



FATORES RESTRITIVOS PARA O ACOLHIMENTO CENTRADO NA PESSOA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

RESTRICTIVE FACTORS FOR PERSON-CENTERED RECEPTION IN PSYCHOSOCIAL CARE FROM THE PERSPECTIVES OF PROFESSIONALS

Johntan Martins Sousa¹

Marciana Gonçalves Farinha²

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá³

Karina Machado Siqueira⁴

Fernanda Costa Nunes⁵

Ana Lúcia Queiroz Bezerra⁶

Resumo: Objetivou-se compreender os fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa na atenção psicossocial, na perspectiva dos profissionais. Trata-se de uma pesquisa-intervenção qualitativa, realizada com 30 profissionais de dois Centros de Atenção Psicossocial da região central do Brasil. Foram realizados quatro encontros grupais em formato de oficina e, para coleta de dados, foi utilizado questionário de perfil profissiográfico, técnica de dramatização e anotações em diário de campo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Emergiram três categorias: 1. Fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa, relacionados aos profissionais; 2. Fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa, relacionados aos processos de trabalho; 3. Fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa, relacionados aos usuários e à família. Fazem-se necessários momentos de educação permanente em saúde de forma contínua para a capacitação da prática dos profissionais a fim de potencializar a qualidade da assistência à saúde mental para o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial.

Palavras-chave: Acolhimento; Assistência à saúde mental; Assistência centrada no paciente; Equipe de assistência ao paciente; Serviços comunitários de saúde mental.

¹ Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: johnatanfen.ufg@gmail.com

² Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: marciana@ufu.br

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: paranagua@unb.br

⁴ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: karinams@ufg.br

⁵ Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: fernandanunes@ufg.br

⁶ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: aqueiroz.fen@gmail.com



Abstract: This study aimed to understand the restrictive factors for person-centered care in psychosocial care, from the perspective of professionals. This is a qualitative intervention research, carried out with 30 professionals from two Psychosocial Care Centers in the central region of Brazil. Four group meetings were held in a workshop format and data collection was carried out using a professional profile questionnaire, dramatization technique and notes in a field diary. The data were submitted to thematic content analysis. Three categories emerged: 1. Restrictive factors for person-centered reception, related to professionals; 2. Restrictive factors for person-centered reception, related to work processes; 3. Restrictive factors for person-centered reception, related to users and families. Continuous moments of continuing health education are necessary to train professionals in their practice enhancing the quality of mental health care and strengthen the psychosocial care model.

Keywords: User Embrace; Mental Health Assistance; Patient-Centered Care; Patient Care Team; Community Mental Health Services.

1 Introdução

O processo de desinstitucionalização do tratamento em saúde mental, alinhado aos objetivos da Reforma Psiquiátrica, prioriza uma assistência alternativa e humanizada para os usuários. Em contraste com a institucionalização de indivíduos em sofrimento psíquico — que acarreta danos à qualidade de vida, limita o contato com a comunidade e com a família, restringe a autonomia e dificulta a reinserção social (Vasconcelos; Lopes, 2020) —, o modelo psicossocial surge como um novo paradigma.

Esse modelo defende que o olhar sobre o sofrimento psíquico deve ir além da psicopatologia, incorporando também as questões psicossociais que influenciam o processo de saúde/doença mental (Patriota *et al.* 2010). Assim, as pessoas que necessitam de cuidados psicossociais devem ser acolhidas em sua integralidade, e não reduzidas somente à sua condição patológica.

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários que atendem adultos, crianças, adolescentes e seus familiares em situação de sofrimento psíquico, transtornos mentais graves e persistentes ou problemas relacionados ao uso de drogas. Seus profissionais trabalham pelo empoderamento dos usuários durante a reabilitação psicossocial, visando à promoção da reinserção social (Santana; Berwig, 2021; Brasil, 2015; Rissato *et al.* 2024).

Em relação às equipes dos CAPS, diversas categorias profissionais compõem sua força de trabalho. Entre elas, estão profissionais de nível superior — médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos e educadores físicos —, além de trabalhadores de nível técnico, como técnicos de enfermagem, administrativos, educacionais e artesãos (Brasil, 2015). Esses profissionais têm como responsabilidade prestar acolhimento integral e resolutivo aos usuários e seus familiares.

Reconhecer as necessidades de cuidado de pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso problemático de álcool e outras drogas é fundamental para um acolhimento



eficiente. A escuta qualificada tem potencial terapêutico quando bem conduzida, além de melhorar a atenção centrada na pessoa e o acolhimento daqueles com sofrimento psíquico. Essa escuta, quando realizada de forma adequada, alcança o campo subjetivo e humano do indivíduo (Maynard *et al.* 2014).

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde, o acolhimento nos CAPS divide-se em etapas, sendo a primeira o acolhimento inicial — momento do primeiro contato, seja por demanda espontânea, seja por encaminhamento de outros serviços. É nessa fase que, por meio da escuta qualificada, se estabelece o vínculo entre equipe e usuário, validando seu sofrimento e iniciando o processo terapêutico (Brasil, 2015).

Além disso, os CAPS oferecem à comunidade o acolhimento diurno e/ou noturno, modalidade na qual os usuários permanecem no serviço durante parte do dia ou da noite como estratégia vinculada ao Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essa abordagem visa restabelecer e fortalecer vínculos interpessoais, tanto no âmbito familiar quanto no social (Brasil, 2015).

Um estudo sobre a perspectiva antimanicomial na Política de Saúde Mental, baseado na percepção de trabalhadores dos CAPS de Cuiabá, evidenciou que a assistência não pode se restringir ao modelo biomédico, no qual a integralidade do cuidado é negligenciada e os usuários enfrentam preconceito e estigmatização (Ahlert; Costa, 2024).

