema nervoso central e periférico, causas fisiológicas que se davam através do parto, menopausa e embriaguez, causas morais envolvendo sofrimentos sentimentais, amorosos, de desajuste social e causas hereditárias. Pinel classificou alguns tipos de transtornos mentais e defendeu o método clínico propondo um tratamento qualificado e humanizado (MELEIRO, 2018; BATISTA, 2014; TORRE; AMANTE, 2001; ALENCAR, ROLIM; LEITE, 2013).

Após a Segunda Guerra Mundial, as doenças psicopatológicas passaram a ser estudadas de forma diferente, levando em consideração os aspectos psicológicos, biológicos e sociais dos indivíduos. Devido à necessidade de reunir e registrar informações sobre a doença mental com o intuito de um tratamento especializado, em 1952 foi elaborado o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, possibilitando uma compreensão mais detalhada do estado de doença, considerando não apenas os fatores orgânicos, mas também o histórico de vida de cada paciente. Com o passar dos anos, houve avanços científicos que viabilizaram novas reformulações do DSM concedendo uma nova forma de olhar e compreender os transtornos mentais a partir da consideração dos fatores orgânicos e psico-histórico-social de cada pessoa (MARTINHAGO; CAPONI, 2019).

## **2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

A trajetória da saúde mental no Brasil é marcada pela visão dos países europeus, uma vez que o Brasil foi povoado por eles e recebeu influências culturais, religiosas e científicas. Com a vinda da realeza para o país houve alguma dedicação com o que se refere ao tratamento das pessoas que sofriam com transtornos mentais. Todavia, estes tratamentos eram voltados apenas para as famílias que faziam parte da alta-sociedade carioca e que possuíam recursos financeiros para internarem seus “doentes” nas Casas de Misericórdia e asilares, coordenadas pela igreja católica, em que prevalecia a religiosidade, com um olhar voltado para o amparo social (SILVA; HOLANDA, 2014; ANTUNES, 2012; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Com o argumento de proporcionar segurança para a sociedade, o Estado estabeleceu leis para afastar os/as portadores/as de doenças mentais do meio social. A exclusão no país perdurou por anos, promovendo a necessidade da construção de instituições com o intuito de omiti-los/as do corpo social. Pessoas que não se encaixavam nos padrões eram estigmatizadas como anormais, aberrações da natureza e amaldiçoadas (FREITAS, 2018; SANTOS; MIRANDA, 2015).

Com o passar do tempo, o movimento asilar ganhou grande proporção, e, em 1852 foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil. A partir disso, vários manicômios foram construídos no país, abarcados por princípios higienistas, em que as pessoas rotuladas

de “anormais” eram detidas nestas instituições e esquecidas por familiares e sociedade. Aos poucos o tratamento voltado para a saúde mental foi sendo introduzido no Brasil, no entanto ainda havia a grande carência do tratamento humanizado (FREITAS, 2018; SANTOS; MIRANDA, 2015; RIBEIRO, 1999).

Um dos grandes exemplos de descaso, torturas e sofrimentos foi o tratamento prestado pelo Hospital Psiquiátrico Colônia, localizado em Barbacena, Minas Gerais. Mais de 60% dos/as pacientes internados/as nesta instituição não apresentavam diagnóstico de transtorno mental. No entanto, o simples fato de não se encaixarem nos padrões sociais da época servia como pretexto para a internação. Dessa forma, pessoas epiléticas, órfãos, indivíduos endividados, sem identificação, tímidos, homossexuais, jovens que engravidavam antes do casamento, ou até mesmo aquelas que se tornavam incômodas para a sociedade, eram sentenciadas a viverem, e até morrerem, no Colônia (ARBEX, 2013; BARBOSA, 2020).

Homens, mulheres e crianças foram silenciados e esquecidos, viviam em ambientes insalubres, alimentavam-se de ratos, urina e esgoto, eram violentados, espancados, jogados nus ao relento durante as madrugadas geladas de Barbacena, tiveram suas cabeças raspadas e suas identidades anuladas. Buscavam proteção através de um agrupamento circular na tentativa de sobreviverem, no entanto muitos/as não resistiam e vinham a óbito. Outros/as recebiam tratamento de eletrochoques, mulheres eram violentadas e ao engravidarem após o parto, tinham seus filhos e filhas roubados/as. Pacientes eram obrigados/as a trabalhar em funções pesadas sem quaisquer tipos de remuneração. Mais de 60 mil pessoas morreram dentro dos muros do Colônia, e ainda após isso, tinham os seus corpos vendidos para as grandes faculdades de medicina, sem qualquer questionamento (ARBEX, 2013; BARBOSA, 2020).

Em uma visita ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, em 1979, o psiquiatra Franco Basaglia descreveu sua experiência como uma grande tragédia no local, comparando-a a um campo de concentração nazista. A entrevista do psiquiatra despertou a curiosidade das mídias, estimulando o início da luta antimanicomial (ARBEX, 2013; BARBOSA, 2020).

Na década de 70 ocorreram vários movimentos que se tornaram um marco na reforma psiquiátrica no Brasil com o intuito da desconstrução do modelo manicomial hospitalocêntrico que imperava na época, partindo de uma proposta de reestruturação na forma de assistência à saúde mental, que visava assegurar os direitos e dignidade dos/as pacientes. Desta forma, foram desenvolvidos serviços de atendimentos extra hospitalares através da formação do Núcleo de Atenção Psicossocial (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010; BRASIL, 1990).

Após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1989, novas medidas foram propostas no Congresso Nacional, como a Lei Federal 10.216/2001 aprovada em 2001, a qual possibilitou a formação do programa “De Volta Pra Casa” (Bolsa Auxílio), visando a reintegração das pessoas em sofrimento mental ao convívio familiar e social, oferecimento

de atendimento médico, terapêutico e assistência à família, além da regulamentações de direitos e atendimento humanizado (RIBEIRO, 2004; COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

Sendo assim, a reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial promoveram a implementação de uma nova política de Saúde Mental e possibilitaram o desenvolvimento de pontos excepcionalmente relevantes como o Centro de Atenção Psicossocial - CAPs I, CAPs II, CAPs III, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil- CAPSi, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPs AD. Esses centros contam com a formação de equipe multiprofissional e tratamento voltado à prevenção, reabilitação e reinserção familiar e social, com uma proposta de assegurar a dignidade e direitos dos pacientes (RIBEIRO, 2004; BRASIL, 2011; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP], 2013).

### **3 I O TRABALHO EM REDE OFERTADO PELOS CAPS**

De acordo com a Portaria nº3.008, de 23 de dezembro de 2011, os serviços ofertados pelo CAPS I estão voltados para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, em todas as idades. O CAPS II presta atendimento predominantemente a pacientes com transtornos mentais severos, com dificuldades de estabelecer laços sociais e lidar com as atividades cotidianas. Ambas as instituições são recomendadas para municípios com população acima de 70 mil habitantes. O CAPS III também oferece suporte a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, ajuda nos impasses na construção de vínculos e auxilia os/as pacientes em seus afazeres, além de prestar assistência aos casos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Dispõe de atendimento 24 horas, todos os dias da semana, incluindo feriados, e normalmente é encontrado em municípios com mais de 150 mil habitantes. O CAPS AD III presta serviço de atendimentos e atenção contínua com atendimento de 24 horas a pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas, é permitido em municípios com mais de cento e cinquenta mil habitantes. Já o CAPSi tem atendimento voltado para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, dificuldades de estabelecerem laços sociais e de realizar atividade do cotidiano, é indicado para municípios com mais de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011; CFP, 2013).

No entanto, os serviços prestados por estes pontos de Assistência Psicossocial estão vinculados a outros pontos de atenção como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU, que conta com a sala de estabilização para pacientes em crise; Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas com acesso aos serviços dos hospitais, prontos socorros e classificação de riscos; Unidade Básica de Saúde- UBS, as quais, geralmente, funcionam como primeiro acesso aos/às pacientes e familiares; Centro de Atendimento à Mulher- CAM; Atendimento a Terceira Idade - PROMATI; Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS; Centro de Referência Social -

CRAS entre outros (BRASIL, 2011; CFP, 2013).

A portaria nº3.088, de dezembro de 20211 no Art. 7º da Constituição Federal Brasileira expõe que:

O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial. E § 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (BRASIL, 2011, n.p).

Como mencionado, o Art. 7º inciso 1 dispõe sobre a equipe multiprofissional do CAPS I, contando com um educador físico, sendo a sua atuação voltada para trazer benefício aos/às pacientes através das atividades físicas e orientações com fins terapêuticos. Além dos exercícios, também são utilizados jogos de tabuleiro como dama e dominó com o intuito de trabalhar coordenação motora fina, coordenação cognitiva, além de proporcionar concentração e estratégias para a ação (BRASIL, 2011).

