



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**VERONICA LIMA SANTOS**

**O ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) EM  
FEIRA DE SANTANA**

**FEIRA DE SANTANA - BA  
2023**

**VERONICA LIMA SANTOS**

**O ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) EM  
FEIRA DE SANTANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de concentração:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

**Linha de pesquisa:** Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Clara Aleida Prada Sanabria

FEIRA DE SANTANA- BA  
2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

V711 Santos, Verônica Lima  
O acolhimento nos centros de atenção psicossocial (CAPS)  
em Feira de Santana / Verônica Lima Santos. – 2023.  
91 f. : il.

Orientadora: Clara Aleida Prada Sanabria.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana,  
2023.

1. Saúde mental. 2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).  
3. Acolhimento. I. Título. II. Sanabria, Clara Aleida Prada, orient. III.  
Universidade Estadual de Feira de Santana.

CDU 614.86

VERONICA LIMA SANTOS

**O ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)  
EM FEIRA DE SANTANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovação em Feira de Santana-BA, 09/03/2023

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Clara Aleida Prada Sanabria  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Thereza Christina Bahia Coelho  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Prof. Dr. João Mendes de Lima Júnior  
Universidade Federal do Recôncavo Baiano

Dedico esse estudo as mulheres que contribuíram muito para me tornar a mulher que sou hoje, minhas saudosas mãe Maria do Socorro Lima Santos e minha avó Maria Veronica Lima Santos. ambas falecidas, mas estão sempre vivas na minha memória afetiva e no meu coração.

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela força e coragem para continuar trilhando por esse caminho árduo e ao mesmo tempo prazeroso. A fé sempre me fez prosseguir, mesmo nos momentos em que eu pensava que seria difícil dar conta.

À minha família, por todo suporte durante esse mestrado que exigiu de mim mais do que imaginava, mas eles estavam ali, dando força, apoiando e acreditando em mim.

À meu pai, conhecido como Zezinho pelo companheirismo e ajuda mesmo sem entender a importância que essa conquista representa para mim.

À minha avó paterna Dona Lia, pelo incentivo e pelo cuidado diário comigo, sempre se preocupando se está tudo bem.

As minhas tias maternas, em especial minha madrinha/tia Terezinha de Jesus, que sempre foi e será fonte de inspiração, com a sua serenidade, calma e sabedoria sempre tinha palavras de encorajamento e aprendizado.

À Universidade Estadual de Feira de Santana, por ter possibilitado alcançar essa grande conquista de me tornar mestre.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e o seu corpo docente, onde tive o privilégio de aprender e conviver com grandes mestres. À Goreth e Jorge, pela flexibilidade, disponibilidade e parceria e apoio.

A Prof.<sup>a</sup> Dra. Clara Aleida Prada Sanabria, pela excelente orientação, parceria e incentivo. Não imaginaria que nosso encontro acadêmico daria tão certo, as trocas, os diálogos e as exigências não somente me fizeram crescer como pesquisadora, mas também ajudou acreditar no meu potencial, me tornando mais segura para continuar nessa caminhada acadêmica. Sempre afirmo que tive uma grande sorte em tê-la como orientadora., minha eterna gratidão.

Aos participantes do estudo (trabalhadores dos CAPS), que disponibilizaram seu tempo para que esta pesquisa acontecesse, com resultados bastante significativos.

Aos colegas da turma, que sempre estivemos juntos principalmente naqueles momentos em que nos sentíamos esgotados com tantos trabalhos para entregar, e eu sempre exigindo o melhor deles porque sempre soube do grande potencial de cada um. Eles são maravilhosos, em especial a Jaqueline Muniz que sempre me auxiliou nas atividades e sempre me socorreu nos momentos mais tensos.

À banca de qualificação, formada pelas Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thereza Christina Bahia Coelho e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sônia Barros pelas contribuições indispensáveis para melhorar ainda mais o estudo.

À banca de defesa, formada pelas Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thereza Christina Bahia Coelho e Prof. Dr. João Mendes de Lima Júnior pelas contribuições na pesquisa e por fazer parte desse momento tão importante.

Ao Coletivo Feirense da Luta Antimanicomial, pelo estímulo em continuar resistindo a todas as formas de desmonte das políticas de saúde mental e buscando desconstruir do imaginário social o estigma da loucura.

À Fapesb, por ter concedido a bolsa de estudos para que tornasse viável a realização deste estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo suporte para realização deste estudo.