Nesse contexto, países como o Brasil precisam consolidar serviços de saúde mental que abandonem práticas coercitivas e a redução dos usuários a meros sintomas. É fundamental que essas instituições promovam a participação ativa dos indivíduos nas decisões sobre seu tratamento, priorizando a reinserção comunitária (OPAS, 2022). Essa é a base para efetivar práticas de cuidado centrado na pessoa, como o acolhimento.

Por fim, pesquisas recentes alertam que o acolhimento nos CAPS ainda demanda maior sistematização, já que algumas equipes multiprofissionais não abordam todas as dimensões da vida dos usuários (Tavares; Ferreira; Nascimento, 2022; Sousa *et al.* 2023a). Esse cenário reforça a necessidade de ampliar o olhar das equipes de saúde para o acolhimento como eixo estruturante dos serviços comunitários.

Além disso, a prática do acolhimento muitas vezes é vinculada à ação de triagem, incluindo os serviços comunitários de saúde mental, nos quais o ato de acolher é baseado no modelo biomédico, pois a voz do usuário é silenciada, não há priorização para a construção de vínculos, existe a supervalorização das tecnologias duras de cuidado, que



aqui podem ser compreendidas como a aparelhagem técnica que opera o serviço, o que traz prejuízos para a integralidade da assistência (Araújo; Tanaka, 2012).

Diante desse cenário, este estudo busca responder à seguinte questão norteadora: “Quais as barreiras enfrentadas por profissionais de saúde mental para a efetivação do acolhimento centrado na pessoa?”. Seu objetivo é analisar os fatores que limitam essa prática na atenção psicossocial, sob a perspectiva dos profissionais.

2 Método

Trata-se de uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa que, durante o percurso do estudo, visa concretizar uma intervenção com a finalidade de oportunizar uma transformação em nível institucional (Rocha, 2006), norteadora pelo referencial teórico do Método Clínico Centrado na Pessoa (Stewart *et al.* 2017). A intervenção da pesquisa foi norteadora pelo Ciclo de Aprendizagem Vivencial (CAV) (Moscovici, 2015) e o relatório do estudo seguiu os passos do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Souza *et al.* 2021).

O CAV é composto pelas seguintes fases que se relacionam de forma cíclica: 1. Atividade (momento no qual o grupo experiencia uma vivência); 2. Análise (processo diagnóstico do que foi vivenciado, oportunizado pelo feedback do grupo); 3. Conceituação (oferecimento de oferta teórica sobre o tema trabalhado no encontro); 4. Conexão (etapa na qual o grupo faz relações do que foi vivenciado com a sua vida, seja profissional, seja pessoal) (Moscovici, 2015).

O cenário do estudo consistiu em dois Centros de Atenção Psicossocial da região central do Brasil: um classificado como Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi); e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) do tipo III, indicados pela coordenadora de saúde mental do município no qual a pesquisa foi realizada, pois os outros dois CAPS da região já estavam sendo campo de estudo de outra doutoranda que estava realizando a sua coleta de dados.

Estavam vinculados 30 profissionais no CAPSi e 51 no CAPSad III no período da coleta de dados. Participaram do estudo 30 profissionais, 15 do CAPSi e 15 do CAPSad III, selecionados por conveniência segundo o critério de inclusão de prestar atendimento aos usuários e seus familiares, sendo excluídos os profissionais de áreas administrativas ou que estavam afastados dos serviços por motivo de férias ou licenças.

A intervenção da pesquisa consistiu em um processo formativo vivencial sobre o cuidado centrado na pessoa para os profissionais dos CAPS. Foram realizados quatro



encontros, de três horas de duração, de outubro a dezembro de 2022, com frequência quinzenal. O local de realização do processo formativo foi o CAPSad III. Foram trabalhados os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), os dados do presente estudo são oriundos do segundo encontro que objetivou refletir sobre o componente desse referencial “Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença” (Stewart *et al.* 2017).

O encontro iniciou com esclarecimentos sobre a condução da pesquisa. Foram disponibilizados o questionário de perfil profissiográfico e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para preenchimento. O questionário citado apresentava perguntas sobre: idade, sexo, cor, estado civil, nível de escolaridade, ano de conclusão do curso de maior formação. E, ainda, se o profissional prestava algum cuidado aos usuários e familiares, se havia cursado especialização, se exercia alguma atividade de gestão no serviço, tempo de atuação no CAPS, carga horária semanal de trabalho, tipo de vínculo empregatício, se possuía outro emprego.

Posteriormente, foi proposta a técnica “Em sintonia” (Berkenbrock, 2015) para o acolhimento do grupo, na qual foram entregues aos profissionais um pedaço de papel com letras de músicas. O objetivo da utilização desta técnica foi promover o aquecimento do grupo por meio da interação entre os profissionais para prepará-los para a atividade principal de dramatização, para trabalhar o tema do acolhimento e cuidado centrado na pessoa. Logo, os trabalhadores foram instruídos a andar pela sala em círculo, cantarolando a sua música com o intuito de encontrar quem estava com a mesma música que a sua. Após os encontros, cada dupla fez uma apresentação de sua música para o grupo.

Na sequência, foi utilizada a técnica da dramatização (Nery; Conceição, 2012), na qual dois profissionais do CAPSi e um profissional do CAPSad se voluntariaram para simular o acolhimento inicial. O usuário e os familiares foram representados por outros integrantes do grupo.

Essa técnica foi utilizada como recurso principal na etapa da atividade do CAV, caracterizando a vivência das equipes em relação à prática do acolhimento no contexto da atenção psicossocial. A dramatização foi escolhida, pois, por meio dela, os profissionais poderiam representar a realidade cotidiana dos CAPS e ilustrar os casos atendidos de forma mais recorrente nos serviços investigados.

