

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

**BEATRIZ FLOR DOS SANTOS
JULIA BERTO CIRIO DE CASTRO**

**O PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DO
USUÁRIO NO CAPS I**

**CRICIÚMA
2022**

**BEATRIZ FLOR DOS SANTOS
JULIA BERTO CIRIO DE CASTRO**

**O PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DO
USUÁRIO NO CAPS I**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem no curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Profa. Me. Carine dos Santos Cardoso.

**CRICIÚMA
2022**

**BEATRIZ FLOR DOS SANTOS
JULIA BERTO CIRIO DE CASTRO**

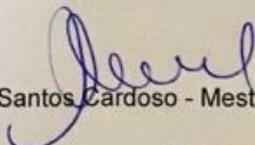
**O PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DO
USUÁRIO NO CAPS I**

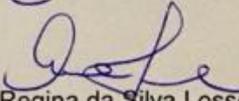
Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado para obtenção do grau de
bacharel em Enfermagem no curso de
Enfermagem da Universidade do Extremo
Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Profa. Me. Carine dos Santos
Cardoso.

Criciúma, 22 de novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Carine dos Santos Cardoso - Mestre - (UNESC) - Orientadora


Profa. Ana Regina da Silva Lossó - Mestre - (UNESC)


Prof. José Otávio Feltrin - Mestre - (UNESC)

Dedicamos este trabalho a todos os usuários do CAPS I que participaram desta pesquisa. Que esta construção acadêmica dê voz àqueles que precisam e devem ser ouvidos.

AGRADECIMENTOS

Beatriz Flor dos Santos

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e ter me abençoado neste caminho e feito a escolha profissional da qual tenho orgulho. À minha família, que sempre me deu apoio durante esta caminhada. Ao meu namorado, que me acompanhou nas correções ortográficas e nos procedimentos, com abraços consoladores e apoio nos momentos bons e nos momentos em que eu achava que não ia conseguir. À Julia, que conheci na faculdade e que desde então não nos desgradamos, e que é uma amizade que vai além dos estudos, sou muito grata a ela e sua família. À família Bioanalises, onde trabalho atualmente, pois sempre me deram abertura para a realização de estágios e trabalhos da faculdade – não só nesses momentos, mas sempre apoiaram no meu crescimento profissional.

Agradeço à orientadora pelo ensinamento, as correções e desenvolvimento do nosso Trabalho de Conclusão de Curso com muita sabedoria. À banca examinadora, pela disponibilidade. A todos que fizeram parte desta pesquisa.

E à UNESC, que sempre acolheu durante esta jornada acadêmica.

Julia Berto Cirio de Castro

Agradeço à minha família, que foi base essencial para que eu chegasse até aqui, por todas as lutas e sacrifícios diários para me oferecer o melhor, desde sempre. Ao meu namorado, por todo companheirismo e pelas inúmeras palavras e gestos de afirmação. Agradeço também a todos amigos, dentro e fora do meio acadêmico, pelo apoio e parceria.

À minha dupla de pesquisa, que também foi minha dupla durante a jornada acadêmica. Muita gratidão, admiração e amor por você.

À professora orientadora, gratidão pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso e dentro deste trabalho. À Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC e todo seu corpo docente que se fez presente durante todos os cinco anos de graduação.

À banca examinadora, agradeço a disponibilidade e avaliação construtiva.

Por fim, agradeço aos participantes desta pesquisa, por toda colaboração e contribuição. Este trabalho é para vocês.

“Todas as coisas do mundo
não cabem numa ideia.
Mas tudo cabe numa palavra,
nesta palavra tudo.”

Arnaldo Antunes

RESUMO

O acolhimento, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), é entendido como ferramenta de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, com garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade. É por meio deste processo que o usuário pode ser assistido em sua integralidade e individualidade. Desta forma, o presente estudo objetivou identificar o processo de acolhimento da equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), no Extremo Sul Catarinense, sob a ótica dos usuários. A pesquisa foi realizada do dia 03/10/2022 ao dia 10/10/2022, após aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos por meio do parecer de número 5.675.171, com método qualitativo de cunho exploratório e pesquisa de campo, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado de forma presencial a 30 usuários que utilizavam o serviço e passavam no processo de acolhimento no CAPS I. Foi possível identificar na população estudada que os usuários de modo geral apresentavam-se satisfeitos com o processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I, contudo, também foi possível encontrar pontos fragilizados e negativos do processo de acolhimento. Pontos estes que vão em contrapartida das principais diretrizes das políticas regentes quanto à assistência digna e qualificada ao usuário, além de questões que abrangem a integralidade do usuário, como seu aspecto social. Desta forma, considerou-se que, dentro da amostra, o usuário sente-se satisfeito diante o processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I, mas que ainda existem pontos em que o serviço precisa aprimorar-se, além de estimular a reflexão quanto ao papel do profissional enfermeiro diante a assistência de enfermagem na prestação do cuidado, com enfoque na saúde mental.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental. Acolhimento. Serviços de Saúde Mental. Equipe de Assistência ao Paciente.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Encaminhamento de outros serviços.....	36
Quadro 2 – O usuário veio acompanhado ao CAPS I.....	37
Quadro 3 – CBO responsável pelo processo de acolhimento.....	38
Quadro 4 – Local de execução do processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I.....	39
Quadro 5 – Criação de vínculo após o processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I.....	40
Quadro 6 – Facilidade de acesso do usuário ao CAPS I.....	42
Quadro 7 – Identificação de potencialidades e/ou fragilidades do processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I.....	43
Quadro 8 – Sugestões quanto ao processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I.....	46
Quadro 9 – Resolutividade do serviço prestado pela equipe do CAPS I.....	47
Quadro 10 – Avaliação do processo de acolhimento realizado pela equipe do CAPS I.....	49
Quadro 11 – Satisfação do usuário em relação aos serviços prestados pela equipe do CAPS I.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CE	Consulta de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
NOB-SUS	Normas Operacionais Básicas do SUS
NOAS-SUS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TALE	Termo de assentimento livre e esclarecido
TO	Terapia Ocupacional
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UPA 24H	Unidade de Pronto Atendimento 24h

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	14
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.3 PRESSUPOSTO	14
2 OBJETIVO	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	16
3.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL	19
3.3 O PROCESSO DE ACOLHIMENTO E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	23
3.4 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL	25
4 MÉTODOS	28
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	28
4.2 TIPO DE ESTUDO	28
4.3 LOCAL DE ESTUDO	28
4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO	29
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	12
4.5.1 MOMENTOS PARA O PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	30
4.5.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
4.5.3 ANÁLISE DE DADOS	32
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS	35
5.2 RESULTADOS OBTIDOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIO APLICADO	35
5.2.1 Categoria 01: Observações prévias ao processo de acolhimento	35
5.2.2 Categoria 02: O vínculo entre profissional e usuário	39
5.2.3 Categoria 03: Acesso do usuário ao CAPS I	41
5.2.4 Categoria 04: Potencialidades e fragilidades do processo de acolhimento	42

5.2.5 Categoria 05: Resolutividade do serviço sobre a ótica do usuário	46
5.2.6 Categoria 06: Satisfação do usuário frente ao processo de acolhimento.....	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICES	62
APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE..	67
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO FRENTE AO PROCESSO DE ACOLHIMENTO	70
ANEXOS	72
ANEXO A – CARTA DE ACEITE	73
ANEXO B – PARECER	74

1 INTRODUÇÃO

No final na década de 1970, o desenvolvimento de uma política nacional de saúde mental era uma necessidade urgente no Brasil. O sistema psiquiátrico, baseado principalmente em um grande número de hospitais psiquiátricos, caracterizados por baixa qualidade de cuidados e ocorrência frequente de violações dos direitos humanos, era escandalosamente arcaico. Uma reforma dos serviços de saúde mental era absolutamente indispensável (ALMEIDA, 2019).

Foi apenas no final daquela década que emergiram as primeiras ações em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. A RPB pressupõe o estabelecimento de uma nova relação entre sociedade, sofrimento mental e instituições, com o intuito de ofertar outro lugar social para o indivíduo, promovendo o aumento das potências de vida das pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 2013).

Para responder às violações dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos da época, as reformas inicialmente focaram na melhoria das condições de vida nessas instituições e na promoção de um processo de desinstitucionalização. Os principais objetivos centraram-se, assim, na substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários, tendo como núcleo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se inspiravam nos centros de saúde mental desenvolvidos na Itália e em outros países europeus (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021).

Os Centros de Atenção Psicossocial surgiram, também, para fornecer um acompanhamento diário ao indivíduo e à comunidade, através de uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, artesãos, prestadores de serviços gerais, cozinheiros, secretários e motoristas, visando a uma assistência integral ao paciente, considerando-o como indivíduo que compõe uma comunidade. É com a participação efetiva destes profissionais no processo terapêutico do paciente que este pode ser inserido na sociedade (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021).

Os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, o mais antigo modelo de cuidado ao portador de sofrimento psíquico, surgem na intenção de que este sujeito doente seja visto a partir de um outro paradigma, o da reabilitação psicossocial, entendida como uma ação ampliada, que considera a vida em seus

diferentes âmbitos: pessoal, social ou familiar, objetivando, assim, a reinserção deste sujeito na sociedade (SARACENO, 2001).

Não obstante, a reabilitação proposta pelos CAPS não se limita apenas ao paciente portador do cuidado, mas planeja alcançar os familiares, a fim de acompanhar o processo terapêutico em todos os ambientes que este paciente está ou pretende estar inserido de forma plena. O atendimento dos usuários é baseado em um projeto terapêutico singular e individualizado, em que o indivíduo e sua família estão envolvidos para a superação de suas dificuldades em razão da sua condição de saúde mental (BRASIL, 2011).

Este estudo parte da pesquisa desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial – especificamente, o CAPS I, localizado no Extremo Sul Catarinense –, tendo como objeto de estudo o processo de acolhimento realizado pela equipe do CAPS I. O acolhimento representa uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) e pode ser compreendido como: uma postura que pressupõe atitude por parte do trabalhador de receber, escutar e tratar humanizadamente o usuário e suas demandas; técnica que instrumentaliza procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados; (re)orientador dos processos de trabalho que pontua problemas e oferece respostas a questões referentes à organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

No âmbito da saúde pública, o acolhimento é considerado um dispositivo que contribui para a efetivação do SUS, sendo percebido como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta e na construção de vínculo, além de garantir, nos serviços de saúde, acesso com responsabilização e resolutividade (BRASIL, 2004). Para Franco, Bueno e Merhy,

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 347)

1.1 JUSTIFICATIVA

A reflexão acerca do processo de acolhimento realizado pela equipe multiprofissional ao receber o indivíduo é de extrema importância, pois este processo é uma etapa essencial para a criação de vínculos e para o desenvolvimento de meios de intervenção que objetivam a prestação de uma assistência adequada, de forma integral e tendo como base os princípios de humanização.

Nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobretudo nos CAPS, o acolhimento apresenta-se como possibilidade de receber o sujeito em sofrimento mental em sua integralidade, indo além de uma avaliação psicopatológica e avançando na tentativa de compreensão do contexto vivencial, relacional e comunitário em que esse sofrimento se configura em sua especificidade (BRASIL, 2011).

Desta forma, o presente estudo buscou identificar o processo de acolhimento da equipe multiprofissional, de um CAPS I, sob a ótica dos usuários, para uma visão mais direcionada àqueles que são os recebedores do cuidado, possibilitando uma narrativa imparcial que evidencie potencialidades e fragilidades no processo. Para tanto, cabe questionar: sob a ótica do usuário, de um CAPS I, o acolhimento acontece de uma forma satisfatória?

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

O processo de acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) é satisfatório, sob a ótica dos usuários?

1.3 PRESSUPOSTO

P1: O usuário percebe o processo de acolhimento humanizado, tomados como base os princípios de humanização (PNH);

P2: O processo de acolhimento possibilita a criação de vínculos;

P3: O processo de acolhimento é eficaz sob a ótica do usuário;

P4: O usuário sente-se satisfeito com a execução do processo de acolhimento.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o processo de acolhimento da equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), no Extremo Sul Catarinense, sob a ótica dos usuários.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Constatar a existência de vínculos entre profissional e usuário a partir do processo de acolhimento;
- b) Detectar potencialidades e fragilidades no processo de acolhimento;
- c) Identificar a resolutividade do serviço a partir do processo de acolhimento, sob a ótica do usuário;
- d) Verificar a satisfação do usuário frente ao processo de acolhimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nos primórdios da história, as pessoas com sofrimento mental não eram consideradas cidadãs e, por isso, não tinham seus direitos garantidos, nem sua autonomia era preservada diante das decisões sobre a própria vida. Além disso, a sociedade, guiada pela ignorância, projetava uma imagem assombrosa nestes indivíduos, os categorizando como pessoas perigosas, que ameaçavam o bem-estar da comunidade. Nessa perspectiva, ao enxergar o indivíduo como um ser corrompido e errante, a única forma de tratamento viável era o cárcere privado compulsório, por meio de internações em hospitais psiquiátricos conhecidos naquele período como manicômios ou hospícios (SILVA *et al.*, 2020).