Aos meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado, com palavras de estímulo e motivação, muito obrigado por fazer parte desse processo.

" O que me assombra na loucura é a distância – os loucos parecem eternos. Nem as pirâmides do Egito, as múmias milenares, o mausoléu mais gigantesco e antigo possui a marca de eternidade que ostenta a loucura” (Maura Lopes Cançado – Hospício é Deus, 2016, p. 21).

## RESUMO

SANTOS, V. L. **O Acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Feira de Santana.** 2023. Dissertação – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental, criados pela Política Nacional de Saúde Mental para substituir os hospitais psiquiátricos. Os CAPS têm como premissa trabalhar a partir da lógica comunitária, desconstruindo estigmas e favorecendo o desenvolvimento da autonomia e protagonismo dos usuários. O acolhimento, enquanto estratégia de cuidado é uma das práticas mais relevantes utilizadas nos CAPS, começa através da escuta qualificada, quando os usuários chegam no serviço com suas demandas. O CAPS deve funcionar como um espaço não somente de escuta do sofrimento, mas como lugar de produção de subjetividades e construção de vínculo, respeitando e entendendo os diferentes modos de vida das pessoas. O presente estudo teve como objetivo compreender, sob a perspectiva dos trabalhadores como o acolhimento é desenvolvido nos CAPS das diferentes modalidades no município de Feira de Santana- Ba. Trata-se de um estudo quantiquantitativo com a utilização da análise estatística descritiva e a análise de conteúdo. Foi utilizado um formulário eletrônico com perguntas objetivas e discursivas abordando aspectos sociodemográficos, educação, formação, percepções dos profissionais sobre o significado de acolhimento e as práticas de acolhimento realizadas nos CAPS. A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS. Os resultados indicaram que os profissionais entendem o que significa acolhimento de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização, porém, as práticas são limitadas e ainda arraigadas ao modelo biomédico. Os trabalhadores alegam se sentir sobrecarregados pela demanda excessiva nos atendimentos, e pelas frágeis condições de trabalho, porém, se sentem satisfeitos em atuar no campo da saúde mental. Conclui-se que os trabalhadores compreendem a importância e a forma de realizar o acolhimento, entretanto, existe a necessidade de algumas mudanças nas práticas de acolhimento que os trabalhadores realizam. Deste modo, é necessário pensar em transformações na organização dos processos de trabalho, e na educação permanente a partir de uma formação crítica no campo da saúde mental.

**Palavras-chave:** acolhimento, processos de trabalho, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), saúde mental

## ABSTRACT

SANTOS, V. L. **The Reception at the Psychosocial Care Centers (CAPS) in Feira de Santana.** 2023. Dissertation – Graduate Program in Collective Health, State University of Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

The Psychosocial Care Centers (CAPS) are mental health services, created by the National Mental Health Policy to replace psychiatric hospitals. The premise of CAPS is to work based on the community logic, deconstructing stigmas and favoring the development of autonomy and protagonism of users. The welcoming, as a care strategy, is one of the most important practices used in CAPS, starting with qualified listening, when users arrive at the service with their demands. CAPS must work as a space not only for listening to suffering, but also as a place of production of subjectivity and bond building, respecting and understanding the different ways of life of people. The present study aimed to understand, from the perspective of workers how the reception is developed in CAPS of different modalities in the city of Feira de Santana-Ba. This is a quantitative-qualitative study with the use of descriptive statistical analysis and content analysis. An electronic form was used with objective and discursive questions addressing sociodemographic aspects, education, training, perceptions of professionals about the meaning of sheltering and sheltering practices performed in CAPS. Data collection occurred after approval by the Research Ethics Committee of UEFS. The results indicated that the professionals understand what it means to host according to the principles of the National Humanization Policy, however, the practices are limited and still rooted in the biomedical model. The workers claim to feel overloaded by the excessive demand for care, and by the fragile working conditions, but they feel satisfied to work in the mental health field. It is concluded that the workers understand the importance and the way to perform the reception, however, there is a need for some changes in the practices of the reception that the workers perform. Thus, it is necessary to think about transformations in the organization of work processes, and in continuing education from a critical training in the field of mental health.