O grupo construiu duas cenas, a primeira do acolhimento de uma adolescente de 13 anos com tentativa de suicídio por meio da ingestão de vários comprimidos e que estava se automutilando após a separação dos pais. A filha e sua mãe foram encaminhadas



para o serviço por meio do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

A segunda cena foi o acolhimento de um jovem de 18 anos que usava drogas e que foi deixado no CAPSad pelo pai, também usuário de drogas, que adotava um comportamento omissivo em relação à situação do filho, terceirizando os cuidados ao CAPS, um dos motivos que o levou a viver em situação de rua quando foi acolhido pelo serviço.

Todo o processo foi mediado por dois facilitadores, o pesquisador principal, enfermeiro especialista em: saúde mental, enfermagem psiquiátrica, dinâmica de grupo e gestão de equipes; e uma psicóloga, professora doutora e especialista em consultoria e gestão de grupos e em saúde mental. Após as simulações dos acolhimentos, os facilitadores dispararam para o grupo as seguintes questões: Como foi vivenciar a atividade de dramatização? Como se sentiram? O que perceberam durante a dramatização? Quais são as dificuldades e facilidades da vivência de encenação?

Após a explanação do grupo, foi apresentada pelos facilitadores uma oferta teórica por meio de exposição dialogada, em que *slides* com o conteúdo foram disponibilizados para os profissionais em grupo de trabalho das equipes dos CAPS presentes no WhatsApp.

Todo o encontro foi registrado por meio de gravação de áudio e notas em diário de campo dos pesquisadores para favorecer o processo analítico dos dados submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática conforme as etapas de pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos: inferência e interpretação (Bardin, 2016). Inicialmente, foi feita a seleção do material que seria analisado, a transcrição do encontro seguida da leitura flutuante dos dados para a formulação das hipóteses iniciais. Em seguida, foram realizadas operações de codificação dos dados, mediadas pela identificação das unidades de registro e contexto, agrupadas por semelhança para a construção dos núcleos de sentido. E, por último, foi apresentada a categorização por meio da descrição das categorias.

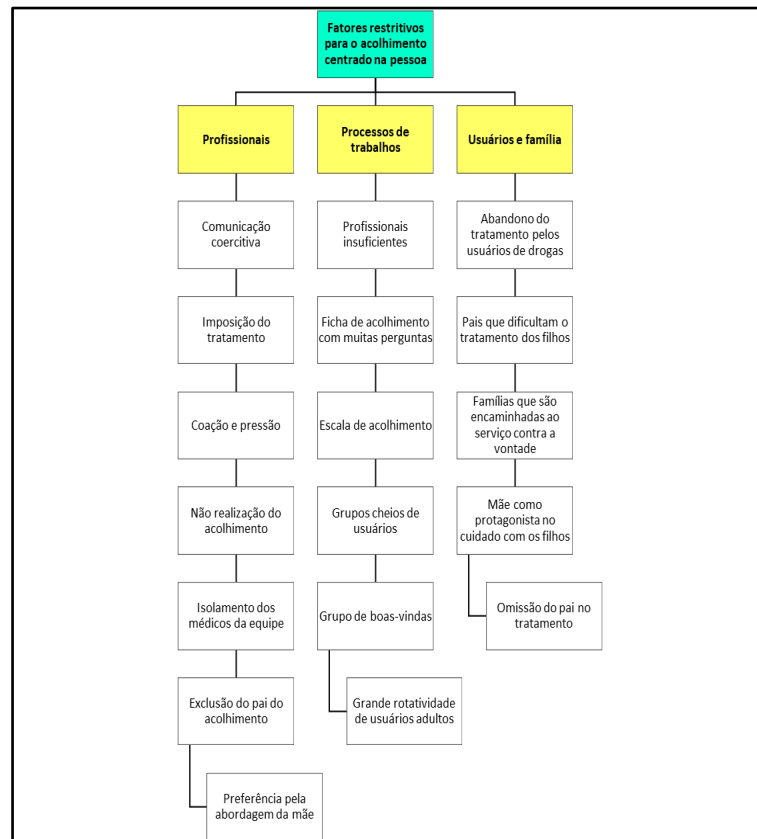
A pesquisa atendeu às recomendações da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 4.298.13, e registrada como projeto de extensão intitulado “Oficina educativa para o cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial”. Os participantes foram codificados pela letra P e ordem de fala nos encontros grupais (P1 a P30).

3 Resultados

Em relação às características sociodemográficas e de formação profissional dos 30 colaboradores que participaram do estudo, a maioria (19 indivíduos, 63%) tinha entre 30 e 49 anos, e 28 (93%) eram do sexo feminino. Quanto às categorias profissionais, a mais representativa foi a de psicólogos ($N = 11$, 37%), seguida por técnicos de enfermagem ($N = 8$, 27%), enfermeiros ($N = 3$, 10%), farmacêuticos ($N = 2$, 7%), fisioterapeutas ($N = 2$, 7%), pedagogo ($N = 1$, 3%), musicoterapeuta ($N = 1$, 3%), educador físico ($N = 1$, 3%) e assistente social ($N = 1$, 3%).

Do processo de análise de conteúdo emergiu a categoria temática “Fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa” que contemplou três categorias que ilustram como as equipes dos serviços comunitários de saúde mental acolhem os usuários e seus familiares: 1. Fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa, relacionados aos profissionais; 2. Fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa, relacionados aos processos de trabalho; 3. Fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa, relacionados aos usuários e à família (Figura 1).

Figura 1: Árvore de codificação das categorias do estudo. Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022



Fonte: os autores (2022).