Nessas instituições, apesar da oferta proposta ser o tratamento ao indivíduo sofredor, a internação visava apenas à segregação daqueles que divergiam do que se considerava socialmente adequado para com o resto do mundo, acarretando prejuízos significativos na evolução do quadro, além de se caracterizar como uma concreta violação ao direito à liberdade e à dignidade na vida, pois as condições a que os pacientes eram submetidos nesses hospitais eram desumanas (SAMPAIO; BISPO, 2021).

Tal modelo, infelizmente, não diferiu do estabelecido no Brasil. Observamos isso no livro *Holocausto Brasileiro* (2013), escrito pela jornalista Daniela Arbex, que conta a história do Hospital Colônia, localizado em Barbacena (MG). Nesse hospital morreram cerca de 60 mil pacientes, vítimas de todo tipo de maus-tratos e descasos: exposição ao frio – muitos não dispunham de roupas, quartos, camas ou lençóis para dormir, permaneciam ao relento, mesmo durante a noite; alimentação racionada – alguns comiam ratos e bebiam do esgoto que cortava os pavilhões; espancamentos e estupros; “tratamentos” violentos, à base de eletrochoque – às vezes, com carga elétrica tão forte que derrubava a energia da cidade.

O descaso e estigma eram tantos que o Hospital Colônia logo se tornou um negócio extremamente lucrativo para aqueles que o coordenavam. Os corpos dos pacientes mortos eram vendidos para as faculdades de medicina e, quando não foi mais possível vendê-los, eles foram derretidos em ácido, para que os ossos pudessem ser comercializados. Era mais um aparelho da chamada “indústria da loucura”, que descreve o período da ditadura militar no Brasil, em que os hospitais psiquiátricos

recebiam diária por cada paciente internado. Isso fez com que o número de leitos em tais hospitais saltasse de 14 mil, no início da ditadura, para cerca de 70 mil, em 1970. Um marco vergonhoso da história brasileira, marginalizado pelo esquecimento da barbárie do descaso (MATOS-DE-SOUZA; MEDRADO, 2021).

Por conta de denúncias de corrupção e de graves violações aos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos do país – como visto no caso do Hospital Colônia apresentado por Arbex –, a partir da década de 1980, começa uma guinada no modelo assistencial brasileiro, fruto do Movimento da Luta Antimanicomial, composto por profissionais de saúde mental, usuários do sistema psiquiátrico e seus familiares (SAMPAIO; BISPO, 2021).

Contudo, para além da indignação daqueles afetados e envolvidos diretamente pela violência institucionalizada, outros fatores importantes acarretaram a movimentação política e social para a mudança do modelo de saúde mental no país. Em meados de 1970, os hospitais públicos encontravam-se em situação de extrema carência, superlotação, abandono e com serviços de má qualidade. Os particulares atuavam na perspectiva de maximizar o lucro, com condições estruturais precárias e condições assistenciais degradantes (SAMPAIO; BISPO, 2021).

A origem da RPB, no período de 1978-1984, envolveu a luta para a redemocratização do país, a busca por reestruturação do sistema de saúde e a transformação dos cuidados em saúde mental. Na época, o esgotamento do modelo econômico e as mobilizações por melhores condições de vida e saúde impulsionaram o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), e, nesse contexto, ocorreu a gênese da RPB. Ainda na maré de mudança de modelos assistenciais, o período encerra-se com o enfraquecimento do regime autoritário, com o início da abertura política e a disseminação dos ideais da RPB (SAMPAIO; BISPO, 2021).

Contudo, foi no curto, porém tempestuoso, período de 1984 a 1990 que mudanças de cunho social e político ocorreram para estabelecer novos padrões assistenciais à saúde mental no país. Em 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal, o acesso à saúde, por meio de um Sistema Único, passou a ser um direito social. A Lei n.º 8.080/1990, por sua vez, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa. Também de 1990, a Lei n.º

8.142, entre outras providências, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, previu as Conferências e os Conselhos de Saúde e ratificou a defesa de participação social proposta pela Reforma Sanitária (BRASIL, 1990).

De acordo com o Ministério da Saúde, o processo de Reforma Psiquiátrica consiste em um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do louco e da loucura, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2011).

No âmbito do SUS, cuja regulamentação se completou em 1990, com a edição da Lei n.º 8.080 e a Lei n.º 8.142, a operacionalização do sistema e a relação entre os administradores passaram a ser tratadas por meio de Portarias do Ministério de Saúde, das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) e, mais recentemente, nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) e no Pacto de Gestão (BRASIL, 2002).

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na perspectiva do uso de mecanismos de gestão para sua implantação e avanço, pode ser compreendido em três períodos: o primeiro, de 1992 a 2001, em que houve a implementação de estratégias de desinstitucionalização, por meio das primeiras normas que possibilitavam experiências de humanização e controle da hospitalização, ampliação da rede ambulatorial em saúde mental e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos; o segundo, de 2000 a 2002, marcado pela aprovação da Lei n.º 10.216 de 2001 e pela expansão da rede de atenção psicossocial, com financiamento para implantação de dispositivos de desinstitucionalização e início da expansão da agenda política para novos problemas a serem enfrentados, como a questão das crianças e adolescentes e o abuso de drogas; e o terceiro, de 2003 até a atualidade, marcado pela consolidação da hegemonia reformista, com projetos específicos para situações específicas, como o Programa de Volta para Casa e maior articulação de políticas intersetoriais (BRASIL, 2005).

Entre os processos de desinstitucionalização, surgiram as redes de cuidado na comunidade, em articulação com o Programa de Saúde da Família (PSF) na

Atenção Primária a Saúde (APS). Os CAPS, dentre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (BRASIL, 2005).

3.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

A responsabilidade da APS nas ações de coordenação de cuidados e garantia da continuidade da atenção tem sido objeto de discussão e reflexão no campo da saúde. Sendo articuladora do cuidado, a APS pode ser vista como a porta de entrada do SUS ao indivíduo. Considerando o momento sanitário atual, com o crescimento da incidência de doenças crônicas e alteração na estrutura etária da população, revela-se necessária uma resposta dos serviços de saúde para a organização de um sistema de referência responsável, eficiente e integrado (DAMACENO *et al.*, 2020).

A Conferência Internacional em Alma-Ata indicou os cuidados primários como parte integrante dos sistemas nacionais de saúde. Assim, constituem a função central e o foco principal no que diz respeito ao desenvolvimento socioeconômico global das comunidades. Devem, entre outras funções, ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos, dando prioridade aos que têm mais necessidades, pelo princípio da equidade (OMS, 1978).

Novas formas de integração dos serviços de saúde têm sido propostas com base no fortalecimento da APS, principalmente por meio de seu atributo de coordenação, colocando-a como um eixo estruturante do sistema. Uma das propostas de integração constitui-se na implementação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas quais a APS assume papel de eixo estruturante no desenho e funcionamento desses sistemas (MENDES, 2011).

As RAS são definidas como os serviços e ações que intervêm em processos de saúde-doença, pautados em diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado, melhorar o acesso, a equidade, bem como a eficácia proposta no SUS. Somam-se a isso os objetivos comuns e ações cooperativas e interdependentes dentro de organizações participativas e democráticas, com conjuntos de serviços de saúde que permitam

ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, superando a fragmentação da atenção e da gestão dos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem ou grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (OLIVEIRA *et al.*, 2004).

Na história do SUS, existem dois grandes pontos essenciais para as redes. Trata-se da Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS; e o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que define a RAS como uma forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Entre as diversas RAS existentes no atual sistema de saúde, a Rede de Atenção Psicossocial é destinada às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Foi instituída pela Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 e revogada pela Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

A rede é composta por diversos Serviços Substitutivos em Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Emergência Psiquiátrica, Leitos em Hospitais Gerais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dentre outros. A Atenção Básica (AB) também se encontra inserida como componente da RAPS e tem o acolhimento como principal ferramenta para a eficácia da assistência a pacientes em sofrimento psíquico. O acolhimento pode ser considerado um dispositivo que contribui para a efetivação do SUS; é fundamental para a criação de vínculo entre usuários (as) e profissionais, possibilita maior adesão dos pacientes aos serviços e aumenta a sua resolutividade. Os (as) profissionais de

saúde desempenham posição primordial para a efetivação deste dispositivo (BRASIL, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar.

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e a família deste; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011). As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, nos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. O modelo assistencial do CAPS preconiza a integralidade do indivíduo, alicerçada à sua realidade para com a comunidade em que este está inserido.

Segundo o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial são serviços que se complementam, organizados nas seguintes modalidades (CARDOSO, 2018):

a) CAPS I, com equipe composta por 1 médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços

sociais e realizar projetos de vida. É indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes. (CARDOSO, 2018, p. 37)

b) CAPS II, com equipe composta por 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

c) CAPS III, com equipe composta por 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Para o atendimento noturno, 3 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e 1 profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por 1 profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico, 3 técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e 1 profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2002).

d) CAPSi, com equipe composta por 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e 5 profissionais de nível médio, sendo técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

e) CAPS AD, com equipe composta por 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e profissionais de nível médio, sendo técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios (BRASIL, 2004).

3.3 O PROCESSO DE ACOLHIMENTO E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, buscou pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, tendo destaque na saúde mental, a fim de produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar. Esta política estabeleceu o acolhimento como um dos principais processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde ao indivíduo e coletivo. Assim, o acolhimento figurou como uma das principais diretrizes operacionais para concretizar os princípios do SUS, em especial a integralidade, universalidade e equidade (LOPES *et al.*, 2021).

Na PNH, o acolhimento é entendido como ferramenta de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade. A aplicação do processo de acolhimento possibilita que se otimize o trabalho em saúde com foco nas relações e nas mudanças mediante parâmetros técnicos, éticos e humanitários, levando a reconhecer o usuário como participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2010).

A cartilha da PNH sobre o dispositivo deixa claro que é necessário:

Não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. (BRASIL, 2010, p 16-17)

Ou seja, o processo de acolhimento precisa ultrapassar a ideia de triagem e estabelecer a posição de alavanca para a construção de vínculo entre o indivíduo e o profissional que está executando o processo. É por meio da escuta qualificada que o profissional pode compreender o indivíduo em sua integralidade e individualidade,

bem como sua inserção na comunidade e nas relações interpessoais que o constituem como ser social. Desta forma, o acolhimento, além de um processo humanizado, também é uma estratégia terapêutica fundamental para direcionar o cuidado do indivíduo dentro das redes e nas suas linhas de complexidade (BRASIL, 2010).

Promover e articular o atendimento humanizado ao paciente em sofrimento mental visando ao acolhimento demanda uma escuta especializada com práticas de assistência e ações voltadas à realidade dessa população (PALHETA; OLIVEIRA; LIMA, 2020). O processo de acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos na terapêutica em questão. Assim, nos serviços de saúde mental, bem como em toda relação entre equipe e usuário, estabelecer vínculo é ponto de partida para a expressão livre e garantia deste e de outros direitos cidadãos (AMORIM; ABREU, 2020).

O vínculo, então, favorece o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constrói laços afetivos, de confiança, de respeito e a valorização dos saberes dos usuários e da comunidade na qual este está inserido. Desse modo, é propiciado o desenvolvimento da corresponsabilização e da parceria desses sujeitos para a melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental. Além disso, cabe à equipe de saúde que cuida do usuário com transtorno mental proporcionar um ambiente terapêutico, espaço onde ele possa ser considerado de modo integral. Neste contexto, o relacionamento interpessoal é um meio de desenvolver a confiança do usuário, conforto, sentimento de ser respeitado e de ser sujeito participante no processo de tomada de decisão (AMORIM; ABREU, 2020).