**Keywords:** embracement, work processes, Psychosocial Care Center (CAPS), mental health

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Diagrama da “intersecção partilhada	37
Figura 2 – Estado de nascimento dos profissionais que atuam nos CAPS	45
Figura 3 – Nível de escolaridade dos trabalhadores dos CAPS	48
Figura 4 – Profissionais que realizam as práticas de acolhimento nos CAPS	50

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Quantidade de profissionais por categoria que atuam nos CAPS	40
Tabela 2 – Tempo de atuação dos profissionais no campo da saúde mental	49

## **LISTA DE QUADRO**

Modelo de análise

38

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Alcool e outras drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NUSC	Núcleo de Saúde Coletiva
PTS	Projeto Terapêutic Singular
PNH	Política Nacional de Humanização
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.</b> ....	16
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	26
2.1	Objetivo geral. ....	26
2.2	Objetivos específicos .....	26
<b>3</b>	<b>MARCO TEÓRICO.</b> .....	27
3.1	As perspectivas sobre o cuidado.....	27
3.2	Produção subjetiva no processo de cuidado em saúde .....	29
3.3	O acolhimento como prática de cuidado nos processos de trabalho em saúde .....	33
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.</b> .....	38
4.1	Tipo de estudo .....	38
4.2	Campos de investigação. ....	39
4.3	Participantes do estudo .....	40
4.4	Coleta de dados.....	41
4.5	Análise e interpretação dos dados.....	41
4.6	Aspectos éticos. ....	42
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.</b> .....	43
5.1	Características do perfil dos trabalhadores dos caps. ....	44
5.1.1	Dados sociodemográficos.....	44
5.1.2	Formação e educação permanente.....	48
5.1.3	Trajetória profissional e condições de trabalho no campo da saúde mental.....	49
5.2	Percepções sobre o conceito de acolhimento.....	51
5.3	Práticas de acolhimento nos caps. ....	52
5.3.1	Condições facilitadoras para o acolhimento .....	54
5.3.2	Condições desfavoráveis para o acolhimento.....	55
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	58
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	62
	<b>ANEXOS</b> .....	70
	<b>ANEXO A</b> – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UEFS).....	71
	<b>ANEXO B</b> – Instrumento de coleta de dados formulário eletrônico. ....	80
	<b>ANEXO C</b> – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde .....	89
	<b>APÊNDICE</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE.....	90

## 1 INTRODUÇÃO

*“O trabalho em saúde se dá sempre com base em um encontro, é sempre relacional, em ato.” (Túlio Franco)*

O conceito de acolhimento definido pela Política Nacional de Humanização (PNH) tem como objetivo garantir a construção de vínculos dos usuários e profissionais da saúde, considerando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, tal conceito tem sido incorporado de forma diversa nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). As pesquisas sobre o tema apontam que a construção do vínculo com o usuário é a principal estratégia de cuidado nos serviços de saúde mental (BRASIL, 2010).

De acordo com a PNH, o ato de acolher expressa diferentes definições: pode ser uma prática de se aproximar, “estar com”, “estar por perto” ou uma ação de inclusão. A prática de acolher implica se relacionar com alguém ou algo. Assim, a partir dessa perspectiva, o acolhimento é considerado uma das diretrizes de maior importância (ético-estético-política) da PNH (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a PNH assume a postura ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na ação de acolhê-lo em suas singularidades, seus sofrimentos, suas alegrias, suas formas de viver, sentir e estar na vida. E, também a postura estética, porque diz respeito às suas relações e aos encontros do cotidiano, à invenção de diferentes possibilidades que auxiliam na construção da vida e do viver. E, finalmente, acolhimento também é político porque implica a corresponsabilidade de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos nos diferentes encontros (BRASIL, 2010).

Diversas pesquisas têm se debruçado sobre o acolhimento nos CAPS, demonstrando os avanços e os desafios para o fortalecimento da PNH na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No processo de acolhimento existem dois aspectos centrais: o vínculo e a responsabilização. Sobre o aspecto do vínculo, nota-se que as relações nesses espaços operam entre os usuários e profissionais, observa-se, também, quais são as possibilidades de intervenções nos serviços de saúde, de que forma o discurso é produzido, os turnos e os trabalhadores disponíveis para a realização do acolhimento, o tempo de espera e como os encaminhamentos são feitos dos casos que foram acolhidos; entende-se, assim, que esses

elementos constituem a chance da construção do vínculo entre os atores (MOREIRA; TORRENTÉ; JUCÁ, 2018).

Os aspectos relacionados à construção do vínculo consistem na estrutura espacial e na produção de discursos sobre a importância da implicação dos atores (familiares, usuários e profissionais) no processo de cuidado e maneiras de viabilizar intervenções no serviço. Além disso, também são importantes a organização institucional dos turnos e os profissionais dispostos para o acolhimento, o tempo de espera e a forma como funcionam os encaminhamentos dos sujeitos acolhidos. Essas ações concretizam oportunidades de vínculo dos usuários ao serviço e à equipe técnica (MOREIRA; TORRENTÉ; JUCÁ, 2018).