Igualmente, faz parte da equipe um/a terapeuta ocupacional que possui sua atuação voltada para a promoção, prevenção e reabilitação dos/as pacientes através do desenvolvimento de oficinas terapêuticas, para que obtenham autonomia em seu convívio familiar e social. Para um maior desempenho das oficinas há a necessidade de articulações com instituições, serviços de capacitação profissional, participação de atividades em associações comunitárias (costureiras, rendeiras), divulgação e venda de trabalhos realizados nas oficinas. Outro ponto importante são as realizações de atividades extra muro em espaços recreativos de convivência, sendo primordial a utilização de materiais necessários para as capacitações e reinserção no mercado de trabalho (RIBEIRO, 2004; BRASIL, 2011; CFP, 2013).

Da mesma forma o/a assistente social constitui a equipe multiprofissional na unidade, visando atender as demandas dos/as pacientes, orientando-os/as e sanando dúvidas sobre questões relacionadas à garantia de seus direitos assegurados pela Constituição Brasileira, como INSS e benefícios. Além dos/as profissionais mencionados/as anteriormente, a equipe do CAPS I é integrada por um/a médico/a psiquiatra, um/a nutricionista, um/a técnico/a de enfermagem, um/a auxiliar administrativo/a, um/a auxiliar de serviços gerais, um/a enfermeiro/a e psicólogos/as (RIBEIRO, 2004; BRASIL, 2011; CFP, 2013).

Já o CAPS AD III fica destinado a atenção integral e contínua a adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, e oferece suporte psicológico à família dos/as mesmos/as (BRASIL, 2011).

Como disposto no Art.8º inciso 2º:

Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de

urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011, n.p.).

De acordo com o CFP (2013), as práticas e as técnicas relacionadas aos CAPS têm de estarem subjugadas às diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica à luz do projeto antimanicomial, sendo que deve constar no escopo de atividades da/o psicóloga/o o acolhimento, discussão de caso em equipe, psicoterapias, atendimento às crises, elaboração de planos individuais de cuidados, grupos de oficinas, atividades dirigidas a reinserção social, dentre outras. Ainda, esse documento predispõe sobre a necessidade do alcance do serviço até as regiões rurais, interação direta com a comunidade, bem como uso de diferentes recursos nas oficinas (música, leitura e escrita, cuidados com o corpo e beleza, informática, desenvolvimento de estratégias voltadas a geração de trabalho e economia solidária).

Se faz necessária a integração com outras redes de complexidade como melhor forma de capacitação para maior articulação entre os diferentes órgãos, para que as intervenções sejam mais assertivas, buscando assim um suporte amplo tanto aos/às usuários/as do sistema quanto às suas famílias. Assim sendo, o CAPS I fica responsável pelo Serviço de atenção à saúde, oferecendo atendimento diário de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feiras, atendendo crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2013; CFP, 2013).

### **3.1 O PAPEL DO/A PSICÓLOGO/A NOS CAPS**

A atuação do/a psicólogo/a nos CAPS se dá de forma conjunta e integrada com outros/as profissionais e outros órgãos da Rede de Atenção à Saúde, visando traçar as melhores estratégias para atender as demandas individuais e coletivas de cada paciente. Na sua atuação “devem estar submetidos às diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica e a ética do projeto Antimanicomial” (CFP, 2013, p.86). Neste sentido, buscará desenvolver estratégias para uma atenção integral, de forma que promova a melhora do estado do/a paciente e sua autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Um dos importantes fatores que influenciam no processo terapêutico nos CAPS é o conhecimento do contexto cultural, familiar e as relações e vínculos dos/as usuários/as, considerando também a compreensão do território e a interação da equipe de saúde (BRASIL, 2013).

O trabalho multiprofissional e em equipe é imprescindível para garantir a essencialidade dos serviços oferecidos pelos CAPS. Através do compartilhamento de poderes e conhecimentos a visão do indivíduo passa a ser ampliada, não visando somente demandas do indivíduo de forma separada, mas compreendendo a pessoa em sua totalidade (CFP, 2013).

Dessa forma, através do acolhimento, triagem, projeto terapêutico singular, acolhimento familiar, grupos terapêuticos, grupos de convivência, reuniões técnicas e clínicas, evoluções de prontuários, terapia comunitária, oficinas e demais atividades, o/a psicólogo/a busca desenvolver ações e intervenções para promover a promoção, proteção e recuperação da saúde do/a paciente, além de visar o desenvolvimento das atividades familiares, sociais e laborais com a atenção e cuidado que cada um requer (BRASIL, 2007; CFP, 2013).

O projeto terapêutico singular, que compõem os serviços nos CAPS, pressupõe estratégias que consideram a singularidade do sofrimento e subjetividade de cada indivíduo e vincula recursos políticos, econômicos, profissionais, sociais, culturais, individuais e familiares de forma a responder as necessidades vivenciadas pelos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Dessa forma, o trabalho do/a psicólogo/a nos CAPS deve considerar a individualidade de cada usuário e reconhecer em si e em seu entorno as potencialidades necessárias para reduzir as dificuldades. Além de endossar e assegurar os direitos de cada cidadão e cidadã, o/a psicólogo/a deve contribuir para a construção da autonomia e lugar de fala do ser, de forma a continuar modificando o arcabouço teórico que fundamenta a história da saúde mental (CFP, 2013).

Em relação aos trabalhos desenvolvidos a partir do grupo terapêutico, muitos benefícios podem ser percebidos a partir do compartilhamento de experiências e conhecimentos entre equipe profissional e membros, sobre condutas de cuidados e alternativas para resolução de problemas. A criação de vínculos resulta em apoio social para ultrapassagem das dificuldades vivenciadas pelos/as participantes, além da estimulação e amplitude das potencialidades e capacidades dos indivíduos, permitindo o desenvolvimento do senso de corresponsabilização destes no projeto terapêutico, possibilitando o aumento do senso de autoeficácia e persistência do tratamento (BAIROS, 2020).

Nesse ínterim, o trabalho do/a profissional de psicologia no grupo terapêutico se faz a partir da orientação e facilitação para criação de vínculos e realização de tarefas. Esse/a profissional possui um papel ativo de contribuinte para que as provocações emocionais sejam percebidas e vivenciadas através da dinâmica grupal (BAIROS, 2020). A postura do/a psicólogo/a na função de coordenador não deve ser a de detentor/a do poder, como afirma Moreno (1972, p. 67) “não deve exercer seu prestígio de experimentador mais que qualquer outro membro do grupo”. Dessa forma, o avanço do grupo terapêutico se dá a partir da relação entres os papéis que são assumidos pelos/as participantes (RIVIÉRE, 2005).

Além das atividades já citadas acima, o/a psicólogo/a também pode embasar o seu trabalho na redução de danos ao integrar ações e políticas públicas com os/as usuários/as e suas famílias de forma a prevenir prejuízos. O atendimento domiciliar para conhecimento do contexto e das relações estabelecidas pelos/as usuários/as que precisam dos serviços,

acompanhamento de casos em momentos em que os usuários estão impossibilitados de ir até a instituição, também são tarefas que podem ser desenvolvidas pelo/a profissional de psicologia. Ainda mais, atividades de reabilitação e o trabalho de articulação de redes também perpassa o fazer do/a psicólogo/a (BRASIL, 2013).

As ações desenvolvidas pelo/a psicólogo nos CAPS são prioritárias para garantir a integração social e familiar e oportunizar o desenvolvimento de espaços terapêuticos que possibilitem a construção e compartilhamento de saberes, formação de vínculos e estabelecimentos de ligações afetivas que contribuem para o progresso do tratamento de forma efetiva (FERREIRA *et al.*, 2012).

## **4 | MÉTODO**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

A pesquisa é de caráter qualitativa, dispondo do método exploratório. A pesquisa qualitativa se empenha em obter uma visão apurada dos fenômenos sociais, a fim de coletar uma interpretação detalhada através de uma análise científica do/a pesquisador/a (SIQUEIRA, 2002). Já o método exploratório tem o objetivo de reunir informações que facilitem na compreensão do problema abordado (SIQUEIRA, 2002; LUDKE; ANDRADE, 1986).

### **4.2 LOCAL**

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com psicólogos/as nos Centros de Atenção Psicossocial numa cidade localizada no Oeste da Bahia. A assinatura do coordenador da Saúde Mental da cidade demonstrando a conscientização para a realização de tal pesquisa consta na carta de aceite (APÊNDICE 2).

### **4.3 INSTRUMENTOS E MATERIAIS**

A coleta de dados foi realizada através de um questionário de caracterização da amostra (APÊNDICE 3) e um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 4) elaborados pelos pesquisadores, aplicado apenas aos/às psicólogos/as dos CAPS de um município do Oeste baiano. O questionário é uma técnica de pesquisa, o qual objetiva coletar dados, informações e percepções dos/as participantes sobre determinado assunto investigado (SEVERINO, 2013).

Já entrevista semiestruturada é um instrumento semiaberto, com o objetivo de coletar dados e informações sobre percepções, expectativas e situações com intuito de possibilitar a observação do pesquisador/a (MANZINI, 2004).

### **4.4 POPULAÇÃO**

A população são os centos e quatorze psicólogos e psicólogas que atuam num

município do Oeste da Bahia (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA BAHIA [CRP 03], 2022).