Categoria 1 - Fatores restritivos para o acolhimento relacionados aos profissionais

Os profissionais relataram que a utilização de comunicação coercitiva e a imposição do tratamento aos usuários são fatores que prejudicam a prática do acolhimento: “A Maria não é assim, ela é bruta. Na hora que a Sandra perguntou pra mãe se ela ia fazer o tratamento, se fosse a Maria ela ia falar assim “se você não fizer o tratamento a sua filha não vai melhorar.” (P12); “No nosso caso [álcool e outras drogas], já é diferente, porque, por exemplo. No finalzinho, assim quando a mãe falou ‘Você vai querer vir?’, no nosso caso, às vezes é ‘você VEM, né’ [Risos] ‘Não, você TEM que VIR’” (P13).

Emergiu nos depoimentos dos participantes que a atitude de coagir e pressionar as crianças e adolescentes durante o acolhimento são comportamentos que atrapalham a abertura dos mesmos, desumanizando o cuidado: “E eles [crianças e adolescentes] não falam, né. Uma semana às vezes de acolhimento diurno é pouco, porque eles não falam... porque se a gente coagir...” (P2); “No nosso caso, como a gente trabalha com adolescente, se a gente pressioná-los demais...” (P12)

Fatores como profissionais que não realizam o acolhimento das pessoas atendidas e que restringem a sua prática somente ao seu campo de especialidade, como a enfermagem e o isolamento dos médicos, foram destacados como questões que prejudicam o acolhimento: “A gente tenta não criar essa verticalização e trata o médico como equipe, mas tem médico que insiste em ficar nessa posição vertical e não se vê como parte da equipe...” (P6); “Alguns médicos, eles mesmos se excluem, outros são mais sociáveis.” (P5); “Aqui já aconteceu de estar no horário da reunião, e o médico não participar da reunião” (P13).

A enfermagem só faz a consulta de enfermagem, as farmacêuticas não fazem...Tem abertura para fazer, a Margarida faz no período da tarde, mas como elas tem outras atividades e ficam responsáveis pela farmácia, acaba não fazendo, mas se tiver que fazer, faz também (P13).

Os profissionais do CAPSi relataram que, durante o acolhimento, excluem o pai desse momento, estimulando o comportamento passivo diante do processo de reabilitação psicossocial dos filhos: “Às vezes, ele [pai] é omissivo, ele é negligente, mas o tempo todo ele é excluído, mas também não dá para falar porque ele é excluído, tem milhões de variantes aí, mas é fato que esse pai na maioria dos casos ele é excluído.” (P8); “Porque a sociedade acha que é normal o pai não saber essas informações [de saúde], então está tudo bem ele não saber essas informações.” (P18);



Tem uma questão que acontece muito, o pai é muito poupado das responsabilidades, e às vezes, ele passa por essa questão da exclusão. Por mais que você pensa assim “ah, mas ele tá lá porque ele não quer”. Mas como que você chama a mãe, mas não chama o pai. A mãe, muitas vezes, ela está ali, mas também não quer estar (P11).

A preferência pela abordagem da mãe no acolhimento das crianças e adolescentes atendidos no CAPSi foi apontada pelos profissionais como uma realidade no serviço, o que inviabiliza a participação das demais pessoas, como o pai e os próprios filhos: “E no acolhimento inicial também que a gente faz, a preferência é pela mãe. No acolhimento do próprio CAPS, é preferível, as perguntas são direcionadas para mãe.” (P12)

E isso aconteceu essa semana. Chegou o pai com a filha que tinha tentado suicídio um dia antes e a filha mora com o pai, e na hora pra mim não seria problema fazer acolhimento com o pai, já que estava morando com ela. Só que realmente precisa dessas outras coisas, que o pai não saberia informar sobre a gestação. Os pais separados e aí ela teve que voltar no outro dia com a mãe. (P2)

Eu peguei um caso, onde o pai foi atrás. A criança morava com pai e com a mãe, eles não eram separados e o pai foi fazer o acolhimento, só que quando chegou dentro da sala, quando eu comecei a fazer as perguntas, ele não sabia responder nada, nem idade da criança não sabia responder [...]. Perguntei ‘Tem como você ligar para mãe e a gente faz a consulta com ela agora?’ e ele fez uma chamada de vídeo, a gente fez a consulta nós três, porque realmente tem esse delay do pai de não saber. (P11)

Categoria 2 - Fatores restritivos para o acolhimento relacionados aos processos de trabalho

O quantitativo insuficiente de profissionais para que o acolhimento seja operacionalizado em dupla foi salientado como um fator que interfere na qualidade do cuidado ofertado na atenção psicossocial: “O acolhimento aqui é feito por um profissional... o ideal seria dois, mas não tem.” (P5)

Emergiu na fala de um dos participantes que a ficha de acolhimento do CAPS, que contém muitas questões, atrapalha o pleno acolhimento dos usuários, pois desperta neles nervosismo e medo diante dos inúmeros questionamentos:

Eles [usuários] vão ficando nervosos. Acho que a cada pergunta, eles têm medo de soltar alguma coisa que não deve, que quando você vai aferir a pressão, até subiu a pressão deles, de tão nervosos que eles ficam com algumas palavras que ele tem que falar. Eu já percebi isso também. Fica acoado. (P16)

A escala de acolhimento com rodízio entre os profissionais é um aspecto que gera barreiras para o acolhimento por demanda espontânea, pois ao agendar um determinado número de acolhimentos, os profissionais acreditam que acolher com maior tempo é o mesmo que acolher com qualidade:



Lá no CAPSi a gente tem esse cuidado, por mais que seja porta aberta, igual a gente falou, tem uma escala de acolhimento e cada profissional tem uma quantidade, justamente para não cair nessa questão de fazer o tanto que vier, e fazer de qualquer jeito. A gente tem um tempo para fazer esse acolhimento, para não cair nessa questão de acolher quanto mais melhor. O que adianta a gente acolher e não poder proporcionar o tratamento adequado para ele [usuário]? (P11)