Os profissionais de diversas áreas que atuam nos CAPS compõem as equipes multidisciplinares, sendo que profissionais de nível superior, como enfermeiros, psicólogos, médicos (psiquiatras), assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, atuam como dispositivos “técnicos de referências” em saúde mental; entretanto, cabe destacar a importância dos demais componentes: administrador, técnico de enfermagem, técnico administrativo e auxiliar de serviços gerais, que fazem parte da equipe de cuidado em saúde mental. Compreende-se que o técnico de referência é definido como aquele que tem como responsabilidade o

monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação de metas traçadas no projeto (BRASIL, 2004).

A área da saúde contempla múltiplos campos de formação, dividida em áreas humanas, como psicologia e serviço social, e biológicas, como medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional (TO), nutrição, dentre outras. A variedade de formações permite com que estas atuem, em conjunto, na estratégia formada pela equipe multidisciplinar, que busca melhorar a efetividade do trabalho, abrangendo as necessidades do paciente de forma integral (MARQUES *et al.*, 2021).

O trabalho em equipe está colocado como um dos pilares para o alcance da integralidade e universalidade pautadas pelas diretrizes do SUS, sendo avaliada como uma estratégia para a mudança do antigo modelo assistencial (MARQUES *et al.*, 2021).

A equipe multiprofissional pode e deve exercer um papel essencial na prestação de uma assistência de qualidade e digna, baseada nos princípios da PNH, em todos os setores das redes e nos seus diversos níveis de complexidade. No âmbito da saúde mental, o papel desta equipe é ainda mais evidente. A junção de diferentes saberes científicos e técnicos pode gerar meios de manutenção e prevenção em prol da saúde ao indivíduo e comunidade, considerando-os em sua integralidade e individualidade (GUIMARÃES; BRANCO, 2020).

3.4 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL

O enfermeiro, quando membro da equipe multiprofissional referente para determinado usuário, participa da elaboração do PTS e responde pela coordenação deste quando se apresenta como o profissional de referência para o caso. No que diz respeito à aplicação prática do profissional, existem normativas profissionais de enfermagem que precisam ser observadas enquanto método de trabalho, pois estabelecem que o enfermeiro deve: realizar sua coleta de dados; desenvolver seus diagnósticos; desenvolver seu planejamento de resultado e de intervenções necessárias para o alcance destes resultados; realizar sua avaliação e documentar. Todo esse processo deve ser conduzido de forma independente, para além do trabalho que o profissional desenvolve em conjunto da equipe multiprofissional (BRASIL, 2009).

De acordo com a Resolução n.º 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) de forma a contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do sujeito, família e comunidade (BRASIL, 2009).

A mesma resolução, no seu artigo 1º, parágrafo 2º, decide que o PE, em serviços ambulatoriais de saúde, corresponde à Consulta de Enfermagem (CE), e divide-se em cinco etapas: o histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, etapas estas que ocorrem de forma simultânea, ou seja, no momento em que o enfermeiro implementa intervenções, é possível realizar avaliações destas e já coletar novos dados que poderão sugerir novos diagnósticos, e assim por diante (BRASIL, 2009).

Para que o enfermeiro possua elementos históricos e maior relacionamento com a pessoa em sofrimento, a consulta de enfermagem mostra-se como um instrumento indispensável no cuidado de enfermagem. A consulta de enfermagem em saúde mental é uma das melhores formas para se agregar valor ao profissional enfermeiro, além de dar autonomia ao paciente e ao familiar, tornando-se uma das bases para o cuidado. É na consulta de enfermagem que se encontram as necessidades de saúde do paciente, para auxiliar no processo de enfermagem que deve ser aplicado, estimulando a promoção, a prevenção e a recuperação do paciente, além de embasar metodologicamente o trabalho do profissional enfermeiro e subsidiar o cuidado sistematizado (GUSMÃO *et al.*, 2022).

Nesse sentido, a consulta de enfermagem tem sido utilizada como tecnologia de cuidado para com as pessoas em sofrimento mental. O uso padronizado de roteiro para realização da anamnese e exame clínico na saúde mental mostrou-se uma ferramenta importante para a identificação dos problemas dos usuários e como facilitador na implementação das intervenções do profissional enfermeiro (GUSMÃO; *et al.*, 2022).

A SAE vem sendo uma ferramenta útil e importante na tentativa de construir uma prática de enfermagem mais eficaz no contexto da reabilitação psicossocial. Neste cenário, a consulta de enfermagem (CE) é tida como uma prerrogativa a ser executada no processo de trabalho do enfermeiro, um meio de acompanhamento do cuidado junto ao usuário, integrado ao PTS (TAVARES; MESQUITA, 2020).

A relação enfermeiro/paciente é a essência do propósito da enfermagem. Os seres humanos são racionais, sociais e singulares. Seguindo esta linha de pensamento, Joyce Travelbee descreveu a Teoria da Relação Interpessoal, destacando a noção de que, em uma relação, um dos seres humanos necessita de ajuda e o outro a propõe. Os pressupostos básicos desta teoria são relativos às capacidades dos indivíduos de enfrentar estresse por um período prolongado, propondo a ideia de que o sofrimento é uma experiência que pessoas encontram em algum momento da vida, particularmente relativa à doença, cujo significado o enfermeiro pode ajudar a esclarecer (FREITAS *et al.*, 2018).

Para a referida teórica, a enfermagem é um processo interpessoal e um serviço comprometido com a mudança e a influência de outros. O profissional deve ser capaz de fornecer a assistência de que o paciente necessita, pois o enfermeiro tem um corpo de conhecimento especializado e capacidade de utilizá-lo com o objetivo de manter o máximo grau de saúde possível. Para isto acontecer, é preciso que tenha uma percepção desenvolvida a partir de suas experiências como ser humano que enfrenta a dor e o sofrimento. Desta forma, desenvolve-se o processo de comunicação, estabelecendo uma relação pessoa-pessoa, por intermédio das fases de empatia e *rapport*. Assim, se serão atendidas as necessidades expressas pela pessoa que solicita ajuda (TRAVELBEE, 1979, apud FREITAS *et al.*, 2018).

Sugere-se que o enfermeiro use o seu *self* consciente para que, com a terapêutica estabelecida com harmonia, possibilite ao sujeito que passe pelo seu sofrimento ou doença. Compreende-se aqui a harmonia como um complexo, que pode ser um processo, acontecimento ou experiência, simultâneo ao enfermeiro e ao paciente, podendo ser composto por pensamentos, sentimentos, atitudes que estão inter-relacionados e que se dão em uma comunicação (FREITAS *et al.*, 2018).

Contudo, o entendimento presente no campo da saúde mental é que o cuidado é singular e que seu foco é na relação terapêutica, e isso se opõe às proposições da prática de enfermagem baseada em evidências, o que pode explicar a resistência dos enfermeiros para adoção da SAE em saúde mental. A insuficiência de recursos humanos, excesso de atribuições do enfermeiro, desconhecimento da metodologia de trabalho, escassez de recursos materiais, a resistência ao novo e métodos diferentes de registro dificultam a realização do PE em todas as áreas, além de que o enfermeiro, muitas vezes, deixa de cumprir suas atribuições para dar apoio a outros profissionais (TAVARES; MESQUITA, 2020).

4 MÉTODOS

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio do parecer de número 5.675.171. Na perspectiva de Minayo,

Tanto as intencionalidades inerentes aos atos das pessoas, quanto às reações, estão incorporadas na pesquisa qualitativa, cujo tipo explica os meandros das relações consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional que pode ser apreendida no cotidiano, por meio da vivência e da explicação. Ainda, pode responder às questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencentes a um determinado grupo, com suas crenças, concepções, valores, significados e práticas individuais. (MINAYO, 2004, p. 28)

A pesquisa qualitativa baseia-se em várias abordagens teóricas resultantes de diferentes linhas de desenvolvimento e considera a subjetividade dos pesquisadores e sujeitos estudados parte integrante do processo investigativo. Dessa forma, as reflexões, observações, impressões e sentimentos dos pesquisadores tornam-se dados, constituindo parte da interpretação (FLICK, 2004).

4.2 TIPO DE ESTUDO

O caráter exploratório desta pesquisa caracteriza-se por trabalhar como “universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Esse conjunto de dados considerados qualitativos” (MINAYO, 2004, p. 28) corresponde a um espaço mais profundo das relações, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis. A pesquisa exploratória busca proporcionar maior familiaridade com o problema (explicitá-lo), podendo envolver levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Em conjunto da exploração, a pesquisa em campo procura o aprofundamento de uma realidade específica. É basicamente realizada por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar as explicações e interpretações do que ocorre naquela realidade (GIL, 2008).

4.3 LOCAL DE ESTUDO

No município onde a pesquisa se desenvolveu, os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são presentes para além da atenção psicossocial, como nos serviços da Rede de Urgência e Emergência, por meio da Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h), por exemplo.

Contudo, o presente estudo foi desenvolvido especificamente no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), localizado no Extremo Sul Catarinense. Conforme dados de indicadores gerados pela própria equipe profissional responsável, o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) possui cerca de 1.700 pacientes acolhidos, todos permanentes. A variação no número de acolhimentos realizados semanalmente é grande, mas, a partir do cálculo baseado nos acolhimentos totais das últimas três semanas do mês de abril de 2022, a média resultou em um total de 65 acolhimentos semanais.

A demanda do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) localizado no Extremo Sul Catarinense é espontânea, tendo conexão integrada, de forma direta ou não, com o serviço da Unidade Básica de Saúde do município, conforme o preconizado pela Rede de Atenção de Saúde e descrito nas palavras de Mendes:

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. (MENDES, 2011, p. 83)

Neste CAPS I, as principais atividades prestadas pela equipe assistencial são o acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família, o atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular e os atendimentos em grupos, tais como psicoterapia e oficinas terapêuticas.

4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O foco do estudo são os usuários do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), localizado no Extremo Sul Catarinense. Eles foram entrevistados por meio de um questionário semiestruturado direcionado à satisfação da experiência frente ao processo de acolhimento realizado pela equipe do CAPS I.

Neste centro, a equipe multiprofissional é composta por 1 enfermeira, 1 psicóloga, 1 médico clínico geral, 2 médicos psiquiatras, 1 estagiária de enfermagem,

1 estagiária de psicologia, 1 secretária, 1 cozinheira, 1 auxiliar de limpeza, 1 artesã e 1 assistente social. Dentre eles, o enfermeiro, a psicóloga e a assistente social são os profissionais responsáveis pela execução do processo de acolhimento, conforme relatado pela enfermeira gestora. Cabe ressaltar que a enfermeira do centro atua principalmente como gestora do serviço, de modo que participa de poucas práticas assistenciais, como o acolhimento, mas não a consulta de enfermagem.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para o desenvolvimento deste estudo, foi aplicado um questionário semiestruturado para os usuários do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), desenvolvido pelas pesquisadoras responsáveis, direcionado à satisfação da experiência frente ao processo de acolhimento realizado pelo serviço da equipe do CAPS I. Ao total, 30 usuários foram entrevistados, com base no questionário semiestruturado pelas pesquisadoras responsáveis, cuja aplicação se deu de forma aleatória, conforme o fluxo do serviço nos dias da aplicação do questionário.

4.5.1 MOMENTOS PARA O PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

1) Primeiro momento: Assinatura da carte de aceite para desenvolvimento do projeto em campo;

2) Segundo momento: Reconhecimento do local de estudo e organização com a coordenação do serviço, referente a aplicação da pesquisa em espaço que garanta o sigilo, a segurança e a tranquilidade do usuário;

3) Terceiro momento: Coletar a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido e/ou do termo de assentimento livre e esclarecido do usuário para participação do estudo;

4) Quarto momento: Realizar a aplicação do questionário;

5) Quinto momento: Pré-análise e Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), classificando as categorias de forma a apresentar as respostas mais parecidas, com uso do programa EXCEL, bem como outros instrumentos da linha, a fim de auxiliar nos processos analíticos da pesquisa, e posteriormente interpretar as respostas, transcrevendo-as em cada categoria;

6) Sexto momento: Descrever as categoriais do questionário, a fim de identificar as potencialidades e fragilidades do serviço a partir das respostas do

usuário. O indivíduo será identificado por meio de um codinome: como “U”, como em usuário, mais a colocação de um número de 01 a 30; por exemplo: U-01;

7) Sétimo momento: Pontuar e transcrever as respostas;

8) Oitavo momento: Discussão dos resultados e considerações finais.

Caso o usuário participante da pesquisa demonstrasse sinais de fragilidade emocional, caberia às pesquisadoras responsáveis a realização da escuta qualificada de forma humanizada, bem como solicitação da equipe multiprofissional integração e agilidade no atendimento ao paciente, realizando intervenções necessárias conforme o achado.