#### **4.5 AMOSTRA**

Participaram da pesquisa apenas psicólogos/as que atuam nos CAPS de um município do Oeste da Bahia e que aceitaram participar da entrevista através da assinatura do TCLE (APÊNDICE 1). Assim, a amostra foi do tipo não probabilística, em que foram entrevistados somente 4 (quatro) psicólogos/as que atuam nos CAPS do município, sendo 2 (dois) psicólogos/as do CAPS I e 2 (dois) psicólogos/as do CAPS Ad III. Foram excluídos da pesquisa aqueles/as que não respondem na totalidade aos dados necessários do questionário e que não tiveram disponibilidade no período da aplicabilidade dela.

#### **4.6 DESCRIÇÕES DA COLETA DE DADOS**

Após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA), sendo o CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) que comprova a aprovação: 60662222.8.0000, os pesquisadores entraram em contato com os/as participantes selecionados/as para informá-los/as sobre a pesquisa e questioná-los/as se havia interesse em contribuir no estudo. Depois da aprovação dos/as profissionais, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE 1) e posteriormente foi dada a sequência da pesquisa.

A coleta de dados foi iniciada no dia 06 de setembro e finalizada no dia 12 do mesmo mês do ano de 2022. O questionário de caracterização da amostra e a entrevista semiestruturada foram realizados com os/as participantes de forma presencial de acordo com a disponibilidade do dia e horário que concordaram. O roteiro da entrevista foi utilizado como base dos questionamentos a serem realizados de forma a contemplar o objetivo da pesquisa. As respostas foram gravadas, com o consentimento dos/as participantes, e posteriormente, os dados obtidos foram transcritos para o papel pela pesquisadora, a partir disso, as gravações foram destruídas e os dados transcritos ficarão guardados sob a responsabilidade do pesquisador responsável por um período de cinco anos. O local da pesquisa foi em ambiente fechado, arejado, com mesas e assentos para a realização das respostas do questionário.

#### **4.7 DESCRIÇÃO DA ANÁLISE DE DADOS**

Os dados foram analisados de acordo com os pressupostos éticos e teóricos da psicologia, visando melhoria na saúde mental da população. É priorizado a preservação dos direitos humanos de todos/as os/as participantes, na responsabilidade de manter em sigilo as informações que poderão expor a identidade dos/as participantes da pesquisa.

Quanto à parte qualitativa da entrevista, os dados estão retratados através de uma

análise de conteúdo, a qual segundo Campos (2004) compõe um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos de análise das narrativas coletadas e percepções do pesquisador e bibliografias existentes.

## 5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme explicitado anteriormente, este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento dos/as psicólogos/as que trabalham no CAPS de uma cidade do Oeste Baiano acerca da história e essencialidade dos serviços ofertados a população. Trazendo como objetivos específicos a compreensão de como os profissionais de psicologia atuantes nesta área entendem o seu fazer, qual o conhecimento dos psicólogos/as sobre a história dos CAPS e da luta antimanicomial e quais são as principais demandas e dificuldades enfrentadas por psicólogos/as que atuam nos CAPS do município em que a pesquisa foi realizada.

O quadro 1 apresenta os dados de caracterização da amostra, os quais permitiram conhecer o perfil de cada um/uma, em termos de idade, sexo, tempo de formação e tempo de atuação no CAPS I ou CAPS ad III. Os/as participantes possuem entre 29 e 40 anos de idade, apresentam um tempo de formação que varia entre 4 e 16 anos e possuem um tempo de atuação como psicólogos/as nas instituições pesquisadas que está entre 1 ano e 6 meses e 10 anos. Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, os mesmos serão aqui identificados por um código composto por uma letra seguida de um número P (1), P(2), P(3), P(4).

Participantes	Idade	Sexo	Tempo de Formação	Tempo de Atuação no CAPS I ou CPS Ad III
P1	40 anos	Feminino	16 anos	10 anos
P2	34 anos	Masculino	11 anos	03 anos
P3	35 anos	Feminino	04 anos	01 ano e 6 meses
P4	29 anos	Feminino	04 anos	06 anos

Quadro 1 – Caracterização das Participantes do estudo

Fonte: autoria própria.

A fim de estruturar a análise e abranger as principais respostas dos/as participantes, os resultados estão divididos em seis categorias que são organizadas e apresentadas de acordo com o contexto das falas dos/as profissionais de psicologia entrevistados/as correlacionando-as a referenciais teóricos consoantes a temática pesquisada:

1. Proposta da luta antimanicomial;

2. A atuação do/a psicólogo/a nos CAPS I e CAPS AD III;
3. Principais demandas e dificuldades vivenciadas por psicólogo/a nos CAPS;
4. Fatores psicossociais e adoecimento mental;
5. Propostas dos CAPS em relação a transtornos psicológicos graves e persistentes;
6. Essencialidade dos atendimentos psicoterapêuticos para a vida dos usuários dos CAPS.

## 5.1 PROPOSTA DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Essa categoria avalia o discurso dos/as participantes sobre a proposta da luta antimanicomial e como o desenvolver dessa história impacta as propostas dos CAPS dum município do Oeste da Bahia. De forma geral, os/as participantes pontuaram a importância da luta antimanicomial no que se refere à mudança de um modelo médico assistencial voltado para recrutamento e hospitalização das pessoas em sofrimento mental para um atendimento digno, humanizado e restaurador dos direitos dos/as pacientes. Também apontam como proposta a liberdade e restauração da dignidade do ser, compreendendo que quando há a inserção do/a paciente no meio social, há a progressão e evolução do seu quadro.

É possível perceber que os/as participantes apresentam um bom conhecimento sobre a luta antimanicomial e repercutem esse saber na sua prática profissional diária ao ter contato com os pacientes, como expressa a participante P1:

P1- A proposta da luta Antimanicomial parte do princípio que ela vai tentar reinserir o paciente no meio social, no momento em que ele interage, ele evolui, progride e melhora. Quando você isola esse paciente da convivência ao invés de conseguir resgatar autonomia e o controle dele sobre a sua vida e sobre o seu próprio fazer, você acaba levando ele a um agravamento dos sintomas e não ao processo de melhoria e estabilização.

Como já explicado anteriormente, a proposta da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica visa um tratamento fora dos muros, onde as propostas de trabalho na área da saúde mental para com as pessoas com transtornos mentais contemplem os direitos humanos e intencione uma intervenção voltada para o reconhecimento dos valores oriundos das relações sociais e familiares e das qualidades e aspectos positivos da personalidade dos sujeitos que os impulsionem para a reinserção no mercado de trabalho, nas áreas estudantis e do fazer parte da sociedade de forma geral. Para tanto, os/as pacientes devem receber atendimento humanizado e qualificado prestados por equipes multiprofissionais formadas por médico/a, enfermeiros/as, psicólogos/as, terapeuta ocupacional, educador físico, entre outros, sem ser excluído/a e isolado/a do seu contexto familiar e social (RIBEIRO, 2004; COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

P2 – (...) dessa forma, através desses movimentos, foi possível um novo modelo de tratamento dos sofrimentos psíquicos, que garantisse o tratamento

humanizado e apropriado para os pacientes com transtornos mentais, onde ficou conhecido como a luta Antimanicomial. Com essa regulamentação o CAPS ad pode ofertar atendimento digno para os pacientes com transtorno decorrente do uso de álcool e drogas.

No entanto, o modelo hospitalocêntrico ainda tem permeado a nova proposta de atendimento psicossocial, que caracteriza a falta de informações e políticas de prevenção, e o crescente preconceito em relação ao adoecimento mental, aspectos estes que tentam levar a atenção psicossocial ao retrocesso (FRANÇA; FRANÇA, 2016).

Assim, de acordo com a fala da participante P4 sobre a luta antimanicomial: “se caracteriza pela busca dos direitos das pessoas em sofrimento mental ao cuidado e liberdade, dentro desta luta está o combate à ideia de que se deve isolar a pessoa...”. Reflete-se como a luta contra a estigmatização que implica a visão da sociedade sobre os transtornos mentais é uma realidade vivenciada no presente, visto que o preconceito ainda é uma prisão que encurrala essas pessoas em um conceito de anormalidade que causa medo, aversão e pena.

Manifesta-se a necessidade de uma atuação mais precisa frente ao desenvolvimento e estabelecimento de novas políticas públicas que possibilite a ampliação dos serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) para que com o oferecimento de um tratamento mais utilizado, as raízes do preconceito possam ser questionadas e excluídas na prática profissional (FRANÇA; FRANÇA, 2016; DEMESTEIN, *et al.*, 2005).

## 5.2 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO/A NOS CAPS I E CAPS AD III

O Conselho Federal de Psicologia ressalta que o trabalho do/a psicólogo/a no CAPS, além de implantar os direitos dos/as pacientes reconhecidos pela luta antimanicomial, se dá de forma conjunta e ampliada com outros/as profissionais que trabalham no local. Assim, se torna possível o compartilhamento de conhecimento e estratégias que visam um plano de ação e tratamento completo e organizado, visando o/a paciente em sua integralidade (CFP, 2013). Dessa forma, essa categoria visa apresentar a partir das respostas dos/as participantes como se dá a atuação do/a profissional de psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial e como os/as psicólogos/as entrevistados/as articulam o seu conhecimento ao conhecimento de outros/as profissionais.