Emergiu no depoimento de um dos participantes que o número elevado de grupos cheios de usuários no serviço foi a razão pela qual a escala de acolhimento foi extinta e, em decorrência desse fenômeno, o acolhimento passou a ser mais monopolizado pelos psicólogos: “A gente tinha [escala de acolhimento], mudou algumas coisas recentemente, antigamente a gente tinha, cada dia era uma, só que como a gente tem muitos grupos e tem grupos que são mais cheios, a gente optou por tirar isso para ter um fluxo melhor.” (P13)

Um participante externou que o grupo de boas-vindas criado no CAPSad se transformou em uma barreira para o acolhimento efetivo, por isso ele foi extinto, pois as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas têm a necessidade de uma abordagem mais rápida, uma vez que abandonam com mais frequência o tratamento: “A gente teve uma discussão e a gente não faz o grupo de boas-vindas mais. A gente por estar lidando com usuários de álcool e drogas a gente precisa ser muito rápido para inserir eles na unidade, senão eles desistem.” (P5); “Então vir para um grupo, para depois ser inserido em outro grupo, para depois de três semanas ver o médico, ele desiste do tratamento. Então, a gente percebeu que o grupo de boas-vindas estava sendo mais um dificultador, do que inserido eles na unidade.” (P5); “O nosso acolhimento está sendo mais extenso por conta disso, não tem mais o grupo de boas-vindas. Foi coisa bem recente, mais ou menos, um mês.” (P13)

Um profissional justificou que o acolhimento realizado no CAPSad é mais rápido em relação ao que é feito no CAPSi devido à grande rotatividade dos usuários adultos em decorrência do contexto de vulnerabilidade em que eles vivem:

[...] como aqui é mais demanda para adultos... Os adultos estão em vulnerabilidade de risco, mas como vai muito da vontade deles e a criança não é autônoma, acaba que a demanda é mais rápida do que o cuidado. A criança você tem que parar um pouco mais para conhecer... A gente tem uma rotatividade maior. (P5)

Categoria 3 - Fatores restritivos para o acolhimento relacionados aos usuários e à família



O abandono do tratamento pelos usuários de álcool e outras drogas foi vocalizado como um desafio para o acolhimento centrado na pessoa, pois, para tentar não perder o vínculo, os profissionais abordam as pessoas com muitas perguntas para a obtenção máxima de dados: “Aqui no AD [álcool e drogas] a gente tenta entrar logo [nas questões familiares], porque o nosso perfil de usuário, já é outro. Eles nem sempre voltam. Eles demoram a voltar. Muitas vezes, eles nem querem vir...” (P13)

Quando as famílias das crianças e adolescentes são encaminhadas contra a própria vontade por outras instituições para serem acolhidas no CAPSi, e ao notarem durante o acolhimento que precisarão se envolver e participar no processo de reabilitação psicossocial de seus filhos, criam barreiras para a adesão e acesso ao serviço: “E geralmente, os pais dificultam também, porque quando eles percebem que eles vão precisar comparecer, que a gente vai precisar fazer uma psicoeducação com eles, aí eles dificultam mais ainda o acesso do adolescente ao CAPS.” (P12)

Como tem a questão do CREAS envolvido, das agressões, essa mãe, ela provavelmente vai dificultar o acesso da equipe com a filha, você entendeu? Para ela não é importante que essa filha seja tão ouvida. Então, ela está ali porque ela foi encaminhada, mas ela não facilita muito não. (P11)

O pai, mesmo estando presente fisicamente no CAPSi para o acompanhamento dos filhos, não participa ativamente do acolhimento e a mãe assume o papel de protagonista nos cuidados das crianças e adolescentes durante o processo de reabilitação psicossocial, como evidenciam os relatos: “A mãe, muitas vezes, ela não dá espaço para o protagonismo do filho. Quando vem um pai aqui, geralmente a gente chama ou ele pergunta se é para entrar ou não, ou não é com ele, ele continua sentado, sentado ele fica.” (P13)

Eu achei interessante, que eu fiquei com o papel do pai, e mesmo nos dois casos, o pai ficou excluído mesmo [Risos]. Não falei nada, não me manifestei de propósito, porque nos casos lá do nosso CAPS, os pais são realmente excluídos do contexto, ou por conta da mulher que não deixa ele fazer parte do sistema, por conta de briga de marido e mulher mesmo [...] (P8)

Esse delay do pai realmente é muito complicado, porque é muita questão cultural de sociedade, sempre o pai ausente. É muito raro quando o pai chega e fala ‘Eu tô aqui porque eu quero ajudar’. Eu falo da minha experiência pessoal, o pai da minha filha é super ausente, então não tem essa questão de excluir ele, eu quero que ele esteja perto, mas ele não está. (P2)

4 Discussão

São inúmeros os fatores que dificultam a prática do acolhimento centrado na pessoa nos serviços comunitários de saúde mental. A categoria “Fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa na atenção psicossocial relacionados aos profissionais”



revelou que a comunicação coercitiva e a imposição do tratamento aos usuários pela equipe multiprofissional prejudicam o êxito do acolhimento. Ao se comunicar com os usuários dos serviços de saúde, é importante ter domínio do que se pretende transmitir, como: as intenções, emoções e finalidades do que é dito, utilizando uma linguagem coerente e prestando atenção no não verbal para a concretização da comunicação efetiva (Silva, 2009), sem colocar a sua vontade acima das vontades dos usuários.

Coagir e pressionar as crianças e adolescentes assistidos durante o momento do acolhimento é prejudicial para a efetivação do cuidado centrado na pessoa; elas podem não comunicar todas as suas questões, e dessa forma a sua perspectiva sobre o processo saúde/doença mental não é compreendida plenamente, o que está na contramão da humanização do cuidado. Revisão integrativa da literatura que descreveu o desempenho exercido pelo CAPS no processo de humanização da saúde mental apontou que a humanização é construída por meio das práticas de cuidado, como o acolhimento, uso da musicoterapia nas oficinas terapêuticas, entre outros (Araújo *et al.* 2020). Além disso, o público infantojuvenil tem o direito de ser escutado e de que as suas percepções e perspectivas sejam consideradas por quem as acolhe (Costa, 2023).