Em relação à responsabilização, existe a necessidade de que, no primeiro momento de acolhimento, se interfira no cuidado em saúde para responsabilizar os usuários sobre o próprio cuidado, pois, no modelo psicossocial, pretende-se retirar o sujeito da posição de quem somente sofre psiquicamente por resultado de seus conflitos (MOREIRA; TORRENTÉ; JUCÁ, 2018).

O acolhimento concretiza-se no quadrilátero que fortalece os encontros: construção do vínculo, escuta qualificada, implicação e resolutividade (CARVALHO et al., 2019). De acordo com Lopes et al. (2015), o acolhimento é uma prática que deve acontecer em todos os vínculos de cuidado, na relação entre os profissionais de saúde e os usuários, no exercício de saber escutar e recepcionar os sujeitos e determinar o acolhimento como uma ação que: permita humanizar o cuidado; expandir o acesso dos usuários aos serviços de saúde; dar resolutividade às demandas de saúde; auxiliar na coordenação dos serviços; e possibilitar a construção do vínculo entre trabalhadores e usuários.

Acolher requer postura ética e comprometimento interprofissional em concordância com as demandas dos usuários, da coletividade e da comunidade em geral (CARVALHO et al., 2019). Para Dimenstein et al. (2018), o acolhimento é uma prática relacional, com o propósito de compreender as necessidades e predileções das pessoas, verificar a classificação por risco e minimizar o tempo de espera dos usuários.

Em um estudo realizado em alguns CAPS da região sudeste, por Constantinidis et al. (2018), observaram que o acolhimento acontece através das atividades terapêuticas, podendo surgir manifestações novas, a loucura nesses espaços pode ser vista de outra maneira, diferentemente do estereótipo socialmente criado. Neste mesmo estudo, os autores apontaram que os participantes sentem que suas dores são acolhidas nas atividades terapêuticas e geram possibilidades de construções relacionais.

Nesse contexto, ao analisar o entendimento que os profissionais têm acerca do acolhimento em um CAPS III, observou-se que a escuta qualificada é uma prática comum no serviço. O trabalho parte do reconhecimento sobre o quanto é importante identificar quais as necessidades dos usuários, bem como os diferentes discursos que fazem parte da rotina do trabalho. Assim, existe atenção em desenvolver práxis humanizadas e implicadas no processo do cuidado (BALLARIN et al., 2011).

Acessibilidade e acolhimento são complementares no processo de cuidado, pois se trata da implicação dos profissionais que compõem o serviço, os quais irão viabilizar ou não o acesso dos usuários e seus familiares. As formas como o acolhimento acontece são fundamentais para o desenvolvimento do cuidado, ou seja, o acolhimento não fica restrito somente às estruturas físicas do acesso, mas também ao manejo dos profissionais no atendimento, na escuta e na avaliação das demandas. O acolher demanda tanto uma tarefa imediata quanto um tempo para assumir a conduta (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

No primeiro contato com o usuário, os profissionais que trabalham no serviço de saúde podem, através do acolhimento, oferecer a escuta qualificada, tanto aos usuários quanto aos familiares, de forma que faça eles se sentirem confiantes e tranquilos para verbalizar suas demandas, questionamentos e angústias. Essa estratégia de cuidado auxilia os profissionais a conhecerem as necessidades de saúde dos usuários no território (BRASIL, 2013).

Em uma pesquisa realizada em um CAPS, observou-se que o acolhimento esteve presente nos processos de trabalho do serviço e que o vínculo foi permanente entre os profissionais, usuários e familiares que o frequentavam. Assim, o acolhimento é considerado uma estratégia de cuidado, pois, a partir do princípio do vínculo afetivo, ajuda no acompanhamento dos usuários. De acordo com o autor da pesquisa, essas falas aparecem em vários momentos das entrevistas (MORAES, 2018).

Outro estudo sobre acolhimento, verificou que os profissionais de um dispositivo de saúde mental entendem que o acolhimento está relacionado à entrevista inicial com o usuário. No entanto, esses mesmos trabalhadores do serviço apresentavam nas suas falas outras perspectivas sobre acolhimento, que vão além da triagem inicial e que são introduzidas no processo de trabalho, como ambiente de escuta e ação em saúde (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011).