As respostas dos/as participantes se completam entre si, todos/as ressaltaram a importância de mudar a visão da psicologia clínica tradicional ao pensar na atuação do psicólogo/a no CAPS, pois nesse âmbito trata-se de um trabalho que visa a clínica ampliada e o olhar do sujeito como um todo. Portanto, o fazer do/a profissional de psicologia nessas instituições abarca os processos de triagem, psicoterapia individual, coordenação e participação em oficinas e grupos, visita domiciliar e processos judiciais, fazeres que objetivam a reintegração dos vínculos sociais e familiares, mudança de rotina dos/as pacientes, adesão ao tratamento, construção da autonomia e remissão dos sintomas. Para

tanto, utilizam-se os conhecimentos da psicologia como um todo, incluindo os estudos da psicologia sistêmica, os saberes da psicologia comunitária social e técnicas das abordagens reconhecidas na ciência psicológica.

Ressalta-se a fala da participante P1, a qual relata a compreensão do seu fazer laboral dentro da saúde mental de forma abrangente:

P1- A atuação do psicólogo dentro da Saúde mental não se restringe somente a psicoterapia, o trabalho do psicólogo é mais abrangente, ele parte da psicoterapia individual e em grupo onde são envolvidos atividades onde se faz orientação, participação no processo de visita domiciliar, participa de processos judiciais, participa de processo de reestruturação de vínculos, participa de processos de psicoterapia em grupo e reestruturação de vínculo familiar. O psicólogo trabalha não apenas com a psicologia clínica, mas alia ela ao conceito da psicologia comunitária social e da psicologia sistêmica. Não podemos ficar com vieses do tratamento da doença dentro do CAPS, para não ficar limitada.

A participante P4, que atua no CAPS ad III também demonstra uma prática abrangente ao que condiz os pacientes que utilizam álcool e outras drogas, resguardando a autonomia e a dignidade dos sujeitos:

P4 – O profissional psicólogo atua na prevenção e tratamento no uso nocivo de múltiplas substâncias psicoativas, bem como na prevenção a recaída, construção de rotinas, estimular a reintegração social e familiar, busca de autonomia, entre outros.

Desta forma, as práticas desenvolvidas por estes/as psicólogos/as ressaltam a importância da interdisciplinaridade e do trabalho multiprofissional de forma a garantir o bem-estar do sujeito dentro de sua capacidade e sua compreensão sobre saúde mental. Assim, o trabalho dos profissionais que estão vinculados a RAPS deve possuir um viés voltado para a clínica ampliada buscando garantir um atendimento qualificado e humanizado para garantia dos direitos humanos (FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004; BAIROS, 2020).

P2- O psicólogo busca perceber o sujeito como um todo, em seu aspecto social, familiar. Então, a gente trabalha com um viés da clínica ampliada, pois antes o fazer profissional da psicologia era só voltado para clínica tradicional, no setting terapêutico, o atendimento nos consultórios, então aqui nós proporcionamos uma escuta terapêutica ativa em prática, mas também com viés multifatorial olhando o sujeito como um todo, então essa clínica ampliada ela não se faz só nos consultórios.

Como descrito por Alcebíades; Santos; Oliveira (2022) a atuação destes profissionais nos CAPS se dá de forma conjunta e integrada com outros profissionais e até mesmo outros órgãos da Rede de Atenção à Saúde, visando traçar as melhores estratégias para atender as demandas individuais e coletivas de cada paciente.

### 5.3 PRINCIPAIS DEMANDAS E DIFICULDADES VIVENCIADAS POR PSICÓLOGOS/AS QUE ATUAM NOS CAPS

Esta categoria tem como intuito investigar quais são as principais demandas vivenciadas pelos/as profissionais participantes da pesquisa e quais as dificuldades mais significativas são enfrentadas por eles/as. Em relação às demandas, os/as participantes ressaltaram que no caso do CAPS I são recebidos pacientes com queixas de sintomas depressivos, ansiedade, diagnóstico de transtorno bipolar, transtorno da personalidade, esquizofrenia e há um alto índice de pacientes com ideias suicidas. Já no CAPS ad III a demanda maior se relaciona a pacientes que utilizam múltiplas drogas e há uma porcentagem de usuários que apresentam transtorno bipolar e esquizofrenia. Sobre as principais dificuldades foram apontados como mais atenuantes a grande quantidade de pacientes em relação à pequena quantidade de funcionários/as, o que dificulta os atendimentos necessários, como a psicoterapia individual, a desarticulação com a RAPS, falta de políticas de prevenção e baixa adesão ao tratamento, mais especificamente por parte de usuários do CAPS ad III e falta de recursos e materiais necessários.

A participante P4 ressalta além do que foi citado, a falta de conhecimento por parte dos profissionais da saúde sobre as demandas de saúde mental:

P4 - As principais demandas no município são de transtornos de ansiedade e depressão, esquizofrenia, transtornos de personalidade, o auto índice de pacientes TAE (Tentativa de autoextermínio, ideia suicida com planejamento, automutilação), principalmente entre o público de adolescentes e jovens. As dificuldades encontradas no CAPS I não só neste município, mas também nos outros municípios que trabalhei estão relacionados à falta de materiais para aplicação dos métodos terapêuticos necessários aos usuários destes serviços, bem como a quantidade pequena de funcionários para efetuar os atendimentos demandados, que estão aumentando significativamente, e a dificuldade para trabalhar em rede, tendo em vista a falta de conhecimento da grande maioria dos profissionais sobre as demandas de saúde mental.

Um estudo recente comprova que problemas relacionados a saúde mental já são considerados a enfermidade do século XXI e a depressão tem ganhado relevância nessa perspectiva. De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2020) aproximadamente um bilhão de pessoas no mundo demonstravam algum tipo de transtorno mental. Após o cenário pandêmico as estimativas é que estes números aumentem, aliado a este crescente número está a negligência de diversos países com o que se refere ao investimento em políticas de saúde mental (OPAS, 2020).

Esse fato embasa a fala da participante P4 no que condiz com a falta de pessoal adequado para atuar na área da saúde mental e a carência de instrumentos necessários para a prática profissional do/a psicólogo/a, e corrobora a fala do participante P2, o qual ressalta a necessidade de políticas de prevenção que oriente a população sobre os aspectos relacionados a saúde mental e ao funcionamento dos CAPS.

P2 – As principais demandas e dificuldades enfrentadas nos CAPS são a questão da desarticulação da rede, a falta de articulação da RAPS. Aqui nós temos uma matriz da RAPS e ainda temos essa dificuldade com a relação ao acesso dos pacientes, o trabalho articulado em ações com outras políticas públicas não só de saúde mental, mas as políticas públicas intersetorial em geral, ainda se falta esse olhar mais aprofundado com relação ao atendimento multidisciplinar. Além disso, há também o olhar estigmatizado que a sociedade tem do CAPS ADIII, e a falta de políticas de prevenção por isso é necessário trabalhar com a população para que ela tenha essa compreensão do que é o CAPS, porque o nosso trabalho é com a dependência e não com a prevenção.

De acordo Bezerra e Dimenstein (2008) a falta de conhecimento relacionado aos serviços dos CAPS por parte de alguns profissionais da Saúde e a falta de um trabalho multiprofissional são importantes dificuldades enfrentadas pelo/as psicólogos/as. Os autores demonstram a necessidade de oficinas e conferências de saúde mental que possibilitem a capacitação e aperfeiçoamento dos/as trabalhadores/as da saúde para que juntamente com os/as especialistas da área saúde mental, todos estejam qualificados para articular e aprimorar a RAPS através da troca de saberes.

Desta forma, percebe-se a importância do funcionamento da RAPS para ampliação de políticas públicas nos municípios, possibilitando que os seus usuários sejam vistos de forma holística e íntegra, tendo seus direitos garantidos e os sofrimentos amenizados. Assim, os pacientes e população poderão contar não apenas com os serviços dos CAPS, mas um serviço amplo formado por uma equipe composta pelas unidades de saúde do município que é integrada pela UBS, SAMU, UPA, Policlínica e Hospital (ALCEBÍADES; GROSSI, 2022).

Com o que se refere às dificuldades enfrentadas pelos/as psicólogos/as dos CAPS relacionadas à falta de conhecimento sobre os serviços prestados nesta unidade por parte de alguns profissionais da área da saúde, ainda é uma problemática pois, apesar das matérias curriculares das universidades e centros de formação apresentarem a ideia da clínica ampliada, algumas graduações da área da saúde até agora estão voltadas para o modelo hospitalocêntrico e os atendimentos clínicos cristalizados (CRUZ; GUARESCHI, 2012).