A ausência de envolvimento na prática do acolhimento na atenção psicossocial, por profissionais que restringem a sua atuação somente ao seu técnico especialista, bem como o isolamento dos médicos, também prejudica o acolhimento centrado na pessoa. Essa realidade é compartilhada em outros cenários, como demonstra um estudo qualitativo realizado com enfermeiras e técnicas de enfermagem de um CAPSad, que demonstrou que as profissionais exercem práticas ora baseadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Redução de Danos, ora conforme o modelo biomédico. Também apontou que elas encontram desafios para se reconhecerem no serviço, muitas vezes reproduzindo uma assistência clínica-hospitalar (Santana; Carvalho, 2020).

Excluir os pais do momento do acolhimento e priorizar somente a perspectiva das mães das crianças e adolescentes atendidos no CAPSi é uma prática que desestimula a participação desses importantes atores sociais no processo de reabilitação psicossocial de seus filhos. Isto evidencia um descompasso em relação ao cuidado centrado na pessoa. É importante que o usuário não conte somente com as equipes multiprofissionais durante a assistência à saúde, a inclusão de pessoas significativas, como a família e demais membros do seu círculo social, também é relevante nesse processo (Silva *et al.* 2021).



A categoria “Fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa na atenção psicossocial, relacionados aos processos de trabalho”, revelou que o número reduzido de profissionais nos serviços comunitários de saúde mental é uma questão que muitas vezes limita que o acolhimento seja realizado por dupla de profissionais, especialmente de categorias diferentes. Pesquisa que analisou a distribuição espacial da estrutura e dos recursos humanos que compõem a RAPS, segundo as Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU) no Brasil, revelou haver uma lacuna de profissionais na RAPS, especialmente na região norte do país (Maia *et al.* 2021).

Utilizar ficha de acolhimento longa também pode ser prejudicial para o acolhimento e impede que as pessoas atendidas possam falar livremente ou aprofundar em determinada questão que as aflige. Portanto, ao entrevistar uma pessoa, o profissional precisa ter a consciência de que saber ouvir não é somente ficar escutando uma série de informações, mas sim dar a oportunidade para o usuário falar livremente sem ser interrompido precocemente. Isto envolve empatia para a pessoa poder apresentar as suas emoções, expectativas e esperança em relação aos problemas que estão influenciando o seu momento de vida (Pascual; Induráin, 2001).

A grande demanda destinada aos CAPS acarreta grupos terapêuticos com excesso de pessoas e faz com que o acolhimento não seja exercido por todos os profissionais, o que acaba sobrecarregando, especialmente, os psicólogos. Além de prejudicar a prática do acolhimento centrado na pessoa por todos da equipe multiprofissional dos CAPS, a grande demanda e a escassez de trabalhadores para atender às necessidades dos usuários e seus familiares também são fenômenos que reduzem a qualidade das intervenções em grupo no cenário da atenção psicossocial (Sousa *et al.* 2023b).

Outro aspecto observado como dificultador foi a escala de acolhimento rodiziada entre a equipe. Essa escala é usada pelos profissionais visando controlar a quantidade de pessoas que acessam o serviço, o que vai contra a proposta do CAPS. Agendam justificando que, para acolher de maneira correta, exige-se mais tempo de escuta e dedicação de quem está fazendo o acolhimento e, ao contrário, acolher em menos tempo é um trabalho de menor qualidade, como se a qualidade do atendimento estivesse exclusivamente no tempo gasto nessa escuta.

Pesquisa que caracterizou, a partir da opinião dos usuários, o acesso ao atendimento e a prestação do serviço oferecido, quanto à forma de acolhimento em unidades de saúde de Porto Alegre, revelou que, para garantirem atendimento, os usuários precisam chegar com antecedência, aguardando por muito tempo. A espera prolongada



para serem atendidos também foi destacada. Apesar desses pontos negativos, os usuários percebem positivamente o acolhimento, a atuação dos profissionais e o vínculo construído no serviço (Lima *et al.* 2007), demonstrando a importância de uma abordagem eficaz da equipe multiprofissional no acolhimento dos usuários nos serviços de saúde.

O grupo de boas-vindas, utilizado como uma ferramenta de acolhimento dos usuários de álcool e outras drogas, foi apontado como um dificultador para o pleno acolhimento dessas pessoas no serviço, por necessitarem de uma abordagem mais rápida para não abandonarem o tratamento, segundo os participantes. Esse achado contrasta com a literatura, em que grupos de acolhimento são utilizados como um recurso de manutenção da constância dos cuidados em saúde mental até que os usuários consigam ser encaminhados para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Pegoraro; Bastos, 2017).

A categoria “Fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa na atenção psicossocial, relacionados aos usuários e à família” apontou que a grande rotatividade dos usuários adultos assistidos pelo CAPSad é um fato que os profissionais consideram para implementarem o acolhimento de forma bem rápida, o que faz com que, muitas vezes, os usuários sejam atropelados por muitos questionamentos, atrapalhando o estabelecimento da relação terapêutica. Evidências científicas apontam haver uma elevada rotatividade de usuários de substâncias psicoativas nos serviços comunitários especializados em atenção psicossocial (Mattoso; Teixeira; Almeida, 2022), requerendo dos gestores e profissionais estratégias que visem potencializar a participação dos usuários no processo de reabilitação psicossocial.