4.5.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O questionário é um instrumento estruturado por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante (respondente). Tem como objetivo trazer ao investigador respostas para o estudo de maneira simples e direta (PRODANOV; FREITAS, 2013). A partir de questionários e demais métodos, as entrevistas semiestruturadas têm a finalidade de obter informações de entrevistados sobre um determinado tema/assunto, por meio de uma conversa planejada seguida por um roteiro e por indagações. As entrevistas combinam perguntas abertas e fechadas, em que o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, por meio de um conjunto de questões previamente definidas, em uma conversa, seja ela formal ou informal (BONI; QUARESMA, 2005).

O questionário semiestruturado foi aplicado em campo pelas acadêmicas responsáveis, de segunda-feira a sexta-feira, no período matutino e vespertino entre os dias 03/10/2022 e 10/10/2022. A ferramenta foi desenvolvida pelas próprias pesquisadoras, inspirado em um instrumento de questionário já existente, intitulado *Avaliação da satisfação dos usuários dos CAPS de Florianópolis*, desenvolvido e aplicado pela Prefeitura de Florianópolis, consultado por meio da plataforma do *Google Docs*, disponível pela internet. Foi combinada previamente com a enfermeira responsável uma sala para a aplicação do questionário. Os usuários que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participarem da pesquisa, e em caso de aceite, foram encaminhados individualmente à sala disponibilizada, garantindo o sigilo, a segurança e a tranquilidade. Após uma escuta inicial acolhedora, as pesquisadoras apresentaram o TALE e/ou TCLE para assinatura, então somente após o documento assinado e explicado foi iniciada a coleta de dados. O referido

instrumento de coleta foi aplicado de forma impressa, de modo que as pesquisadoras aplicaram as perguntas e transcreveram as respostas dos pacientes conforme cada tópico, na linguagem informal, a fim de manter a veracidade de cada resposta. Durante o estudo, será mantido o sigilo absoluto dos pacientes e dos dados obtidos, identificando cada usuário por meio de um codinome: como “U”, como em usuário, mais a colocação de um número de 01 a 30; por exemplo: U-01.

4.5.3 ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa qualitativa preocupa-se com fatos da sociedade que estão centrados na interpretação e explicação da dinâmica das relações sociais. Nessa configuração, a abordagem qualitativa remete ao universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2012).

Reconhecendo a relevância da abordagem qualitativa e sua articulação no universo da pesquisa científica, variados tipos de pesquisas, instrumentos e técnicas de análise de dados são articulados com tal abordagem. Como recorte, optou-se neste estudo pela técnica de análise de dados denominada Análise de Conteúdo, defendida por Laurence Bardin. Nesse segmento, a análise de conteúdo é entendida como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2004, p. 41)

A técnica de pesquisa de Análise de Conteúdo se estrutura em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação. A validade dos achados da pesquisa é resultante de uma coerência interna e sistemática entre essas fases, cujo rigor na organização da investigação inibe ambiguidades e se constitui como uma premissa fundante (BARDIN, 2011).

Conforme mencionado, para a análise dos dados obtidos nesta pesquisa, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). Na fase de pré-análise foi realizada uma leitura e revisão de todos os dados obtidos com o questionário aplicado, bem como avaliação destes para exclusão ou participação nas demais

fases. Na segunda fase, a de categorização, partiu-se da identificação e reflexão das respostas mais parecidas e/ou repetidas, segmentando-as em seis categorias ao todo, a fim de validar tais respostas com os resultados da interpretação transcrita. Por fim, a terceira fase, a de tratamento, foi destinada à busca de significação dos dados obtidos e categorizados, por meio de uma reflexão profunda frente ao encontrado e o que este significa para a pesquisa e os objetivos desta. Esta fase também pode ser definida como “a operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (BARDIN, 2010, p. 41).

A ferramenta utilizada pelas pesquisadoras na catalogação das respostas foi o EXCEL, bem como outros instrumentos da linha, a fim de auxiliar nos processos analíticos desta pesquisa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa, os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento, que assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas nas resoluções n.º 196/96 e n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). De acordo com a Resolução n.º 466/12, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012, p. 2).

A resolução incorpora referências da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 1). A Resolução n.º 466/12 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos, o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza desta, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo, como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato e a proteção de imagem devem ser assegurados aos participantes no

decorrer de todo o processo de pesquisa. A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido e/ou o termo de assentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa. Será mantido o sigilo absoluto dos pacientes e dos dados obtidos, identificando cada usuário por meio de um codinome: como “U”, como em usuário, mais a colocação de um número de 01 a 30; por exemplo: U-01.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

Apesar do perfil do usuário não ser foco desta pesquisa, bem como do questionário nela aplicado, foi possível constatar, durante a análise de dados obtidos, que, dentre 30 usuários, 8 eram do sexo masculino e 22 do sexo feminino, com idades de 14 a 68 anos.

A partir da análise dos dados obtidos após aplicação do questionário pelas pesquisadoras responsáveis, emergiram as seguintes categorias mediante as respostas dos usuários por elas transcritas:

- 1) Categoria 01: Observações prévias ao processo de acolhimento;
- 2) Categoria 02: O vínculo entre profissional e usuário;
- 3) Categoria 03: Acesso do usuário ao CAPS I;
- 4) Categoria 04: Potencialidades e fragilidades do processo de acolhimento;
- 5) Categoria 05: Resolutividade do serviço sob a ótica do usuário;
- 6) Categoria 06: Satisfação do usuário frente ao processo de acolhimento.

5.2 RESULTADOS OBTIDOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIO APLICADO

5.2.1 Categoria 01: Observações prévias ao processo de acolhimento

Refere-se às informações fora do processo de acolhimento realizado pela equipe do CAPS I, como encaminhamentos, comunicação entre unidades de serviço e demais pontos-chave.

Quadro 1 – Encaminhamento de outros serviços

Serviços	Usuários
Pela APS/ESF	18 (U-01, U-04, U-05, U-06, U-07, U-09, U-10, U-11, U-14, U-15, U-16, U-17, U-19, U-20, U-22, U-25, U-26 E U-28)
Pelo hospital	03 (U-02, U-03 e U-08)
Meio privado	03 (U-12, U-18 e U-29)

Por outros CAPS	02 (U-13 e U-21)
Usuário não foi encaminhado	04 (U-23, U-24, U-27 e U-30)

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias (MENDES, 2011). Conforme os achados da primeira categoria, percebe-se que 18 dos 30 usuários questionados chegaram ao CAPS I pela primeira vez, para o acolhimento, a partir do encaminhamento de outro serviço de saúde, pela Atenção Primária em Saúde.

Constatação esta que é reforçada pela Organização Mundial da Saúde, considerando que as RAS contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Quadro 2 – O usuário veio acompanhado ao CAPS I

Acompanhante	Usuários
Pela mãe	05 (U-09, U-16, U-18, U-19, U-20, U-22 e U-28)
Pela irmã	03 (U-16, U-22, U-23 e U-24)
Pelo filho	03 (U-06, U-12 e U-13)
Pelo pai	03 (U-27, U-25 e U-29)
Pelo tio	01 (U-26)
Pelo esposo	01 (U-21)
Pela esposa	0
Pela amiga(o)	01 (U-27)

Usuário não foi acompanhado	13 (U-01, U-02, U-03, U-04, U-05, U-07, U-08, U-10, U-11, U-14, U-15, U-17 e U-30)
-----------------------------	--

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

Dentre os 30 usuários, observa-se que 17 destes foram acompanhados por outra pessoa no primeiro contato com o CAPS I, para o processo de acolhimento. Já é destacado pela comunidade pesquisadora e trabalhadora da área que a prática assistencial com foco na humanização do cuidado, que considere a opinião, sentimentos e desejos dos usuários e seus familiares são de extrema importância para a qualificação do cuidado (MORAES *et al.*, 2021).

É inegável o efeito positivo e terapêutico que pacientes apresentam quando acompanhados por alguém em que confiam em momentos de fragilidade, esta movimentação promove conforto ao paciente e facilita a assistência. Retirar o acompanhante do papel de passividade é de suma importância para a mudança de comportamento, essa estratégia favorece a melhora efetiva do paciente e o acompanhante torna-se corresponsável pelo cuidado, e não somente uma pessoa que assiste a tudo que é realizado (MORAES *et al.*, 2021).

Quadro 3 – CBO responsável pelo processo de acolhimento

CBO responsável	Usuários
Enfermeira	07 (U-04, U-07, U-17, U-23, U-25, U-26 e U-30)
Técnico de enfermagem	02 (U-01 e U-08)
Psicólogo	02 (U-02 e U-16)
Psicóloga	08 (U-06, U-10, U-13, U-14, U-21, U-22, U-24 e U-27)
Assistente social	03 (U-09, U-18 e U-28)
Recepcionista	02 (U-03 e U-11)
Médico	01 (U-29)
Usuário não se recorda	05 (U-05, U-12, U-15, U-19 e U-20)

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

Dentre os profissionais do CAPS I responsáveis pela execução do processo de acolhimento, destaca-se a prevalência dos profissionais de psicologia, contabilizando 10 dos 30 usuários acolhidos, seguidos pela profissional enfermeira. Ainda existe uma grande dificuldade por parte da população em compreender o espaço do acolhimento em um CAPS e até em uma ESF, em que muitas vezes cabe ao profissional de enfermagem acolher essa demanda espontânea, surgindo assim a necessidade de ampliar essa escuta com a inclusão de outros profissionais que compõem a equipe.

Conforme exposto na Política Nacional de Humanização, o processo de acolhimento no CAPS I pode ser executado por qualquer profissional atuante no serviço, desde que capacitado por meio de instrumentos de acolhimentos instituídos pelo serviço previamente. Ou seja, os profissionais de diversas áreas que atuam nos CAPS e compõem as equipes multidisciplinares, sendo profissionais de nível superior, como enfermeiros, psicólogos, médicos (psiquiatras), assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, fazem parte do processo de acolhimento do serviço.

Quadro 4 – Local de execução do processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I

Local	Usuários
Consultório de enfermagem	03 (U-01, U-08 e U-25)
Consultório de psicologia	09 (U-02, U-06, U-10, U-13, U-14, U-16, U-21, U-22 e U-27)
Sala de coordenação	06 (U-04, U-07, U-17, U-23, U-26 e U-30)
Recepção	04 (U-03, U-11, U-15 e U-20)
Sala da assistente social	02 (U-09 e U-28)
Consultório médico	01 (U-29)
Na residência	02 (U-18 e U-24)
Usuário não se recorda	03 (U-05, U-12 e U-19)

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

Conforme observado quadro 4, é possível constatar que 21 dos 30 usuários foram acolhidos em ambiente reservado, que fornecesse dignidade e privacidade, dentro e fora do espaço do CAPS I. Tal prática é fomentada pela Política Nacional de Humanização, já que a aplicação do processo de acolhimento possibilita que se

analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e nas mudanças mediante parâmetros técnicos, éticos e humanitários, levando a reconhecer o usuário como participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2010).

Contudo, também é possível observar que 4 destes usuários foram acolhidos na recepção do CAPS I, indo em contrapartida com o que é preconizado para um acolhimento e escuta qualificada. Na assistência à saúde, a privacidade e a confidencialidade dos usuários podem ser violadas de diferentes formas e em distintos níveis, como dos espaços pessoal e territorial, do corpo, da informação, dos campos psicológico e moral. Manter a privacidade e a confidencialidade das informações adquiridas se configura como virtude ética, que se revela apenas quando alguém a exercita cotidianamente. Logo, para que a privacidade e a confidencialidade dos usuários sejam respeitadas, faz-se necessário esforço dos envolvidos no processo de cuidado (SOARES; DALLAGNOL, 2011).

5.2.2 Categoria 02: O vínculo entre profissional e usuário

Refere-se à constatação da criação de vínculo entre profissional e usuário dentro do processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I.

Quadro 5 – Criação de vínculo após o processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I

Criação de vínculo	Usuário
Sim	19 (U-04, U-05, U-8, U-09, U-12, U-13, U-14, U-16, U-17, U-18, U-19, U-21, U-23, U-24, U-25, U-26, U-27, U-29 e U-30)
Não	05 (U-07, U-15, U-20, U-22 e U-28)
Usuários com respostas fora do processo de acolhimento	06 (U-01, U-02, U-03, U-06, U-10 e U-11)

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

"Fui acolhido numa situação que minha saúde mental estava bagunçada, com ela eu consegui começar a organizar essas coisas." – U-18.