P1 – A minha maior dificuldade está voltada para os profissionais da área da saúde aonde eles não conseguem compreender o que é saúde mental, o que é um tratamento do transtorno mental, qual é o papel do CAPS dentro desse âmbito, refaço novamente não estou falando de outros profissionais, ressalto a questão de profissionais psicólogos que atuam no município e não sabem fazer a distinção entre o transtorno grave, severo e persistente e o caso leve que pode ser tratado em processo ambulatorial, então esse pra mim é a maior dificuldade quando os profissionais não tem esse entendimento você não consegue fazer o tratamento de forma em parceria com outros setores.

Além disso, também há a problemática da adesão ao tratamento por parte dos/as pacientes no que condiz com a motivação à mudança, a qual também é influenciada por

fatores de ordem socioeconômica, o que reforça a importância de um olhar integrador para o/a usuário/a e não somente visando o diagnóstico, o tratamento e a redução dos sintomas (WENTZEL, 2016). Neste aspecto, é salientada essa dificuldade principalmente no CAPS ad III, a partir da fala da participante P3, ressalta-se a articulação da rede e a necessidade de políticas públicas que atendam às necessidades do/a paciente. Nesse viés, alguns exemplos de entidades e programas localizados na cidade pesquisada que podem contribuir para diminuir as adversidades enfrentadas pelos/as usuários/as, principalmente ao que tange à vulnerabilidade social, se encontra o CRAS (Centro de Referência a Assistência Social), albergues, abrigos e Centro de Acolhimento à população de rua.

P3 - Principais demandas no caps ad III são pacientes que fazem uso de múltiplas drogas principalmente a cocaína, bem como o álcool. As dificuldades enfrentadas: por ser um público flutuante e em situação de vulnerabilidade social e situação de rua, temos enfrentado também dificuldades como adesão ao tratamento.

A não adesão acaba por se tornar um obstáculo para o fazer do/a profissional de psicologia nos CAPS, visto que é necessário a ação advinda por parte dos/as pacientes para que os resultados ao tratamento sejam favoráveis à vida dos sujeitos. Uma pesquisa realizada por Santos; Scherer (2015) com o objetivo de averiguar a percepção dos/as profissionais de saúde que trabalham em um CAPS AD de uma cidade de Santa Catarina, dos usuários e de seus familiares sobre as propostas dessa entidade para o tratamento de dependência de álcool e outras drogas, apresenta que uns dos principais pontos negativos relatados ao que concerne o tratamento, é a dificuldade de adesão e a pouca participação dos/as familiares nesse processo.

#### **5.4 FATORES PSICOSSOCIAIS E ADOECIMENTO MENTAL**

Essa categoria pretende averiguar quais os fatores psicossociais, observados por os/as profissionais entrevistados/as, se tornam influentes para o desenvolvimento do adoecimento mental. Fatores psicossociais podem ser compreendidos como sendo elementos e condições provocadas e presentes no convívio social do indivíduo. Como já abordado anteriormente, a proposta do CAPS no que condiz com a melhoria do/a usuário/a enquadra como necessário a restauração dos vínculos familiares e sociais do indivíduo, a construção da sua autonomia e o restabelecimento na sociedade (CFP, 2013). Assim, se torna extremamente importante reconhecer quais os aspectos sociais vivenciados pelos indivíduos em seu dia a dia impactam a sua saúde mental.

De forma geral, os/as participantes elencaram a quebra do vínculo social, vulnerabilidade social, preconceito e discriminação, violação de direitos, crises profissionais e pessoais como endividamento e divórcio, como sendo os fatores predisponentes mais comuns ao adoecimento mental.

É necessário ressaltar que esses aspectos são percebidos dentro do ambiente de trabalho e dos estudos realizados pelos psicólogos e psicólogas entrevistados/as, mas o

conceito de saúde mental se relaciona com vários outros fatores como o nível de maturação do sujeito, a capacidade de resolução de problemas e de resiliência, de aspectos genéticos, ambientais, sociais, políticos e econômicos (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007).

Dessa forma a participante P1 expressa:

P1- Pra mim o que mais influência no desenvolvimento do adoecimento mental é quando o paciente não tem um vínculo social estabelecido, não tem uma base, uma família, não tem amigos não tem laços sanguíneos, isso auxiliar ele desenvolver a resolução dos seus próprios problemas. Quando há essa fragilidade dos vínculos familiares e sociais, esse paciente não encontra dentro de si e também não consegue encontrar os instrumentos fora de si para poder lidar com o seu sofrimento mental e o adoecimento o acomete.

A cultura é constituída por diversos valores, o ser humano ao nascer recebe influência do meio, e suas crenças vão sendo construídas a partir de concepções que lhe são apresentadas. Sendo assim, o convívio familiar é essencial para o desenvolvimento e sentimento de bem-estar das pessoas, no entanto, quando este convívio é conturbado pode influenciar do desenvolvimento de transtornos psicológicos (PAPILA; FELDMAN, 2013).

P4 – Os fatores psicossociais que influenciam o adoecimento mental podem ser genéticos, ambientais, traumas, conflitos pessoais e profissionais, crises sociais, pessoais, profissionais até causas inexplicáveis, onde a saúde mental é abalada sem um motivo evidente.

Philippe Pinel compreendia que as causas do adoecimento mental podem estar ligadas a fatores biológicos, alterações cerebrais, fatores hereditários, sofrimentos emocionais e sociais. Ou seja, os fatos contextuais como isolamento, sobrecarga laboral, decepções amorosas, divórcio, conflitos familiares, vícios, necessidades básicas, dívidas, violação de direitos, crises sociais, entre outros, são fatores que contribuem de forma significativa no desenvolvimento dos transtornos mentais (MELEIRO, 2018).

P2- A fome, a tortura, miséria, o abandono, a homofobia o racismo, a desigualdade social todas as formas de tortura que acabam trazendo adoecimento psíquico e emocional para as pessoas.

Uma pesquisa recente realizada com pacientes do CAPS de uma cidade de São Paulo que se autodeclaram negros/as constatou que os traspassamentos do racismo influenciam diretamente a psique dos sujeitos contribuindo não somente para o adoecimento mental, mas para um agravamento do que já se encontra adoecido e assinala a importância de reconhecer e atuar de forma a combater a discriminação racial vivenciada pelos/as pacientes (MOURA, 2020).

P3 – Percebe-se um número considerável de pacientes com relatos do uso nocivo após quebra de vínculo familiar, divórcio, dívidas, luto mal elaborado, abuso sexual, entre outros, tem trazido adoecimento mental para a população.

Consciente disso, o psicólogo/a que atua no CAPS deve basear o seu trabalho de forma a resguardar os direitos de seus pacientes e influenciar na promoção da qualidade

de vida destes, além de contribuir para a supressão de qualquer forma de negligência, discriminação, violência e opressão que os pacientes vivenciam e que são fatores influentes no adoecimento psíquico, como afirma o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005).

## **5.5 PROPOSTAS DOS CAPS EM RELAÇÃO A TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS GRAVES E PERSISTENTES**

Os serviços dos CAPS são designados para pessoas com transtornos mentais e que apresentam uso abusivo de álcool, crack e outras drogas, incluindo crianças e adolescentes. A partir disso, essa categoria objetiva compreender como se dá o trabalho dos/as profissionais que atuam no CAPS, essencialmente quais são as propostas dos/as psicólogos/as para os/as usuários/as.

De forma geral, os/as participantes apontaram que nos casos dos/as pacientes com transtornos mentais diagnosticados, há uma dificuldade de comunicação com outros/as profissionais da área da saúde devido à pouca atenção na formação profissional destes/as dada a esse tópico, o que acaba dificultando o trabalho dos/as psicólogos/as no CAPS. Em relação às propostas, foram inclusas a promoção do cuidado a saúde mental através da atenção psicossocial contínua, a oferta de um atendimento humanizado visando a reabilitação psicossocial e o resgate e garantia dos direitos civis dos/as pacientes. Foi relatado também sobre a política de redução de danos, acompanhamento clínico e a prevenção à recaída como sendo as principais condutas realizadas em conjunto com os pacientes.

A vista disso, a participante P4 reflete a importância de não olhar somente o diagnóstico e a cura, mas compreender o conceito de saúde como interligado a vários fatores como qualidade de vida, bem-estar, acesso a serviços e estabelecimento dos direitos.

P4- A principal proposta do CAPS I é o cuidado a saúde mental dos pacientes, oferecendo atendimentos a esses usuários, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Como mencionado anteriormente, após a Reforma Psiquiátrica as políticas de saúde mental visam o tratamento de pessoas em sofrimento mental e com necessidades de uso de álcool e outras drogas através de um viés humanitário e dentro do contexto familiar e social do/a paciente, para que assim haja a possibilidade de um acompanhamento especializado através de profissionais capacitados que incluam a corresponsabilização dos familiares, viabilizando assim, novas formas de se prestar atendimento (DEMENSTEIN; SANTOS; BRITO; SEVERO; MORAIS, 2005). Assim os participantes P2, P3 expressaram:

P2- Nossa proposta trabalha na lógica de promover o cuidado de saúde mental através da atenção psicossocial contínua, mas sempre buscando viés territorial, porque esse paciente precisa estar inserido no seu território, ele

precisa conviver com a sua família porque antes, as pessoas que sofriam com transtornos mentais e com necessidades de uso de álcool e outras drogas não tinham acesso ao atendimento humanizado, um atendimento que prioriza os direitos, onde elas não tinham direito ao livre acesso de poderem viver em à vida comunitária, familiar.