Realizar o acolhimento dos usuários de substâncias psicoativas com muitas perguntas, pelo receio deles não retornarem para o serviço, é um fator restritivo, pois os usuários podem se sentir entediados e podem não responder com profundidade às suas aflições. A recaída é a principal causa de interrupção ou abandono do tratamento e, de acordo com um estudo qualitativo realizado com 50 usuários de um CAPSad, a principal causa para as recaídas é a dificuldade que as pessoas têm para lidar com as suas emoções (Fernandes *et al.* 2020), além da vulnerabilidade psicoemocional que vivenciam (Moura *et al.* 2020).

Famílias encaminhadas por outros serviços para fazerem acompanhamento nos serviços comunitários de saúde mental contra a sua vontade, bem como a não adesão delas ao tratamento, são fatores que impedem que exponham plenamente o que está acontecendo no seu núcleo familiar no momento do acolhimento. Pesquisa realizada no



cenário da atenção psicossocial apontou que a inclusão da cultura familiar na assistência à saúde mental ainda não acontece e que a família valoriza práticas de cuidado ancoradas no modelo biomédico, como diagnósticos e terapia medicamentosa (Cardozo; Ferraz; Sorrato, 2020).

Os profissionais destacaram o protagonismo da mãe durante o acolhimento de seus filhos no CAPS, o que deixou escancarada a omissão do pai e demais pessoas da rede de apoio na assistência à saúde mental, o que pode gerar adoecimento nessas mulheres. Um estudo quantitativo que identificou as características sociodemográficas e o grau de sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes egressos de internação psiquiátrica apontou que, dos 21 participantes, a maioria era as mães que assumiram os cuidados e todas tinham algum grau de sobrecarga (Cardoso; Galera; Vieira, 2012).

Um estudo realizado com 30 famílias, com o objetivo de investigar as percepções das mães sobre o cuidado paterno em famílias em situação de risco psicossocial, revelou que as atividades exercidas pelos pais com seus filhos - como sair, brincar, conversar e cantar - não são consideradas pelas mães como práticas de cuidado (Crepaldi *et al.* 2006). Esses achados corroboram os resultados da presente pesquisa, em que a mãe assume o papel de cuidadora principal.

Outra investigação qualitativa, que identificou a sobrecarga vivenciada por familiares responsáveis pelo cuidado direto de usuários de um CAPS do interior paulista, demonstrou que, na maioria dos casos (oito em nove participantes), as cuidadoras eram mães dos usuários. Essas mulheres também apresentavam sofrimento emocional decorrente da sobrecarga de responsabilidades assumidas, o que demanda maior atenção dos profissionais do CAPS para acolhê-las adequadamente (Pegoraro; Caldana, 2006).

É no momento do acolhimento que o profissional entra em contato não somente com a história clínica das pessoas, mas também com a história de vida de cada um. É por meio da escuta qualificada e sensível que a equipe consegue identificar as necessidades de cuidado em âmbito biopsicossocial para construir um PTS visando proporcionar uma melhor qualidade de vida e desenvolver o protagonismo das pessoas atendidas para serem inseridas na sociedade e poderem gozar de todos os seus direitos como cidadãos.

5 Considerações finais

Os achados desta pesquisa possibilitaram ampliar a compreensão sobre os fatores restritivos para o acolhimento centrado na pessoa em serviços comunitários de saúde



mental, sob a ótica dos profissionais de saúde mental. As barreiras enfrentadas pelas equipes multiprofissionais envolvem questões relacionadas aos profissionais, aos usuários e às suas famílias, bem como os processos de trabalho dos serviços, que também interferem negativamente na prática do acolhimento centrado na pessoa. Assim, se fazem necessários momentos de educação permanente em saúde de forma contínua, para a capacitação da prática dos profissionais, para potencializar a qualidade da assistência à saúde mental e para o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial.

A pesquisa implementada apenas com as equipes multiprofissionais dos CAPS é considerada uma limitação do estudo. Contemplar os usuários e os seus familiares na discussão sobre como são acolhidos enriqueceria o aprofundamento sobre a temática, o que requer pesquisas futuras para dar voz a esses importantes atores sociais.

O estudo traz contribuições ao revelar que pesquisas que associam projetos de extensão por meio de processos de educação permanente em saúde, por meio de estratégias vivenciais, oportunizam momentos de reflexão aos profissionais sobre a sua prática no dia a dia, sendo o primeiro passo para ocasionar mudanças nos processos de trabalho e qualificar o fazer dos trabalhadores conforme as recomendações do modelo de atenção psicossocial, centrado na pessoa para a superação do modelo biomédico.

Ademais, a divulgação dos fatores que impedem a plena implementação do acolhimento nos CAPS permite que os gestores e equipes dos serviços possam realizar o diagnóstico situacional dos entraves que precisam de maiores investimentos para que o acolhimento seja de fato centrado na pessoa e evidencia a importância de todas as categorias profissionais dos CAPS se apropriarem desta tecnologia de cuidado, pois nem todos os trabalhadores implementam essa prática.

Referências

AHLERT, B.; COSTA, V. C. “Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!”: contradições na materialização da luta antimanicomial. **Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, p. 111-123, jan./abr. 2024.

ARAÚJO, A. K.; TANAKA, O. Y. Host Process Evaluation in Mental Health in the Midwest of São Paulo: the analysis of the relation between UBS and CAPS. **Interface, Botucatu**, v. 16, n. 43, p. 917-928, out./dez. 2012.

ARAÚJO, V. S. C.; SOUZA, L. O.; DUARTE, K. O.; PEREIRA, R. M. O.; ALMEIDA, L. S.; REIS, M. H. S.; PORTUGAL, J. K. A.; SILVA, S. J. L.; BARROS, W. S.; DANTAS, M. M. O desempenho exercido no processo de humanização da saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 53, e3642, p. 01-09, jul. 2020.



BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERKENBROCK, V. J. **Dinâmicas para encontros de grupo**: para apresentação, intervalo, autoconhecimento e conhecimento mútuo, amigo oculto, despertar, avaliação e encerramento. 13 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2015.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. Caregiver and burden health care of patients discharged from psychiatric hospitalization. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 517-523, 2012.