Para Xavier (2012), o acolhimento de usuários de um CAPS AD acontece da seguinte forma: em alguns atendimentos o profissional da enfermagem faz o encaminhamento ao técnico de referência, em outros casos o próprio profissional que realizou a acolhida torna-se o técnico de referência ou pode encaminhar para outro profissional da equipe. Durante a

oferta do acolhimento é realizada uma avaliação com o usuário, com os dados da anamnese para a elaboração do projeto terapêutico singular.

Londero (2010), em seu estudo sobre as práticas de acolhimento em um CAPS II, observou que os aspectos éticos do acolhimento no exercício prático estão relacionados aos atores envolvidos no processo (equipe, usuários e familiares). O acolher é mais que um conceito-ferramenta para atuação; envolve também a concepção de vida do sujeito que se apresenta naquele espaço, bem como a sua história de vida.

Em estudo realizado em um CAPS III, os autores apontam o contentamento dos usuários no atendimento ofertado pelo serviço, deixando transparecer a satisfação em relação aos processos de acolhimento recebido pelos profissionais. No campo da saúde mental, a construção do vínculo e a escuta qualificada através das práticas de acolhimento caracterizam-se como estratégias importantes para intervenções, pois resultam na disponibilidade dos profissionais em escutar as demandas dos sujeitos, assumindo uma postura de acolhimento (CLEMENTINO et al., 2017).

Ofertar acolhimento é uma eficiente estratégia de cuidado que possibilita dinamizar a atuação da equipe técnica no serviço de saúde mental a partir da assistência mais afetiva, estabelecendo construções de vínculos entres sujeitos e profissionais, considerando a escuta importante para materialização do vínculo, tornando o CAPS um espaço de transformação potente e corresponsável pela autonomia dos usuários (CAÇAPAVA, 2008).

Neste contexto, no campo da saúde mental, o acolhimento, a escuta e a construção do vínculo formam um conjunto de práticas importantes para as intervenções, consideradas tecnologias leves de cuidado na comunidade, possibilitando uma relação terapêutica mais próxima, ou seja, o profissional da saúde mental está disponível a escutar as demandas dos usuários, isto é, assume uma postura acolhedora (MIELKE; OLSHOWSKY, 2011). Assim, o Projeto Terapêutico Singular como instrumento de acolhimento no CAPS, pode ser visto como uma das tecnologias de cuidado aos usuários CAPS e seus familiares

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é considerado uma ferramenta potente na produção do cuidado integral em saúde mental, seja na Atenção Básica ou nos CAPS. Na intersetorialidade entre os níveis de atenção à saúde, o matriciamento enquanto recurso de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) auxilia na ligação coletiva entre as pessoas envolvidas na construção do PTS. Assim, através da Portaria nº 147/1994, o Ministério da Saúde instituiu o PTS como um conjunto de estratégias e ações determinados pelas equipes técnicas dos serviços de saúde, com o objetivo de promover cuidados aos usuários e familiares, desde a sua entrada no serviço até sua autonomia fora do serviço. (DINIZ, 2017).

De acordo com a PHN, o PTS se configura a partir das práticas terapêuticas articuladas de forma individual e/ou coletiva, a partir das discussões da equipe interdisciplinar com o apoio matricial caso seja necessário, e incluindo as prioridades de cuidado do usuário. O PTS é usado em serviços de saúde mental como forma de possibilitar o protagonismo dos usuários e familiares de maneira integrada, considerando diferentes aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e do tratamento psicofarmacológico (BRASIL, 2007).

Os atendimentos nos CAPS vão além do atendimento clínico, buscam ofertar cuidados que favoreçam a inserção social, reabilitação psicossocial e a autonomia. Nos CAPS, são realizadas atividades como: oficinas terapêuticas, atividades artísticas, atendimento psicológico, orientações, visitas domiciliares e etc. Além desse conjunto de ações de cuidado, o CAPS também utiliza o acolhimento como uma ferramenta e estratégia de cuidado em saúde mental, fazendo parte do cotidiano do serviço. (PEGORARO; NUNES, 2017).

Em experiência de acolhimento em um CAPS II no interior de Minas Gerais, um estudo observou que, no início do atendimento, é respondido um instrumento que contém perguntas que visam contemplar o que foi citado anteriormente, a partir do qual começará a ser detalhada a construção do PTS e guiará a realização das ações terapêuticas, seja no CAPS ou em outro serviço de saúde da rede. Logo após o acolhimento, o usuário passa por consulta médica para avaliação; depois de uma discussão com o profissional responsável que o acolheu, determinasse o tratamento psicotrópico a partir da classificação “intensivo”, “semi-intensivo” ou “não intensivo”. O CAPS utiliza um formulário específico para a construção do PTS (MATOS et al., 2017).