P3- O CAPS ADIII funciona de portas abertas, acolhe pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e trabalha na estimulação de sua reintegração social e familiar, busca de autonomia, prevenção à recaída, prevenção e tratamento do uso nocivo, redução de danos e minimizar os danos à saúde, sociais e econômicos associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O trabalho da equipe do CAPS visa elaborar estratégias que levem em consideração a subjetividade e o sofrimento de cada paciente, seu contexto social, as fragilidades e potencialidades a fim de reduzir suas dificuldades e possibilitar a sua integração familiar e social. Desta forma é possível a formação de vínculos e ligações afetivas que influenciam no tratamento e promova resultados efetivos (ALCEBÍADES; SANTOS; OLIVEIRA, 2022).

## **5.6 ESSENCIALIDADE DOS ATENDIMENTOS PSICOTERAPÊUTICOS PARA A VIDA DOS USUÁRIOS DOS CAPS**

Essa categoria se destina a compreender quais efeitos os atendimentos ofertados nos CAPS refletem na vida dos/as pacientes, na dinâmica familiar e na sociedade como um todo. Os/as participantes expressaram em suas falas que os trabalhos objetivam incitar a compreensão por parte dos/as usuários sobre o seu adoecimento, as causas e os meios de prevenção, estabelecer uma rotina de autocuidado, promoção da autonomia, independência, empoderamento e autoconfiança, resgatar a importância de reconhecer a subjetividade do ser, contribuir para a restauração dos vínculos familiares e reinserção social e desmitificar o tabu de que a psicologia é somente para “loucos”, mudando a concepção de adoecimento e saúde mental que a sociedade apresenta e resgatando a força do apoio ao próximo.

P1 – então, em primeiro momento a gente promove a compreensão do seu adoecimento, quais são as causas, os gatilhos que levam ele está do jeito que está e como ele pode evitar ou se pode se prevenir a tal situação, assim ele aprende a identificar esses fatores e aprende a ter uma rotina de autocuidado(...). Então, você trabalha com o paciente promovendo junto com ele a sua autonomia e sua independência para que ele possa caminhar com seus próprios pés, essa é a nossa ação aqui no serviço, juntamente com a reconstrução vínculos familiares.

Uma vez que o trabalho ofertado pelos CAPS se dá de forma conjunta com outros profissionais, através dos grupos terapêuticos e o atendimento terapêutico singular, propicia-se o desenvolvimento de planos de atendimento que proporciona o rompimento da segregação social. Dessa forma, o paciente se torna consciente do seu sofrimento, o que permite aos profissionais construir juntamente com ele e seus familiares hábitos

de autocuidado para que ele saiba lidar com suas questões de forma mais assertiva (DEMENSTEIN, *et al.*, 2005).

P2 - Promovem mais cidadania para usuário, promove o poder de tomada de decisão, autoconfiança e determinação. Com a questão do retorno à recessão social dele também fortalecendo ele no sentido da resiliência emocional, auto confiança para esse retorno, porque o retorno à sociedade é uma fase bastante desafiadora, sendo que o maior desafio não é quando ele tornou-se consciente da dependência, mas quando ele já está bem, quando já está nessa caminhada para a recuperação, quando ele já está se mantendo em abstinência por algum tempo, porque surgem alguns obstáculos por isso é importante trabalhar a prevenção de recaídas, o restabelecimento o fortalecimento dos vínculos familiares, o desenvolvimento das potencialidades psicológicas dele, para ele lidar com a situação.

A atuação do/a profissional de psicologia no CAPS tem um diferencial importante, que se encontra no conhecimento psicológico e na técnica, recursos reconhecidos pela ciência e pela ética profissional. Assim, desde a escuta, elaboração de um plano de tratamento para o/a usuário e a aplicação desse plano, o/a psicólogo/a apresentará uma visão única de ser humano, oferecendo aos/às outros/as profissionais a compreensão daquilo que eles/as não percebem de antemão e que é essencial para a melhora do/a paciente (SANTOS; CAMPELLO; BRANCO, 2017).

P4 - A busca por atendimento psicológico nem sempre acontece por vontade próprio pelo usuário, porém quando o mesmo se depara com a dinâmica dos atendimentos, quebra-se um tabu em que muitos ainda acreditam que os profissionais de psicologia são para "loucos". A atuação familiar nesse momento é muito importante justamente com o psicólogo para promover bem-estar aos pacientes, o que tem dado resultados positivos na reabilitação dos mesmos.

À vista disso, o/a psicólogo/a deve embasar a sua atuação no CAPS de forma a colaborar para a supressão de preconceitos e estigmas, e reduzir todas as condições que interfiram na saúde mental dos/as pacientes. Visará não somente o diagnóstico, mas como reflete Basaglia (1985), colocará o ser humano antes da sua enfermidade, isso implica o trabalho para a promoção de saúde, causando efeitos não somente na vida do/a paciente, mas em seu meio familiar e na sociedade como um todo (SANTOS; CAMPELLO; BRANCO, 2017).

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi elaborado, o presente projeto apresenta aspectos sobre a essencialidade dos serviços dos CAPS num município do Oeste da Bahia, constatando sua eficácia no atendimento humanizado e profissional a pessoas em sofrimento mental. Os objetivos da pesquisa consistiam em compreender a atuação do/a profissional de psicologia no CAPS do município, qual o conhecimento por parte dos/as profissionais

entrevistados acerca da luta antimanicomial e como isso influencia nas propostas que os CAPS ofertam aos usuários, quais as principais demandas e dificuldades enfrentadas pelos/as profissionais de psicologia e a essencialidade dessas entidades, principalmente no que condiz com o fazer do psicólogo, para a vida dos pacientes.

Assim, compreende-se que o trabalho do/a psicólogo/a no CAPS se dá de forma conjunta com o trabalho de outros/as profissionais como médico/a, enfermeiro/a, educador/a físico/a, terapeuta ocupacional e através do atendimento psicoterapêutico individual, grupal, visita domiciliar e demais ações desenvolvidas, visando a melhora do sujeito de forma a contribuir para a restauração dos vínculos familiares, construção da autonomia e autoconfiança do ser para que possam em sua vida diária e no seu convívio social viver da melhor forma possível.

É necessário enfatizar que, como afirmado pelos/as participantes, existem dificuldades encontradas na rotina de trabalho dos/as profissionais de psicologia nos CAPS como por exemplo, a falta de estrutura e material para aplicação de técnicas e métodos psicológicos, a falta de conhecimento dos aspectos que atravessam o adoecimento mental por parte de diversos/as profissionais que atuam nesse âmbito, vínculos familiares rompidos e/ou falta de rede de apoio aos/às pacientes, grande número de demandas para poucos/as profissionais, não adesão ao tratamento por parte de alguns usuários e usuárias e um fator importante, a falta de articulação com a rede de saúde mental da cidade.

Conclui-se que mesmo com as dificuldades vivenciadas, essas instituições são extremamente essenciais na vida dos sujeitos que a envolvem e do público-alvo que objetiva. Assim, se ressalta a compreensão dos/as profissionais sobre a história da luta antimanicomial e a importância das práticas humanizadas, reinserção do vínculo social e familiar e a necessidade de resgatar o indivíduo para que ele seja sujeito de sua vida. Através de um trabalho humanizado e integrador, esses/as profissionais podem contribuir para modificar a vida dos pacientes, de forma que eles sejam defensores e vivam os seus direitos.

Mesmo diante da relevância da atuação dos/as psicólogos/as nos CAPS, houve certa dificuldade quanto à procura de trabalhos científicos e referências bibliográficas relacionadas a atividades e ações dentro das unidades (o fazer dos psicólogos eram mencionados de forma implícitas). A falta de conhecimento sobre o fazer do/a profissional de psicologia nos CAPS contribui para o preconceito, estigmatização e a não adesão aos serviços prestados. Dessa forma, se reforça a importância da publicação e divulgação deste material e a necessidade de mais pesquisas abordando a temática para facilitar a elaboração de planos de prevenção, intervenções e uma compreensão explícita de como se dá esta atuação.

Além disso, ficou explícito que a história da saúde mental é marcada por um grande preconceito e estigmatização que influencia na forma como a sociedade percebe as pessoas com transtornos mentais, sendo necessário campanhas de conscientização para auxiliar

na promoção, prevenção e recuperação da pessoa com transtornos psicopatológicos, e a forma dos familiares e sociedade lidarem com o adoecimento mental.

## DEDICATÓRIA

A todas as pessoas com transtornos mentais que ao longo da história tiveram seu sofrimento intensificado devido ao grande preconceito, que foram rotulados, estigmatizados, encarcerados, excluídas do convívio familiar e social, esquecidas, torturadas e mortos dentro dos hospitais psiquiátricos, aos que tiveram seus direitos violados pelo simples fato de não conseguirem se encaixar dentro dos elevados padrões ditados pelos que se intitularam sãos.