CARDOZO, O. S.; FERRAZ, F.; SORRATO, J. Cultura, família e cuidado em saúde mental: relação de assistentes sociais com familiares no CAPS. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 26, n. 3, p. 236-250, set./dez. 2020.

COSTA, C. T. Q. Entre a casa, a rua e as instituições: crianças e adolescentes em acolhimento institucional no Brasil. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano XXVI, n. 56, p. 291-296, mai./ago. 2023.

CREPALDI, M. A.; ANDREANI, G.; HAMMES, P. S.; RISTOF, C. D.; ABREU, S. R. A participação do pai nos cuidados da criança, segundo a concepção de mães. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 579-587, set./dez. 2006.

FERNANDES, C. A.; SERRA, L. M. S.; DIÓGENES, L. R.; ANDRADE, R. A. O. Fatores associados à recaída na percepção de indivíduos em tratamento do tuc no CAPS ad de Porto Velho-RO. **Saberes da Amazônia**, Porto Velho, v. 5, n. 11, p. 157-178, jul./dez. 2020.

LIMA, M. A. D. S. RAMOS, D. D.; ROSA, R. B.; NAUDERER, T. M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, mar. 2007.

MAIA, M. P. M.; SEVERO, A. K. S.; MEDEIROS, W. R.; FREITAS, Y. N. L.; BEZERRA, H. S.; ALVES, R. M.; BARBOSA, I. R. Oferta de serviços e recursos humanos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 13, n. 4, p. 15-31, out./dez. 2021.

MATTOSO, B. G.; TEIXEIRA, J. M. S.; ALMEIDA, S. R. Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 48, 35602, p. 01-05, mai. 2022.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**: treinamento em grupo. 23 ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2015.

MOURA, D. T.; STEFANISZEN, V.; MAGALHÃES, T. B.; FARINHA, M. G. Clínica ampliada e articulação em rede: relato de experiência no SUAS. **Revista do NUFEN**, Belém, v. 12, n. 2, p. 118-139, mai./ago. 2020.

NERY, M. P.; CONCEIÇÃO, M. I. G. **Intervenções grupais**: o psicodrama e seus métodos. Edição. 1 ed. São Paulo: Ágora, 2012.



MAYNART, W. H. C.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; BRÊDA, M. Z.; JORGE, J. S. Qualified listening and embracement in psychosocial care. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, ago. 2014.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental**: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos. OPAS: Organização Mundial da Saúde, 2022.

PASCUAL, P.; INDURÁIN, S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. **Anales del sistema sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 24, supl. 2, p. 15-22, may. 2001.

PATRIOTA, L. M.; EULÁLIO, M. C.; LIMA, G. S.; SILVA, M. D. A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 55-65, jan./jun. 2010.

PEGORARO, R. F.; BASTOS, L. S. N. Experiences of embracement according to professionals of a psychosocial attention center. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Triângulo Mineiro, v. 6, n. 1, p. 03-17, jan./jun. 2017.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, set./dez. 2006.

RISSATO, D.; MONTEIRO, A. D.; CAMPOS, M. C.; ARCOVERDE, M. A. M. Atenção integral à saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei em privação de liberdade: uma avaliação sob a perspectiva dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil de Foz do Iguaçu. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 12, n. 29, p. 19-44, jan./abr. 2024.

ROCHA, M. L. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 169-174, mai./ago. 2006.

SANTANA, A. M.; CARVALHO, L. C. Perception of the nursing team about work in the Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs (CAPSad). **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 9, n. 2, p. 192-201, 2020.

SANTANA, Y. G.; BERWIG, S. E. Trabalho interdisciplinar na saúde mental: reflexões a partir do estágio supervisionado em serviço social. **Revista de Estudos Interdisciplinares**, Santa Catarina, v. 3, n. 5, p. 01-10, set./nov. 2021.

SILVA, J. S.; OLIVEIRA, S. X.; COSTA, T. S.; CAMBOIM, J. C. A.; BEZERRA, A. L. D.; CAMBOIM, E. F. Assistência de enfermagem na percepção dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Bioethics Archives, Management and Health**, Cajazeiras, v. 1, n. 1, p. 01-14, 2021.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, nov. 2009.

SOUSA, J. M.; FARINHA, M. G.; LANDIM, J. S. S.; LUCCHESI, R.; PARANAGUÁ, T. T. B.; NUNES, F. C.; BEZERRA, A. L. Q. Welcoming practice in psychosocial care for the person-centered care. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 28, e93138, 2023a.

SOUSA, J. M.; LUCCHESI, R.; FARINHA, M. G.; MORAES, D. X.; SILVA, N. S.; ESPERIDIÃO, E. Group interventions in psychosocial care centers for alcohol and drugs:



challenges of care practice. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 32, e20220180, p. 01-16, 2023b.

SOUZA, V. R. S.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P. L. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, eAPE02631, 2021.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; MCWHINNEY, I. R.; MCWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. Tradução de Anelise Burmeister e Sandra Maria Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TAVARES, A. A.; FERREIRA, J. J. A.; NASCIMENTO, A. C. P. O que se entende por acolhimento noturno pela equipe do CAPS AD III de Palmas/TO: relato de experiência. **Humanidades & Inovação**, Palmas, v. 9, n. 11, p. 308-316, ago. 2022.

VASCONCELOS, T. S. M.; LOPES, V. A. S. O serviço social no CAPS-AD: Fatores associados à interação entre dependência química e o estar em situação de rua. **Revista Mundo Livre**, Campos dos Goytacazes, v. 6, n. 2, p. 349-363, jul./dez. 2020.

Recebido em: 07 de março de 2025.

Aceito em: 01 de agosto de 2025.