"Pra mim foi só como uma triagem, ela foi muito querida mas podia ser qualquer um." – U-28.

"Pra mim levou um tempo porque eu ainda não aceitava bem a minha situação e não queria participar." – U-20.

"Teve episódio do profissional ser grosso." – U-07.

"Tenho vínculo com todos os profissionais." – U-10.

Iniciando a segunda categoria da pesquisa, pode-se observar que 19 usuários dos 30 totais conseguiram sentir a criação de um vínculo com o profissional responsável no momento da execução do processo de acolhimento. Como já mencionado durante a revisão de literatura, o processo de acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário.

Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica. Assim, nos serviços de saúde mental, bem como em toda relação entre equipe e usuário, estabelecer vínculo é ponto de partida para a expressão livre e garantia deste e de outros direitos cidadãos (AMORIM; ABREU, 2020).

Dentre os usuários que não sentiram a criação deste vínculo, destacados pelas falas de U-20 e U-07, é possível elencar a falta de profissionalismo por parte do profissional na execução de seu serviço e a dificuldade de aceitação do sujeito frente a sua condição.

É essencial que o profissional execute sua prática de forma respeitosa, pois o acolhimento, além de um processo humanizado, também é uma estratégia terapêutica fundamental para direcionar o cuidado do indivíduo dentro das redes e nas suas linhas de complexidade (BRASIL, 2010).

Para além do exposto, a expectativa de todo ser humano é que sua vida possua prosperidade, que seja longínqua e satisfatória, e adoecer e todo o processo que permeia o evento não faz parte dos planos. Todo o processo diagnóstico de uma condição gera conturbações psicossomáticas capazes de definir os rumos que esta irá tomar, incluindo passos do tratamento que a equipe multidisciplinar busca para o acompanhamento, as hipóteses de sucesso terapêutico, entre outros (CORRÊA; SILVEIRA, 2020).

5.2.3 Categoria 03: Acesso do usuário ao CAPS I

Refere-se à avaliação do primeiro acesso ao CAPS I, sob a ótica dos usuários.

Quadro 6 – Facilidade de acesso do usuário ao CAPS I

Facilidade de acesso	Usuário
Sim	22 (U-01, U-2, U-04, U-05, U-12, U-13, U-14, U-15, U-17, U-18, U-19, U-20, U-21, U-22, U-23, U-24, U-25, U-26, U-27, U-28, U-29 e U-30)
Não	08 (U-03, U-06, U-07, U-08, U-09, U-10, U-11 e U-16)

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

"O pessoal do postinho me orientou o caminho e viemos a pé, tendo o Bom Pastor como referência foi fácil de achar."- U-26.

"Minha mãe já vinha antes então já conhecia o lugar." – U-28.

"O profissional de saúde que vai me buscar." – U-10.

"Não tenho dinheiro pra pagar o ônibus." – U-06.

Conforme exposto, 22 dos 30 usuários tiveram fácil acesso na primeira vinda ao CAPS I, seja por referência de outro serviço, por informação de pessoas próximas e até por meio de transportes do município. O acesso à saúde é determinado por fatores organizacionais e técnicos influenciados pelas condições políticas, econômicas, sociais e simbólicas. Considera-se as dimensões da disponibilidade, da acessibilidade, da adequação funcional e da aceitabilidade. A acessibilidade relaciona-se à disponibilidade e à utilização de serviços em tempo oportuno conforme necessidade demandada pelo usuário, considerando a facilidade de acesso (SILVA *et al.*, 2021).

Contudo, os transportes disponibilizados pelos municípios ainda não suprem a demanda existente de usuários que necessitam de auxílio para o acesso ao CAPS e demais serviços de saúde, fato demonstrado pela fala do U-06. A equidade

de acesso e a redução das desigualdades são os principais objetivos dos cuidados primários de saúde. No entanto, os apoios necessários para atingir a equidade são frágeis e vulneráveis às mudanças no ambiente fiscal e político (SILVA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, os serviços primários de saúde australianos foram examinados durante um período de cinco anos (2009-2013), em que se constatou que os serviços controlados pelo governo estadual tiveram o acesso dificultado, reduzido ou comprometido devido aos resultados das mudanças no cenário político. Já os serviços controlados pela comunidade e organizações não governamentais tiveram um aumento em sua amplitude de estratégias usadas para abordar a equidade em saúde. Essas diferentes trajetórias sugerem o valor da governança comunitária e destacam a necessidade de monitorar o desempenho da equidade em saúde (FREEMAN *et al.*, 2016).

5.2.4 Categoria 04: Potencialidades e fragilidades do processo de acolhimento

Refere-se à avaliação das potencialidades e fragilidades do processo de acolhimento realizado pela equipe do CAPS I, sob a ótica do usuário.

Quadro 7 – Identificação de potencialidades e/ou fragilidades do processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I

Potencialidades e/ou fragilidades	Usuários
Usuário se sentiu acolhido	20 (U-04, U-11, U-12, U-13, U-14, U-16, U-17, U-18, U-19, U-20, U-21, U-22, U-23, U-24, U-25, U-26, U-27, U-28, U-29 e U-30)
Usuário não se sentiu acolhido	05 (U-01, U-06, U-07, U-10, U-15)
Usuário não soube identificar	05 (U-02, U-03, U-05, U-08 e u-09)

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

"Ela (enfermeira) fez eu me sentir tranquila, vim pra cá depois de uma tentativa de suicídio e ela me encorajou a ver as coisas de um jeito diferente." – u-26.

"Achei difícil em me expressar com tanta gente ao redor." – U-15.

De acordo com os resultados elencados, observa-se que 20 dos 30 usuários sentiram-se acolhidos durante o processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I. A questão do acolhimento foi a mais recorrente entre as respostas obtidas dos usuários durante a aplicação do questionário e se mostrou como ponto-chave como potencial, diferencial e também dificuldade do processo de acolhimento do CAPS I.

Em todo processo de saúde-doença, o acolhimento e humanização andam lado a lado na assistência prestada ao indivíduo. No âmbito da saúde mental, não é diferente. O acolhimento é um ato de inclusão, uma atitude de “estar com” ou “estar perto de” e pode ser concebido como uma tecnologia do encontro que possibilita a construção de redes de comunicações, ou seja, uma constituição de vínculo e de afetividade que gera produções de saúde (HOMERCHER; VOLMER, 2021).

É também uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização (PNH), pois zela para que as práticas dos trabalhadores sejam oferecidas com qualidade, compromisso, dignidade e respeito (BRASIL, 2010).

Contudo, o processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I também apresentou fragilidades. Dentre os 10 usuários que não viram o processo de acolhimento como ponto alto do serviço prestado, 5 destes não se sentiram acolhidos de forma alguma. A fala exposta de U-15, usuária acolhida na recepção do CAPS I, elenca uma fragilidade profunda na prestação do serviço.

A ética é fundamental não só para o bom convívio social, mas também para a atuação dos profissionais, em especial daqueles que lidam diretamente com o ser humano. Como discutido anteriormente, é imprescindível o uso de um ambiente seguro para o acolhimento do usuário. Dentre todas as condições com as quais os profissionais da área da saúde têm de lidar em sua prática cotidiana, a confidencialidade é uma das mais relevantes do ponto de vista ético, pois garante o sigilo de informações técnicas e de caráter pessoal. Manter segredo profissional é um dos preceitos morais no âmbito da saúde. A confidencialidade deve motivar os profissionais a desenvolver postura adequada, evitando constrangimentos aos usuários (SALVADORI; HAHN, 2019).

Quadro 8 – Sugestões quanto ao processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I

Sugestões	Usuários
Usuário com sugestão	02 (U-15 e U-22)
Usuário sem sugestão	20 (U-03, U-04, U-05, U-08, U-09, U-11, U-12, U-14, U-16, U-18, U-20, U-21, U-23, U-24, U-25, U-26, U-27, U-28, U-29 e U-30)
Usuário com sugestão fora do processo de acolhimento	08 (U-01, U-02, U-06, U-07, U-10, U-13, U-17 e U-19)

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

"Na minha época era só a psicóloga que fazia o acolhimento, hoje eu vejo que quase toda equipe aqui faz isso. Então acho que isso afeta o acolhimento de forma ruim por falta de preparo do profissional." – U-22.

"Gostei muito da pessoa que me atendeu, mas eu teria falado mais o que eu sentia se estivéssemos sozinhas, como agora." – U-15.

"Não tenho o que mudar, do jeito que tá, tá ótimo." – U-12.

"Em vez de só pegar receita, ter mais diálogo com o profissional médico." – U-02.

"Eu gostaria que tivesse grupos todos os dias." – U-13.

Questionados sobre sugestões quanto ao processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I, 20 dos 30 usuários não tinham ideias de mudança para apontar, o que fortalece a prática da equipe do CAPS I. Dos restantes, 8 usuários tinham sugestões fora do processo de acolhimento, dentre elas, destaca-se a fala de U-02 e U-13: a primeira ressalta uma fragilidade importante do acompanhamento do usuário dentro do CAPS I.

Os serviços substitutivos nas práticas de inclusão social realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) têm como objetivo reconhecer as ações voltadas para inserção social das pessoas com transtornos mentais e propõem que a pessoa em sofrimento mental não seja isolada, mas reinserida no mundo social. Essa reinserção se daria por meio da reabilitação psicossocial com a consideração dos inúmeros fatores biopsicossociais, culturais e espirituais, do uso de diversas

tecnologias de cuidado, da integração do indivíduo como sujeito de sua história, da incorporação da família, comunidade e equipe multidisciplinar e interdisciplinar como sistema de apoio dentro das intervenções que proporcionem atenção integral ao indivíduo (TENÓRIO, 2002).

Para além dessa problemática, persiste ainda a questão da privacidade do usuário, elencada pela fala de U-15, e dúvida do usuário quanto à capacitação do profissional do CAPS I para a execução do processo de acolhimento. No CAPS I onde a pesquisa foi realizada, a equipe faz uso de um instrumento de coleta de dados para o momento do acolhimento, utilizado também para classificar o risco que este paciente apresenta no momento do primeiro contato.

Contudo, é de extrema importância que a gerência do serviço esteja atenta à capacitação da equipe no que diz respeito à aplicação do instrumento, garantindo que os responsáveis compreendam a ferramenta utilizada, bem como verificar se o instrumento ainda comporta as necessidades dos usuários (SANTOS *et al.*, 2021).

A questão não é sobre qual profissional deve executar o processo de acolhimento, mas se este está capacitado e possui apoio de tecnologias, como instrumentos de coleta de dados, para realizar um acolhimento adequado e de qualidade. A criação e implementação de protocolos de acolhimento deve levar em conta a integralidade do usuário, atentando-se às suas necessidades singulares. Considerando o que já foi explanado sobre a PNH, a política ainda ressalta que a escuta qualificada deve ser oferecida pelos trabalhadores aos usuários do serviço a fim de garantir o acesso às tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando e efetivando, assim, as práticas de saúde (BRASIL, 2010).

Um estudo com abordagem quantitativa com agentes comunitários de saúde em uma UBS de um município paranaense objetivou avaliar os resultados de um projeto aplicado na disciplina interprofissional sobre capacitação em relação ao acolhimento com classificação de risco (ACR) das agentes comunitárias de saúde de uma Unidade Básica de Saúde de um município do norte do Paraná, por meio da aplicação de um questionário com dados demográficos e sobre o ACR (ROCHA *et al.*, 2018). Os resultados demonstraram que antes da capacitação as agentes não prestavam suporte ao usuário de forma segura e confortável, atendiam por ordem de chegada e sem conhecimento suficiente. Após, houve melhora no entendimento e realização do acolhimento. A educação permanente é ideal para a melhoria do

atendimento na Atenção Primária, e deve fazer parte da rotina dos profissionais de saúde para qualificação da organização da atenção (ROCHA *et al.*, 2018).

5.2.5 Categoria 05: Resolutividade do serviço sobre a ótica do usuário

Refere-se à constatação da resolutividade do serviço, sob a ótica do usuário.

Quadro 9 – Resolutividade do serviço prestado pela equipe do CAPS I

O serviço é resolutivo	Usuário
Sim	26 (U-02, U-03, U-05, U-06, U-07, U-08, U-09, U-10, U-12, U-13, U-14, U-15, U-16, U-18, U-19, U-20, U-21, U-22, U-23, U-24, U-25, U-26, U-27, U-28, U-29 e U-30)
Não	04 (U-01, U-04, U-11 e U-17)

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

"Me isolei depois do acidente do meu marido, só depois que comecei a vir pra cá eu consegui ver as coisas de forma diferente e eu tive vontade de viver." – U-27.