A todos os profissionais da medicina, psicologia, sociologia, pedagogia, entre outras. Aos familiares das pessoas com psicopatologia que lutaram por um tratamento humanizado e de qualidade, pela validação dos direitos desses pacientes. Dedico ao meu esposo Wanderson Alcebiades, aos meus filhos André, João Miguel e Maria Sofia, à minha mãe (*in memoriam*) que era uma mulher guerreira que me ensinou a lutar pelos meus sonhos e ideais. Ao meu orientador Me. André Oliveira, a todos meus professores que contribuíram de forma relevante na minha formação em especial a professora Anizia Pareja (*in memoriam*) uma humanista nata que marcou todo o colegiado de psicologia da UNIFAAHF, ela exalava amor por onde passava com uma vontade de viver deslumbrante.

Dedico ainda ao Cristo ressurreto que me olhou com seus olhos de amor, me valorizou em meio a minha loucura, a Ele que decidiu investir em mim quando ninguém mais queria.

## AGRADECIMENTOS

Ao Deus redentor, autor do meu destino e minha salvação, meu guia, meu socorro presente na hora da angústia, ele “levanta o pobre do pó, e do monturo levanta o necessitado, para o fazer assentar com os príncipes” (BÍBLIA, Salmo, 113,7-8, p.809).

Ao meu esposo Wanderson Alcebiades, companheiro fiel, meu provedor, meu melhor amigo, amor da minha vida, meu principal incentivador que não mediu e nem mede esforços para me promover. Aos meus filhos André Luiz, João Miguel e Maria Sofia pela compreensão quando eu não podia comparecer em alguns eventos e momentos (meu coração gritava de dor) devido à necessidade de estudar para os trabalhos, provas, aulas e estágios, eles seguraram nas minhas mãos e me fortaleceram nos momentos de dificuldades, a todos os filhos e filhas do coração que sempre me encorajaram nesta caminhada despertando o melhor de mim. Aos familiares e amigos que, com muito apoio não mediram esforços para que eu chegasse a esta etapa de minha vida.

Agradeço aos membros da Igreja Assembleia de Deus de Candangolândia-

ADECAN que sempre me apoiaram e incentivaram nessa caminhada. A minha pastora Claudia Wenceslau que com seu amor e fé sempre teve e tem um bálsamo para o meu coração. A minha psicóloga Gabrielle Araújo que cuida da minha saúde mental, aos meus colaboradores que sempre se dedicaram ao máximo para que eu pudesse me dedicar aos estudos. Ao professor André Oliveira por sua orientação, sempre com sua postura de um profissional ético, dedicado e preparado, seu amor e zelo pela ciência é admirável e contagiante. A todos os professores do colegiado de psicologia, em especial amada professora Raquel Rocha, e a inesquecível Anizia Pareja (*in memoriam*).

Ao Curso de Psicologia da UNIFAAHF, e as pessoas com quem convivi nesse espaço ao longo desses anos. A experiência de uma formação compartilhada na comunhão e conflitos com amigos nesses espaços foram marcantes na minha formação acadêmica, no entanto quero agradecer em especial a Camila Souza pelo auxílio na produção deste trabalho, a minhas amigas Geovana Rodrigues, minha companheira de trabalhos e produções que me estimulou como estudar de forma correta, que me incentivou nos momentos de desânimo, e a amável Rose Gama que tinha sempre uma palavra branda e sensata para nos encorajar.

Ademais, é importante descrever a prontidão e o profissionalismo de cada psicólogo e psicóloga, que mesmo em meio a correria dos atendimentos e a crescente demanda de pacientes se prontificaram em responder à pesquisa. O olhar e a paixão que cada um/a demonstrou serviu de encorajamento para a busca de aperfeiçoamento no que se refere às políticas de saúde mental, nos levando a acreditar que é possível prestar atendimento qualificado e humanizado, enxergando a pessoa além do seu adoecimento. Enfim, sou extremamente grata a Deus por ser cercada de pessoas extraordinárias que fazem minha vida mais feliz!

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, A.; ROLIM, S; LEITE, P. A história da loucura. **Revista de Psicologia**, v.7, n 21, p.15-24, 2013.

ALCEBÍADES, E. C. S; SANTOS, C. S; OLIVEIRA, C. A. N. **A atuação do/a psicólogo/a nos centros de atenção psicossocial caps**. In: XIV ENICOB - Encontro de Iniciação Científica do Oeste da Bahia - UNIFAAHF, 2022. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/xivenicob/trabalho/244219>.

ALCEBÍADES, E. C. S; GROSSI, F. R. S. **Descrição e funcionamento da rede de atenção psicossocial (raps) no brasil**. In: XIV ENICOB - Encontro de Iniciação Científica do Oeste da Bahia - UNIFAAHF, 2022. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/xivenicob/trabalho/244208>. Parte inferior do formulário

ANTUNES, M. A. M. A psicologia no brasil: um ensaio sobre sua constituição. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, n 32, p. 44-65, 2012.

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

BAIROS, C. A. O trabalho do psicólogo em grupos de saúde mental nos CAPS. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, n 5, 2020.

BARBOSA, A. A. P. A saúde mental no Brasil e seus desafios na atualidade. **Revista Científica Semana Acadêmica**, n. 200, 2020.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n 40, p.391-404, 2014.

BERGER II, D. R., **A insanidade da loucura** - definindo a doença mental. SEBI: Brasília/DF, 2019.

BÍBLIA SAGRADA. Tradução João Ferreira de Almeida. São Caetano do Sul/SP, 1ª ed, p. 809, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**, 2ª ed. Brasília, 2007. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampiada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampiada_2ed.pdf). Acesso em 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso 20 de jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 21 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde**. Departamento de atenção básica. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento**: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção **psicossocial nos territórios**. Brasília, 2013.

CALVETTI, P. U.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia, ciência e profissão**, 27(4), 2007.

CAMPOS, C. J. G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, 2004.

CANTELE., A.; ARPINI, D. M.; ROSO, A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 4, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS- Centro de Atenção Psicossocial/Conselho Federal de Psicologia**. - Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. CFP, Brasília, 2005.

COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de saúde mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n 19, p. 1133-1144, 2015.

CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. M. F. **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M., SEVERO, A. K.; MORAIS, C. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde de Família. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 0, 2005.

FERREIRA, A. A. *et al.* Redesenhando a prática do psicólogo no CAPS de Quixada/CE. **Revista Expressão Católica**, v 1, n 2, 2012.

FIGUEIREDO, V. V. D.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, 9(2), p. 173-181, 2004.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo/: Editora Perspectiva, 1978.

FRANÇA, G. K. C. S.; FRANÇA, H. A. A estigmatização da loucura e a exclusão social. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade**, p. 65–81, 2016.

FREITAS, L. B. A evolução da saúde mental no brasil: reinserção social. **Revista Científica Semana Acadêmica**, v 126, n 1, 2018.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Revista Estudos de Sociologia**, v 1, n 18, 2012.

LUDKE, M.; ANDRADE, M. E. D. **Pesquisa em educação: Abordagem qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAZINE, E. J. **Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros**. **Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos**, Bauru, SP, 2004.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve histórico das classificações em Psiquiatria. **Revista Internacional Interdisciplinar**, v 16, n 1, p.74-91, 2019.

MELEIRO, A. M. A. S. **Psiquiatria: Estudos fundamentais** (1ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F., CAVALCANTI, M. T. **A reforma psiquiatria no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. Abepo, n 1, p.9, 2010.

MORENO, J. L. **Fundamentos dela Sociometria**. Buenos Aires, Argentina, 1972.

MOURA, L. S. **Saúde mental, racismo e adoecimento psíquico da população negra: um estudo de caso no CAPS de Cubatão**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**. Catalão: UFG, 2011.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Países estão falhando na implementação de serviços de saúde mental durante pandemia de COVID -19.** Washington (D.C); 2020.

PAPALIA, D.E; FELDMAN.R.D. **Desenvolvimento humano** (12ª ed.). Porto Alegre: AMGH, 2013.

RIBEIRO, S. L. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v 24, n 3, p. 92-99, 2004.

RIVIÉRE, E. P. **O processo Grupal**. 8º Ed. São Paulo, 2009.

SANTOS, P. A. N. D.; MIRANDA, M. O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa. **Revista Escola de Medicina e Saúde Pública**, (2015).

SANTOS, Y.; SCHERER, A. A percepção de profissionais da saúde, usuários e familiares de um CAPS-AD acerca do tratamento da dependência do álcool. *Ânima Educação*, 2015. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/10364/1/artigo%20para%20o%20cd%20yara.pdf>. Acesso em: 01 de novembro de 2022.

SANTOS, M. P.; CAMPELLO, P. C.; BRANCO, F. R. Atuação ética do psicólogo na reabilitação e reinserção do paciente psiquiátrico no CAPS. **Revista de trabalhos acadêmicos – Universo Salvador**, 1(3), 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SILVEIRA, L. C.; Braga, V. A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v 13, n 4, p. 591-595, 2005.

SILVA, G. B.; HOLANDA, A. F. Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1847-1930). **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, n 27, p. 127-142, 2014.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Revista Saúde Coletiva**, v 17, n 1, p.29-41, 2007.

SIQUEIRA, S. **O trabalho e a pesquisa científica na construção do conhecimento**. Governador Valadares: Univale, 2002.

TORRE, E. H. G.; AMANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v 6, n 1, p. 73-85, 2001.

WADI, Y. M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no estado do Paraná. **Revista Tempo e Argumento**, v 1, n1, p. 68-98, 2009.

WENTZEL, T. R. **Adesão de usuários ao tratamento em centro de atenção psicossocial para álcool e drogas – CAPS –AD**. Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A essencialidade dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial no Município de Luís Eduardo Magalhães-Ba

**Instituição dos pesquisadores:** Centro Universitário Arnaldo Horácio Ferreira - UNIFAAHF

**Professor(a) orientador(a)/Pesquisador responsável: Ms. Carlos André Nogueira Oliveira**

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Instituto Federal da Bahia/IFBA, com o CAAE \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, telefone 3612-9663, e-mail barreiras@ifba.edu.br.

- O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado: **A essencialidade dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial no Município de Luís Eduardo Magalhães – Ba**, cujo **pesquisador responsável** é: Ms. Carlos André Nogueira Oliveira e a **pesquisadora auxiliar** é Edivanete Cavalcante dos Santos Alcebiades.
- Sua participação é voluntária, não remunerada, e, caso queira se retirar em qualquer etapa da pesquisa não haverá nenhum dano ou prejuízo. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Em caso de dúvidas, a equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).
- Este estudo se justifica pela necessidade de compreender o funcionamento das políticas de saúde mental num município do Oeste da Bahia, através da percepção dos/as psicólogos/as e ações promovidas por meio da desinstitucionalização da loucura, que visam efetivar a promoção e prevenção na saúde mental através dos CAPS na região, uma vez que existe carência destes dados e informações, cujos objetivos específicos são: 1) compreender se o/a profissional de psicologia conhece como deve ser a sua atuação nos CAPS I e CAPS Ad III; 2) averiguar o conhecimento dos psicólogos/as acerca da luta antimanicomial, a atuação dos CAPS e sua história; 3) averiguar quais as principais demandas e dificuldades enfrentadas pelos/as psicólogos/as dos CAPS do município.
- A coleta dos dados será no CAPS I e no CAPS Ad III, com dia e horas marcada previamente, sendo realizada em setembro de 2022, em uma sala fechada, climatizada com mesas e cadeiras e com iluminação artificial, tendo em média cada entrevista a duração aproximada entre 1 hora e 1 hora e meia.
- A pesquisa será realizada a partir de uma entrevista semiestruturada, a qual será realizada a partir do encontro entre pesquisador e participante, de acordo

a disponibilidade de dia e horário do último. As coletas dos dados ocorrerão de forma individual e em locais reservados, com iluminação e confortos adequados. Durante a entrevista, as respostas dos participantes serão gravadas, a partir do consentimento dos voluntários. Após a entrevista, o pesquisador responsável efetuará a transcrição do conteúdo gravado e apagará as gravações.

- Este estudo possui riscos como a possibilidade de o estudo proporcionar alterações na rotina do (a) profissional uma vez que disponibilizará cerca de 1 hora e 1 hora e 30 minutos do seu tempo para responder o questionário. Para minimizar esse risco, a coordenação das instituições que se relacionem a pesquisa será comunicada sobre a entrevista semiestruturada e o período que pode ser preciso para efetuar-la, dessa forma os profissionais que serão entrevistados poderão se organizar com antecedência para dispor o seu tempo visando contribuir com a pesquisa. Além disso, existe o risco da quebra de sigilo dos dados do/a participante, para prevenir essa ocorrência, os questionários serão guardados em um armário chaveado com acesso restrito aos pesquisadores. Além disso, pode-se apresentar riscos em relação a fatores de ordem física e/ou psicológica, os quais podem se apresentar em formas de sintomas ansiosos, constrangimento, desconforto e abalo emocional em relação as perguntas sobre a temática. Caso esses desagradados ocorram, os participantes serão encaminhados para acompanhamento psicológico, sendo o mesmo prestado de forma gratuita pela Clínica Escola do Centro Universitário Arnaldo Horácio Ferreira, para receber os cuidados e acolhimentos cabíveis.
- Os benefícios que poderão ser proporcionados aos participantes são: oportunidade de partilharem o seu conhecimento e experiências nesta pesquisa, a qual poderá servir como base para outros estudos científicos, como também para outros profissionais que irão atuar nesta área da saúde. Além da possibilidade de geração de avanços e melhorias nos locais de trabalho que beneficiem os mesmos.
- Caso este procedimento gere algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisas (Resolução 466/12), você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.
- Os seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores. O material com suas informações ficará guardado sob a responsabilidade do pesquisador Carlos André Nogueira Oliveira com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade em arquivo, físico ou digital, sob sua responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.
- A pesquisa e o presente termo levam em consideração as normas éticas presentes na Resolução N° 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ministério da Saúde (MS), a qual predispõe sobre as normas referentes as atividades de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.
- O/ (a) Sr. (a) tem acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissio-

nais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador desta pesquisa é o professor Carlos André Nogueira Oliveira, que pode ser encontrado no endereço: Rua Br 135, Km 01, nº2.341, Bairro Boa Sorte, CEP:47805-270, Barreiras- BA e telefone (77) 99831-8773.

- Se o Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a Ética da Pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IFBA (CEP), localizado na Av. Araújo Pinho nº 39, Canela, Salvador -BA, Tel 71 3221-0332, [cep@ifba.edu.br](mailto:cep@ifba.edu.br). “Os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” conforme a resolução 466/12, item VII.2 do Conselho Nacional de Saúde.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Luís Eduardo Magalhães, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Participante da Pesquisa

---

Carlos André Nogueira Oliveira, telefone (77) 99831-8773, E-mail:  
[andreoliveirapsi@hotmail.com](mailto:andreoliveirapsi@hotmail.com).

Pesquisador responsável

---

Edivanete Cavalcante dos Santos Alcebiades, telefone 77-99817-7624, E-mail:  
[alcebiades2605@gmail.com](mailto:alcebiades2605@gmail.com)

Pesquisadora auxiliar

## APÊNDICE B – CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

### CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

Luis Eduardo Magalhães, 29 de julho de 2022

Prezado/a:

Coordenador/a do Comitê de Ética e Pesquisa

A Secretaria de Saúde do Município de Luís Eduardo Magalhães vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização nesta instituição da pesquisa intitulada “A essencialidade dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial no Município de Luís Eduardo Magalhães”, sob a responsabilidade do pesquisador responsável Ms. Carlos André Nogueira Oliveira, a ser realizada no período setembro e outubro de 2022.

Esta instituição está ciente da liberação/entrada dos pesquisadores para a coleta dos dados referentes à pesquisa, somente mediante a apresentação do PARECER de APROVADO pelo CEP. Esta instituição é consciente de sua co-responsabilidade pelo presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

O pesquisador responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº466/12 e no que diz respeito à coleta de dados que apenas será iniciada após a APROVAÇÃO DO PROJETO por parte do Comitê de Ética em Pesquisa - (CEP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - (CONEP), se também houver necessidade.

também houver necessidade.

Município de IZOton  
Secretaria de Saúde  
19/07/2022  
Luís Eduardo Magalhães-BA.

M. IZOton  
Secretaria Municipal de Saúde  
Decreto nº 19/2022  
Luís Edu...  
-BA

*Manoel Carlos*

Nome e Carimbo com o cargo do representante da instituição onde será realizado o projeto

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

### DADOS DO/A PSICÓLOGO/A:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Formação além da graduação: \_\_\_\_\_

Período de atuação no CAPS: \_\_\_\_\_

Tempo de Formação como psicólogo/a: \_\_\_\_\_

Unidade de atuação: \_\_\_\_\_

Instituição em que se graduou: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1- De acordo com o seu conhecimento como se dá a atuação do psicólogo/a nos CAPS I e CAPS Ad III?
  
- 2- Quais são suas principais demandas e dificuldades enfrentadas nos CAPS do município?
  
- 3- Qual a proposta dos CAPS I e Ad III com o que se refere a pacientes com transtornos psicológicos graves e persistentes?
  
- 4- De acordo como seu entendimento, qual a proposta da luta antimanicomial?
  
- 5- Qual a sua compreensão sobre os serviços ofertados pelos CAPS e a sua opinião sobre a utilidade dos mesmos?
  
- 6- Quais são suas maiores dificuldades em seu âmbito de trabalho?
  
- 7- De acordo com seu conhecimento e experiência, quais fatores psicossociais podem influenciar no desenvolvimento do adoecimento mental?
  
- 8- Quais os efeitos que os atendimentos psicoterapêuticos promovem na vida dos usuários dos CAPS, e conseqüentemente na dinâmica familiar e da sociedade luiseduardense ?