"Aqui não me sinto sozinha e consigo dar conta das coisas junto deles." – U-16.

"No começo eu achava que não, porque era muito remédio, depois que mudaram começou a ser melhor me senti melhor." – U-19.

"Nem sempre ajudam no que preciso, acho que a parte da assistente social ainda não me ajuda no que preciso." – U-17.

Dos 30 usuários, 26 destes veem o serviço prestado pela equipe do CAPS I como resolutivo, contudo, 4 usuários não possuem a mesma percepção, elencando questões problemáticas que vão para além do que é realizado dentro do âmbito do CAPS I, abordando questões sociais e políticas existentes na integralidade do indivíduo, como ressaltado pela fala de U-17.

Sabe-se que os CAPS oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros especialistas, cuja função é promover os processos de reabilitação psicossocial e garantir que os métodos sejam substitutivos ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005). Conceitos sobre vulnerabilidade surgem na área da saúde reordenando as práticas de prevenção e promoção para um enfoque mais contextualizado e atento ao aspecto social. De modo semelhante, na assistência, o conceito de vulnerabilidade é adjetivado pelo termo social, que indica a evolução do entendimento acerca das privações e desigualdades (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Reconhecida por atuar no contraditório campo da reprodução social da força de trabalho e atenuação de conflitos sociais, a política pública de assistência social tem seus rumos impactados pelas disputas que acontecem no plano ideológico e material quanto a diferentes projetos de Estado. Afirma-se que as ações dessa política, ao procurarem incidir, especialmente, na parcela de cidadãos inseridos precariamente ou alijados do mundo do trabalho, instalam-se no âmbito do enfrentamento das diversas vulnerabilidades oriundas do sistema capitalista, que reifica relações sociais e acirra desigualdades (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Nesse contexto, cabe aos CAPS oferecer atendimentos nas modalidades individual e grupal, oficinas terapêuticas, atendimento familiar, visitas domiciliares, além de atividades comunitárias com foco na integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2004, apud ROCHA; PEGORARO; PRÓCHNO, 2022).

Um dos objetivos do tratamento no CAPS é o desenvolvimento da autonomia do sujeito, a reconstrução dos laços familiares e sociais e o acompanhamento no processo de reinserção social dos seus usuários. A função do CAPS é favorecer a articulação, a circulação e a inserção de seus usuários em seus territórios de relações, lugares e possibilidades, portanto, ele não deve se tornar o único lugar para um usuário (SILVA; ALMEIDA; AMATO, 2019).

5.2.6 Categoria 06: Satisfação do usuário frente ao processo de acolhimento

Refere-se à constatação da satisfação do usuário frente ao processo de acolhimento.

Quadro 10 – Avaliação do processo de acolhimento realizado pela equipe do CAPS I

Avaliação	Usuários
Usuário muito satisfeito	16 (U-03, U-04, U-10, U-12, U-13, U-14, U-16, U-17, U-18, U-19, U-21, U-25, U-26, U-27, U-29 e U-30)
Usuário satisfeito	11 (U-02, U-5, U-07, U-08, U-09, U-15, U-20, U-22, U-23, U-24 e U-28)
Usuário satisfeito parcialmente	02 (U-6 e U-11)
Usuário insatisfeito	01 (U-01)

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

Quadro 11 – Satisfação do usuário em relação aos serviços prestados pela equipe do CAPS I

Avaliação	Usuários
Usuário muito satisfeito	14 (U-09, U-10, U-12, U-13, U-14, U-15, U-18, U-21, U-22, U-26, U-27, U-28, U-29 e U-30)
Usuário satisfeito	13 (U-02, U-03, U-5, U-07, U-08, U-09, U-15, U-20, U-22, U-23, U-24, U-28 e U-31)
Usuário satisfeito parcialmente	03 (U-01, U-06 e U-11)
Usuário insatisfeito	0

Fonte: Instrumento de pesquisa/outubro de 2022. Elaborado pelas autoras.

Em ambos os quadros, nota-se que uma avaliação positiva quanto ao processo de acolhimento realizado pela equipe do CAPS I e em relação aos serviços prestados pela equipe do CAPS I, o que indica que o centro consegue atingir as metas que o serviço deve alcançar conforme seus deveres com a comunidade. Contudo, nos dois temas ainda existem avaliações de insatisfação quanto aos pontos elencados.

A satisfação dos usuários reflete os resultados alcançados pelo serviço com seus respectivos determinantes de insatisfação. Esse indicador é capaz de gerar informações para influenciar a tomada de decisão e proporciona oportunidades para que os gestores avaliem aspectos dos CAPS que não se limitem apenas aos aspectos

administrativos, mas contemplem a visão dos principais usuários dos serviços (SILVA, 2014, apud ROCHA; PEGORARO; PRÓCHNO, 2022).

A medida subjetiva de satisfação é também um importante componente para a participação dos usuários na construção e mudança dos serviços, uma oportunidade para que exerçam a cidadania, reforçando o empoderamento sobre seu tratamento, recuperação e reabilitação psicossocial (PRESOTTO, 2013, apud SILVA; LIMA; RUAS, 2018).

Um estudo publicado em 2022, realizado por meio de uma revisão integrativa de literatura desenvolvida a partir da consulta às bases SciELO Brasil e LILACS, buscou identificar a visão do usuário sobre o CAPS de forma geral. A partir do ponto-chave, concluiu-se que o vínculo com a equipe e os problemas na estrutura física dos CAPS são os pontos mais sensíveis apontados pelos usuários e merecem ser avaliados pelos municípios como forma de fortalecer a adesão ao serviço (ROCHA; PEGORARO; PRÓCHNO, 2022).

A percepção de que o CAPS é um local acolhedor, no qual o usuário sente-se respeitado e acolhido em sua subjetividade, perpassa muitos dos estudos. Nos estudos que utilizaram escalas para medir o grau de satisfação com o serviço, todos os CAPS foram avaliados como satisfatórios ou muito satisfatórios – ver: Silva *et al.* (2018); Mello & Furegato (2008); Barbosa *et al.* (2015); Bosque *et al.* (2017); Bessa *et al.* (2019). Nos demais estudos, por meio de recortes de falas dos usuários e da análise feita pelos autores, é nítida a boa avaliação geral por parte dos pacientes.

Os motivos que levaram à insatisfação dos usuários diante os dois pontos elencados nos quadros anteriores também se fazem presentes em outras pesquisas já realizadas. Nos estudos que utilizaram escalas de avaliação do serviço, a menor pontuação referiu-se à estrutura física e ao conforto do serviço, como mostram Silva *et al.* (2018), Barbosa *et al.* (2015) e Bosque *et al.* (2017). Somado a tal problema, aparece também a insatisfação com o investimento público nesses serviços. Na opinião dos usuários, havia falta de investimento e de verbas nos serviços de saúde mental (MELLO; FUREGATO, 2008). Em Guedes *et al.* (2014), os usuários perceberam uma sobrecarga da equipe e avaliavam que tal sobrecarga tinha origem na “burocracia” no agendamento de consultas.

No estudo de Brêda *et al.* (2011), os usuários queixaram-se de falta material para a realização das oficinas e relataram prejuízo no vínculo entre eles e os profissionais que os atendiam devido ao que pode ser considerado uma questão

política. Segundo os usuários, isso acontecia porque havia alta rotatividade dos membros da equipe, situação causada por não haver concursos na área.

Um aspecto muito relevante que algumas pesquisas trouxeram é que, embora a relação com a equipe seja um dos pontos mais bem avaliados pelos usuários, há algumas ressalvas. Isso porque a diferença entre cuidar e tutelar o usuário se torna, por vezes, muito sutil. Essa questão aparece na pesquisa de Oliveira *et al.* (2012), na qual há trechos de entrevistas com os usuários que demonstram sentimento de estarem sendo tutelados por meio do poder exercido pelos profissionais.

O referido estudo também aponta que, muitas vezes, o usuário não se sente protagonista de seu cuidado, pois a equipe faz escolhas por ele. Algo similar aparece na pesquisa de Moreira e Onocko-Campos (2017), na qual os usuários do CAPS trouxeram a insatisfação por não terem suas falas validadas pelos profissionais, já que, frequentemente, o que eles traziam em suas narrativas era interpretado pela equipe como sintoma de sua doença.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa realizada pode-se considerar que, de forma geral, o processo de acolhimento executado pela equipe do CAPS I é satisfatório. Para além disso, os objetivos traçados neste trabalho foram alcançados, por meio da constatação da existência de vínculos entre profissional e usuário a partir do processo de acolhimento, da detecção de potencialidades e fragilidades do processo de acolhimento, da identificação da resolutividade do serviço a partir do processo de acolhimento sob a ótica do usuário e da verificação de satisfação dos usuários frente ao processo de acolhimento.

Contudo, apesar dos achados positivos da pesquisa, a aplicação do questionário semiestruturado jogou luz, também, sobre pontos fragilizados e negativos do processo de acolhimento. Pontos estes que vão em contrapartida das principais diretrizes das políticas regentes quanto à assistência digna e qualificada ao usuário. Todavia, os resultados desta pesquisa devem considerados dentro da amostra escolhida para a realização deste trabalho. É imprescindível a realização de demais estudos frente ao tema e tema subsequentes para explorar a temática e dar voz aos envolvidos.

Consideramos oportuna uma reflexão quanto ao papel do enfermeiro dentro do CAPS I e demais serviços de saúde mental. Sabe-se que a enfermagem necessita de muitos conhecimentos e habilidades para atuar na assistência, sendo necessário mensurar os cuidados a serem ofertados ao paciente para poder cuidar melhor. Dessa maneira, o cuidado é prestado com qualidade e direcionado às necessidades reais do paciente com o intuito de promover a rápida recuperação de quem é assistido (SILVA *et al.*, 2013).

A importância da enfermagem nesse contexto também foi verificada em estudo realizado em 2020, cujo objetivo era relatar a proposta sobre uso de Sistematização da Assistência de Enfermagem elaborada para um usuário do CAPS geral, com diagnóstico de Transtorno da Ansiedade Generalizada, por meio de um relato de experiência. O referido estudo resultou na constatação tanto da relevância do papel do profissional enfermeiro no cuidado ao paciente com problemas mentais, principalmente o Transtorno da Ansiedade Generalizada, quanto na elaboração de Sistematização da Assistência de Enfermagem de forma personalizada e eficiente ao paciente (M'BTNA *et al.*, 2021). Desta forma, evidencia-se a influência positiva do

protagonismo da assistência de enfermagem no cuidado ao usuário.

Por fim, a reflexão serve também como ponto de partida para o desenvolvimento de outras pesquisas acadêmicas e profissionais que visem colocar o usuário como protagonista e auxiliar as equipes, em especial a de enfermagem, a prestar uma assistência de qualidade. Como futuras profissionais enfermeiras, são pesquisas como esta que nos aproximam do alvo de cuidado e nos possibilitam uma visão individualizada, mas também coletiva, sobre a prestação da assistência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 11, p. 1-6, out. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129519>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2022.

ALMEIDA, Patrícia Aline de; MAZZAIA, Maria Cristina. Nursing Appointment in Mental Health: experience of nurses of the network. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2154-2160, 2018. FapUNIFESP. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ddyqY8BKXfB4wcvC7XYbjvG/?lang=en>. Acesso em: 02 set. 2022.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMORIM, Lucas Oliveira; ABREU, Clésio Rodrigues de Carvalho. O VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE E A SUA RELAÇÃO NA ADESÃO AO TRATAMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD). **Revista Jrg de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 3, p. 612-621, 19 nov. 2020. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/87/137>. Acesso em: 12 jun. 2022.

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

BARBOSA, Guilherme Correa, OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de, MORENO, Vânia, PADOVANI, Carlos Roberto, CLARO, Heloisa Garcia, & PINHO, Paula Hayashi. Satisfação de usuários num centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, (14), 31–37., 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0103>. Acesso em 4 nov. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BESSA, M. S., ARAÚJO, J. D., FILHO, AZEVEDO, D. M., SALVETTI, M. G., & TORRES, G. V. (2019). Avaliação de Resultados da Assistência em Saúde Mental por Usuários. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 23(1), 89–96. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n1.32173>

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 68-80, jul. 2005. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BOSQUE, Ronédia Monteiro, OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de, SILVA, Nelma Nunes da, CLARO, Heloísa Garcia; FERNANDES, Ivan Filipe de Almeida Lopes. Satisfação dos trabalhadores, usuários e familiares dos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, 11(11), 4598–4606, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231199/25195>. Acesso em: 04 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5 reimpressão. Brasília, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem: **Resolução n. 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a SAE e a implementação do processo de enfermagem. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html. Acesso em: 4 nov. 2022.

BRASIL. Folheto política nacional de humanização. **Política Nacional de Humanização**, 1ª edição, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília (DF), 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial/Ministério da saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília (DF), 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em 04 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial/Ministério da saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. apud ROCHA, Patrícia Lorena Resende; PEGORARO, Renata Fabiana; PRÓCHNO, Caio Cesar Souza Camargo. Centros de Atenção Psicossocial segundo Seus Usuários: uma revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, [S.L.], p. 151-164, 6 set. 2022. Universidade Católica Dom Bosco. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1256>. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1256>. Acesso em: 26 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília, 2004. p. 17-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 04 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes para a organização modalidades dos CAPS. Brasília (DF), 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 23 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Brasília (DF), 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Portal da Saúde**. O que é Reforma Psiquiátrica?. Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925. Acesso em 11 jun. 2022.

BREDA, Mércia Zeviani, RIBEIRO, Mara Cristina, SILVA, Patrícia de Paula Alves Costa da, SILVA, Rita de Cássia Oliveira; COSTA, Therezinha Faria. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas: A Opinião do Usuário. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 4, p. 817–824, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027977020>. Acesso em 04 nov. 2022.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 1-14, 26 mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2022.

CORRÊA, Rosimar Viana Baptista; SILVEIRA, Barbara. A Dificuldade de Aceitação no Processo Saúde e Doença Diante o Diagnóstico Renal Crônico: a importância do psicólogo. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2, p. 32-39, 11 mar. 2020. Universidade Severino Sombra. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1741>. Acesso em: 26 out. 2022.

DAMACENO, Adalvane Nobres; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; PUCCI, Vanessa Rodrigues; WEILLER, Teresinha Heck. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 14, 29 jan. 2020. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832/html>. Acesso em: 11 jun. 2022.

FLICK, Uwe. **Uma Introdução a Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria de Saúde. **Formulário de avaliação da satisfação dos usuários dos CAPS de Florianópolis**. Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfzB-QcCxOUFLQq89pJyl4nmx1FatgSykjCXW6hGGnv82Shvg/viewform>. Acesso em: 10 abr. 2022.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 15(2), p. 345-53, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2022.

FREEMAN, Toby; BAUM, Fran; LAWLESS, Angela; JAVANPARAST, Sara; JOLLEY, Gwyn; LABONTÉ, Ronald; BENTLEY, Michael; BOFFA, John; SANDERS, David. Revisiting the ability of Australian primary healthcare services to respond to health inequity. **Australian Journal Of Primary Health**, v. 22, n. 4, p. 332-338, ago. 2016. CSIRO Publishing. Disponível em: <https://www.publish.csiro.au/py/PY14180>. Acesso em: 26 out. 2022.

FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de; MOURA, Natana Abreu de; FEITOSA, Rúbia Mara Maia; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; FREITAS, Maria Célia de; SILVA, Lúcia de Fátima da; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Processo de enfermagem fundamentado no modelo de Joyce Travelbee. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3287-3294, 2 dez. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1000164>. Acesso em: 04 nov. 2022.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUEDES, Ariane da Cruz; KANTORSK, Luciane Prado; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; OLSCHOWSKY, Agnes; CORTES, Jandro Moraes; CANTARELLI, Karen Jeanne. Tratamento em Liberdade: Pontos de Tensionamento e Avanço no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 4, n. 1, p.133–143,

2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8931>. Acesso em 04 nov. 2022.

GUIMARÃES, Bárbara Emanuely de Brito; BRANCO, Andréa Batista de Andrade Castelo. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: pesquisa bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 143-155, 7 fev. 2020. Universidade Católica Dom Bosco. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100011. Acesso em: 11 jun. 2022.

GUSMÃO, Ricardo Otávio Maia; VIANA, Tiê Menezes; ARAÚJO, Diego Dias de; TORRES, Jaqueline D'Paula Ribeiro Vieira; SILVA JÚNIOR, Rene Ferreira da. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Revista de Saúde e Ciências Biológicas**, v. 10, n. 1, p. 1–6, abril de 2022. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3721>. Acesso em: 04 nov. 2022.

HOMERCHER, Bibiana Massem; VOLMER, André. Interlocuções entre acolhimento e crise psíquica: percepção dos trabalhadores de uma unidade de pronto-atendimento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, p. 1-22, jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/j/physis/a/TKqt8s4xK8rtLsf8fjN867y/#>. Acesso em: 27 out. 2022.

KIEFER MORAES, Cladis Loren; COELHO TAVARES, Debora; BANDEIRA DE FREITAS, Guilherme; KNOP AUED, Gisele. A perspectiva dos enfermeiros sobre o acompanhante na UTI em tempos de COVID-19. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. 2, 2021. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/211>. Acesso em: 26 out. 2022.

LOPES, Juliana Rodrigues Silva; SILVA, Silvana Correia; FIDALGO, Caroline Lopez; SIMÃO, Lucas Assis; FERREIRA, Milena Santos; CASTELAR, Marilda; SALLES, Cristina. Acolhimento como tecnologia em saúde: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 2, p. 172-183, 18 ago. 2021. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/486/218>. Acesso em: 12 jun. 2022.

MARQUES, Hülliana Maria Magalhães Freitas; CARDOSO, Richelliany Julião dos Santos; CUNHA, Nívea Maria Ribeiro Rocha da; MAGALHÃES, Moniélem de Brito; CARVALHO, Gabriela Dantas. Percepções de uma equipe multidisciplinar de saúde sobre a atuação da terapia ocupacional. **Brazilian Journal Of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 7058-7068, 1 abr. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/27461/21758>. Acesso em: 12 jun. 2022.

MATOS, Rodrigo; MEDRADO, Ana Carolina Cerqueira. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do "holocausto brasileiro". **Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 164-177, mar. 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2021.v45n128/164-177/pt/>. Acesso em: 11 jun. 2022.

M'BATNA, Alberto João; MENDES, Nicásio Urinque; M'BATNA, Jesus João; FELIPE, Letícia Pereira; MONTE, Aline Santos; LEITE, Ana Caroline Rocha de Melo; SOUSA, Albertina Antonielly Sydney de; AMARAL, Jeferson Falcão do. TRANSTORNO DA ANSIEDADE GENERALIZADA: relato de experiência sobre uso da sistematização da assistência de enfermagem no caps. **Brazilian Journal Of Development**, v. 7, n. 1, p. 8131-8142, jan. 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/23553/18922>. Acesso em: 31 out. 2022.

MELLO, Rosâne,; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 457-464, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/WCBX7pZSDcYr67dpbSKNj9Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília (DF): Organização Panamericana da Saúde, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF. Acesso em 11 jun. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

OLIVEIRA, Evangelina; CARVALHO, Maria Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qh8LMDRsKNC55gN5YxFkXdq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2022.

OLIVEIRA, Raimunda Félix; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; GOYA, Neusa. Acesso e Integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>. Acesso em: 04 nov. 2022.

ONOCKO, Rosana Teresa Campos. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, Cazaquistão, 1978. p. 6-12. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 04 nov. 2022.

PALHETA, Rosiane Pinheiro; OLIVEIRA, Vander Vasconcelos de; LIMA, Ana Carla da Silva. A humanização em saúde visão dos usuários de um hospital público. **Brazilian Journal Of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 14553-14565, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18312/14785>. Acesso em: 12 jun. 2022.

PORTAL, Patrícia Socorro Coelho; SANTOS, Thaís de Oliveira Carvalho Granado; GUIMARÃES, Simony do Socorro de Vilhena; BARREIROS, Michele de Pinho; PINTO, Rejane Brandão; DIAS, Cláudia Heidtmann; MORAES, Pilar Maria de Oliveira; MENDONÇA, Xaene Maria Fernandes Duarte. As equipes multidisciplinares como dispositivos “técnicos de referência” em saúde mental nos caps e a gestão do cuidado: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society And Development**, v. 10, n. 6, 28 maio 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15747>. Acesso em: 12 jun. 2022.

PRESOTTO, RF; SILVEIRA, M; DELGADO, PGG; VASCONCELOS, EM. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2837-2845, out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H7b4YzPnd3Kt4QPr6GVDJcy/?lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2022.

PRODANOV, Cleber Cristiano. FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho Científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

ROCHA, Najara Barbosa Da; SARAIVA, Amanda Meira; CRUZ, Sabrina Ferreira; FRANCHIN, Ana Tereza; LOLLI, Luiz Fernando; FUJIMAKI, Mitsue. Resultados de um projeto no ensino interprofissional: capacitação sobre acolhimento para Agentes Comunitários de Saúde. **Espaço para a saúde**, Faculdades Pequeno Príncipe, v. 19, n. 1, p. 21-31, 2018. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/579>. Acesso em: 04 nov. 2022.

ROCHA, Patrícia Lorena Resende; PEGORARO, Renata Fabiana; PRÓCHNO, Caio Cesar Souza Camargo. Centros de Atenção Psicossocial segundo Seus Usuários: uma revisão integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, [S.L.], p. 151-164, 6 set. 2022. Universidade Católica Dom Bosco. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1256>. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1256>. Acesso em: 26 out. 2022.

SALVADORI, Morgana; HAHN, Giselda Veronice. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 153-163, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/KBgtFgrfLDC34KdxYHrxvhF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2022.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 11 jun. 2022.

SANTOS, Jomábia Cristina Gonçalves dos; ALENCAR, Andressa Aires; NASCIMENTO, Tayrine Huana de Sousa; LIMA, Antonia Renata Lopes; VALENTIM, Farley Janusio Rebouças. Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária a Saúde de Iguatu-CE. **Revista de Aps**, v. 23, n. 3, p. 485-501, 23 jun. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/30407/22905>. Acesso em: 27 out. 2022.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.a ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ; 2006. p. 241-57.

SILVA, Glaydes Nely Souza da; MONTEIRO, Patrícia Barbosa; VIRGÍNIO, Nereide de Andrade; SOUTO, Cláudia Germano Virgínio de; OLIVEIRA, Márcia Virgínia Andrade Virgínio de. Sistematização da assistência de enfermagem para pacientes acometidos por hérnia de disco. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 2, p. 55-71, set. 2013. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Sistematiza%C3%A7%C3%A3o-da-assist%C3%A2ncia-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2022.

SILVA, Lennon Leonardo Pereira da; ALMEIDA, Anderson Batista de; AMATO, Tatiana de Castro. A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 819-835, set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/wJqR79DN358kqnQkH6zwMFs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2022.

SILVA, Lívia Silveira; MENEZES, Cássia; NASCIMENTO, Leila Cristine do; NITSCHKE, Rosane Gonçalves; DUARTE, Deborah Correia; VIEGAS, Selma Maria da Fonse. Demanda espontânea e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária. **Avances en Enfermería**, v. 39, n. 1, p. 30-39, abr. 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002021000100030. Acesso em: 04 nov. 2022.

SILVA, Mônia Aparecida da. Satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental. In: BANDEIRA, Marina; ABELHA, Lúcia Lima; BARROSO, Sabrina (org.). **Avaliação de serviços de saúde mental: Princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida**. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 55-86.

SILVA, Sarah Nascimento; LIMA, Marina Guimarães; RUAS, Cristina Mariano. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3799-3810, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CLZvbVWMtQNkLT7q7MXtDMq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2022.

SILVA, Silvina Maria Guimarães da; SILVA, Francisco Wilson Ferreira da. **Acolhimento e atendimento humanizado em saúde mental: uma revisão integrativa.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Gestão em Saúde) - Instituto de Educação à Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2020. Disponível em: repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/1884. Acesso em: 04 nov. 2022.

SILVA, Thainan Alves; SILVA, Ananda Sodré; MARTINS FILHO, Ismar Eduardo; NERY, Adriana Alves; VILELA, Alba Benemérita Alves. (Re)Visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. **Avances En Enfermería**, v. 38, n. 3, p. 380-386, 1 set. 2020. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/82440>. Acesso em: 04 nov. 2022.

SOARES, Narciso Vieira; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 683-688, jun. 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/38500/000816798.pdf?seque>. Acesso em: 26 out. 2022.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa. **Revista Pesquisa e Debate em Educação**, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 31 dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE>. Acesso em: 18 jul. 2022.

TAVARES, Cláudia Mara; MESQUITA, Lucas Marvilla. Sistematização Da Assistência De Enfermagem E Clínica Ampliada: Desafios Para O Ensino De Saúde Mental. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 7, 13 fev. 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2810/0>. Acesso em: 04 nov. 2022.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DO USUÁRIO NO CAPS I

Objetivo: Identificar se o processo de acolhimento da equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I) é satisfatório sob a ótica dos usuários, para uma visão mais direcionada a aqueles que são os recebedores do cuidado, possibilitando uma narrativa imparcial que evidencie potencialidades e fragilidades no processo, em um CAPS I na região do Extremo Sul Catarinense.

Período da coleta de dados: 03/10/2022 a 10/10/2022

Tempo estimado para cada coleta: 1 hora.

Local da coleta: Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I), em Araranguá-SC.

Pesquisador/Orientador: Carine dos Santos Cardoso

Telefone: (48) 996654047

Pesquisador/Acadêmico: Beatriz Flor dos Santos

Telefone: (48) 996993442

Julia Berto Cirio de Castro

Telefone: (48) 996127448

**Graduação de Enfermagem – Universidade do Extremo Sul Catarinense
(UNESC)**

Como convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que: Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames. Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for

necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo (a) pesquisador (a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012). Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

As entrevistas serão executadas por meio de um questionário semiestruturado com perguntas abertas e de forma presencial em ambiente seguro e sigiloso (em consultório fechado), após o processo de acolhimento do usuário no serviço.

RISCOS

Está exposto a riscos mínimos provenientes da pesquisa, pois será garantido o sigilo absoluto das informações com a assinatura do TALE e/ou TCLE e somente o pesquisador terá acesso ao questionário que conterá informações como o nome completo do participante da pesquisa, local de atuação do profissional, o questionário será realizado de forma presencial. Caso o usuário participante da pesquisa demonstre sinais de fragilidade emocional, caberá as pesquisadoras responsáveis a realização da escuta qualificada de forma humanizada, bem como solicitar a equipe multiprofissional integração e agilidade no atendimento ao paciente, realizando intervenções necessárias conforme o achado. Para a transcrição e apresentação dos dados obtidos, serão usados codinomes, mantendo o sigilo e anonimato, identificando cada usuário por meio de um codinome: como "U", como em usuário, mais a colocação de um número de 01 a 30; por exemplo: U-01.

BENEFÍCIOS

Conhecer a ótica do usuário sobre o processo de acolhimento, bem como suas potencialidades e fragilidades, proporcionando uma visão ampla da realidade
--

do serviço e instigando meios de melhoria para a prestação de uma assistência qualificada e com base nas diretrizes de regimento do Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I) e da Política Nacional de Humanização (PNH).

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre nossa participação na pesquisa, consultando, se necessário, nossos familiares ou outras pessoas que possam nos ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C. Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaramos que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como nossas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com os (as) pesquisadores (as) BEATRIZ FLOR DOS SANTOS pelo telefone (48) 996993442 e/ou pelo e-mail beaflor.190@gmail.com e JULIA BERTO CIRIO DE CASTRO pelo telefone (48) 996127448 e/ou pelo e-mail juliabertocirio@gmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário (a) /Participante:	Pesquisador (a) Responsável
Assinatura	
Nome: _____	Assinatura
CPF: _____._____._____ - ____	Nome: Carine dos Santos Cardoso CPF: 006.690.549-03

Araranguá (SC), __/__/2022.

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DO USUÁRIO NO CAPS I

Objetivo: Identificar se o processo de acolhimento da equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I) é satisfatório sob a ótica dos usuários, para uma visão mais direcionada a aqueles que são os recebedores do cuidado, possibilitando uma narrativa imparcial que evidencie potencialidades e fragilidades no processo, em um CAPS I na região do Extremo Sul Catarinense.

Período da coleta de dados: 03/10/2022 a 10/10/2022

Tempo estimado para cada coleta: 1 hora.

Local da coleta: Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I), em Araranguá-SC.

Pesquisador/Orientador: Carine dos Santos Cardoso

Telefone: (48) 996654047

Pesquisador/Acadêmico: Beatriz Flor dos Santos

Telefone: (48) 996993442

Julia Berto Cirio de Castro

Telefone: (48) 996127448

**Graduação de Enfermagem – Universidade do Extremo Sul Catarinense
(UNESC)**

Você está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo poderá desistir a qualquer momento, bastando informar a decisão ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como despesas para com a mesma. Você tem a garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo, caso ocorra, como transporte e alimentação ou exames. O seu responsável ou acompanhante também terá os mesmos ressarcimentos, se tiver que acompanhá-lo durante a pesquisa.

Fica expressamente determinado que a pesquisa somente terá início após a autorização do seu responsável legal, perante o aceite e assinatura do TCLE. Foi expresso de modo claro e afirmativo o seu direito de assistência integral gratuita ou indenização, devido a danos diretos/ indiretos e imediatos ou tardios, pelo tempo que

for necessário, decorrentes da pesquisa, garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Todos os dados de identificação pessoal decorrentes da pesquisa terão a privacidade mantida, preceito este assegurado pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde. Você poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Caso você permita que seus dados pessoais sejam divulgados, é necessário a autorização do seu responsável legal, que deve estar detalhada no TCLE. Os procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, que envolvem você, estão detalhados a seguir:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

As entrevistas serão executadas por meio de um questionário semiestruturado com perguntas abertas e de forma presencial em ambiente seguro e sigiloso (em consultório fechado), após o processo de acolhimento do usuário no serviço.

RISCOS

Está exposto a riscos mínimos provenientes da pesquisa, pois será garantido o sigilo absoluto das informações com a assinatura do TALE e/ou TCLE e somente o pesquisador terá acesso ao questionário que conterà informações como o nome completo do participante da pesquisa, local de atuação do profissional, o questionário será realizado de forma presencial. Caso o usuário participante da pesquisa demonstre sinais de fragilidade emocional, caberá as pesquisadoras responsáveis a realização da escuta qualificada de forma humanizada, bem como solicitar a equipe multiprofissional integração e agilidade no atendimento ao paciente, realizando intervenções necessárias conforme o achado. Para a transcrição e apresentação dos dados obtidos, serão usados codinomes, mantendo o sigilo e anonimato, identificando cada usuário por meio de um codinome: como "U", como em usuário, mais a colocação de um número de 01 a 30; por exemplo: U-01.

BENEFÍCIOS

<p>Conhecer a ótica do usuário sobre o processo de acolhimento, bem como suas potencialidades e fragilidades, proporcionando uma visão ampla da realidade do serviço e instigando meios de melhoria para a prestação de uma assistência qualificada e com base nas diretrizes de regimento do Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I) e da Política Nacional de Humanização (PNH).</p>

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com os (as) pesquisadores (as) BEATRIZ FLOR DOS SANTOS pelo telefone (48) 996993442 e/ou pelo e-mail beaflor.190@gmail.com e JULIA BERTO CIRIO DE CASTRO pelo telefone (48) 996127448 e/ou pelo e-mail juliabertocirio@gmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página). O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS

<p style="text-align: center;">Assinatura do menor:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p style="text-align: center;">Nome:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>	<p style="text-align: center;">Pesquisador (a) Responsável</p> <div style="text-align: center;">  </div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p style="text-align: center;">Nome: Carine dos Santos Cardoso</p> <p style="text-align: center;">CPF: 006.690.549-03</p>
--	--

Araranguá (SC), __/__/2022

**APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO FRENTE AO
PROCESSO DE ACOLHIMENTO**

<p>QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO FRENTE AO PROCESSO DE ACOLHIMENTO: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO I (CAPS I) ARARANGUÁ/2022</p>	
 <p>Graduandas: Beatriz Flor dos Santos e Julia Berto Cirio de Castro. Orientadora: Profa. Me. Carine dos Santos Cardoso.</p>	
OBSERVAÇÕES PRÉVIAS AO PROCESSO DE ACOLHIMENTO	
Data:	Hora:
1. O usuário veio encaminhado de algum outro serviço?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____	
2. O usuário veio acompanhado ao CAPS I?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por quem? _____	
3. CBO responsável pelo processo de acolhimento:	4. Local onde o processo de acolhimento foi executado:
_____	_____
ENTREVISTA COM O USUÁRIO FRENTE AO PROCESSO DE ACOLHIMENTO	
1. Foi fácil para você se locomover até o CAPS I?	
<input type="checkbox"/> Não, por que? _____ <input type="checkbox"/> Sim, por que? _____	
2. Você se sentiu bem recepcionado pela equipe do CAPS I?	
<input type="checkbox"/> Não, por que? _____ <input type="checkbox"/> Sim, por que? _____	
3. Você conseguiu sentir a criação de um vínculo entre você e o profissional que o atendeu?	
<input type="checkbox"/> Não, por que? _____ <input type="checkbox"/> Sim, por que? _____	
4. Como você avalia o processo de acolhimento executado no CAPS I?	

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Satisfeito parcialmente
- Insatisfeito

5. Na sua opinião, os profissionais auxiliam na resolução do seu problema?

- Não, por que? _____
- Sim, por que? _____

6. De modo geral, como você se sente em relação aos serviços prestados pelo CAPS I?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Satisfeito parcialmente
- Insatisfeito

7. O que você identificaria como dificuldade e/ou potencialidade no seu atendimento (acolhimento)?

8. Qual sugestão sobre o processo de acolhimento você daria aos profissionais do CAPS I?

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ACEITE

Governo de Santa Catarina
MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar o acesso ao local, bem como o contato com os usuários e profissionais presentes da Instituição intitulada como "Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I)", localizada em Araranguá - SC, na Rua Doná Caridade, nº 9 - no Centro da cidade, no CEP 88900-069, na região do Extremo Sul Catarinense, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "O PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DO USUÁRIO NO CAPS I" sob a responsabilidade do professor(a) responsável Carine Cardoso e pesquisador(s) Beatriz Flor dos Santos e Julia Berto Cirio de Castro, do Curso de graduação de Enfermagem, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Prefeitura Municipal de Araranguá

Daiane Biff,
Secretária de Saúde

Daiane Biff
Secretária de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARANGUÁ
Rua Virgulino de Queiroz, 200 - Centro - Araranguá / SC
48 3521 0900 | www.ararangua.sc.gov.br

ANEXO B – PARECER

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DO USUÁRIO NO CAPS I

Pesquisador: Carine dos Santos Cardoso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61431922.3.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.675.171

Apresentação do Projeto:

Conforme informações prestadas pelas pesquisadoras o acolhimento, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), é entendido como ferramenta de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, com garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade. É através deste processo que o usuário pode ser assistido em sua integralidade e individualidade. Desta forma, o presente estudo busca identificar o processo de acolhimento da equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I), no Extremo Sul Catarinense, sob a ótica dos usuários. A abordagem da pesquisa baseia-se na teórica qualitativa, do tipo exploratória e com pesquisa em campo, no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), em Araranguá - SC, na Rua Doná Caridade, nº 9 - no Centro da cidade, no CEP 88900-069.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar o processo de acolhimento da equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I), no Extremo Sul Catarinense, sob a ótica dos usuários

Objetivos Secundários:

- a) Observar como acontece o processo de acolhimento executado pela equipe multiprofissional;
- b) Constatar a existência de vínculos entre profissional e usuário a partir do processo de acolhimento;

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 5.675.171

- c) Detectar potencialidades e fragilidades no processo de acolhimento;
- d) Identificar a resolutividade do serviço a partir do processo de acolhimento, sob a ótica do usuário;
- e) Verificar a satisfação do usuário frente ao processo de acolhimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática proposta é relevante, posto que poderá contribuir como ferramenta para a qualificação da escuta no processo de acolhimento dos usuários do serviço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A temática proposta é relevante, posto que poderá contribuir como ferramenta para a qualificação da escuta no processo de acolhimento dos usuários do serviço.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1985253.pdf	13/09/2022 13:44:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAlteracoes.pdf	13/09/2022 13:38:17	Carine dos Santos Cardoso	Aceito
Orçamento	ORcAMENTO.pdf	13/09/2022 13:34:44	Carine dos Santos Cardoso	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/09/2022	Carine dos Santos	Aceito

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 **E-mail:** cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 5.675.171

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13:31:21	Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf	13/09/2022 13:27:01	Carine dos Santos Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	13/09/2022 13:24:20	Carine dos Santos Cardoso	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoJueBia.pdf	04/08/2022 08:17:35	Carine dos Santos Cardoso	Aceito
Outros	CartadeAceiteAru.jpeg	24/07/2022 09:37:34	Carine dos Santos Cardoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 30 de Setembro de 2022

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 **E-mail:** celica@unesc.net