A elaboração do PTS acontece em reuniões semanais com a equipe do CAPS, na qual fica estabelecido o processo de cuidado, com a inclusão das atividades do projeto. As alterações realizadas nas fases do PTS se dão de modo individual e partem das discussões da equipe em conjunto com o usuário e familiares (SILVA, 2014).

No entanto, alguns entraves foram apresentados em um estudo de Diniz (2017), relacionados à elaboração do PTS, tanto na Atenção Primária quanto no próprio CAPS. O autor mostrou que os usuários se queixam da relação não horizontalizada nas intervenções promovidas pelas equipes do serviço; a figura do médico ainda é bastante centrada nesses espaços, e também o uso do medicamento se torna predominante como recurso exclusivo do tratamento.

A partir desse contexto, Machado e Ricci (2020), notaram que os profissionais de um CAPS infanto-juvenil tinham dificuldades no manejo dos usuários em situação de crise.

Buscou-se compartilhar as demandas apresentadas de crianças e adolescentes com a equipe de referência da assistência social; com o avanço das discussões dos PTS, observou-se que havia conflitos entre as ofertas de tratamento e também considerável desarticulação entre os diferentes serviços e as instituições ocasionada pela falta de comunicação. De acordo com Menezes Junior et al. (2019), torna-se importante ampliar as intervenções de cuidado em situações de crise em saúde mental, transformando como objeto do trabalho, e considerando os aspectos éticos, políticos e clínicos nas diferentes formas de manejo.

Torna-se um desafio transformar o campo da psicopatologia, diante deste novo modelo de cuidado, que é construído a partir da criação de serviços que façam parte da comunidade e que constituam ações que levem em conta a integralidade do cuidado, com a lógica multiprofissional estabelecendo diálogo entre si, com o objetivo de ampliar a perspectiva de considerar as injustiças sociais produtoras de sofrimento psíquico (MENEZES JUNIOR et al. (2019).

Diante da influência dos aspectos sociais, políticos e culturais no sofrimento psíquico em todo o seu processo, e visando ampliar o entendimento sobre o fenômeno da crise, sugere-se a expressão Crise Psicossocial para nomear um momento de rompimento que carrega marcas singulares manifestadas no corpo da pessoa que sofre e componentes do ambiente social onde esse sujeito está inserido, o que pode tanto gerar agravamento do sofrimento quanto possibilitar cuidado (MENEZES JUNIOR et al., 2019).

De acordo com Lima et al. (2012, p. 424), “Dar conta de usuários em crise [...] tornou-se o principal desafio desse modelo substitutivo”. Os profissionais dos CAPS observam que o perfil das pessoas que recorrem ao substitutivo mudou: o cuidado a partir da lógica comunitária apresenta elevação dos casos de usuários em situações de crise, sinalizando a urgência em adotar um novo modelo de organização para receber essas pessoas e ofertar cuidado com qualidade (SILVA; DIMENSTEIN, 2014).

Na atenção psicossocial, os processos de trabalho têm como característica o trabalho intensivo, predominantemente pautado nas tecnologias leves, em experiências relacionais entre os profissionais do campo da saúde mental, a comunidade e os usuários do serviço, possibilitando estimular a participação mais efetiva dos trabalhadores. Essas particularidades são importantes, podendo gerar resultados para os profissionais do campo, para a gestão do trabalho e para os recursos humanos (VASCONCELOS, 2009).

Em um estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial no Ceará, os autores observaram que os usuários abandonavam o tratamento e retornavam com queixas ao atendimento recebido no serviço, as práticas estavam arraigadas em prescrições, sem

interações subjetivas, gerando desmotivação em continuar com o tratamento. Outra fragilidade apresentada no mesmo estudo, foi a programação das ações de forma conjunta entre os atores envolvidos no processo (profissionais/usuários/família): observa-se que o usuário não é convidado a participar do seu próprio processo de cuidado, sendo muitas vezes retirado do espaço de discussão (JORGE et al., 2015).

Diniz (2017), em seu estudo com os profissionais de referência na ESF – que são responsáveis pelos usuários no território, evidenciou a necessidade de que trabalhadores sejam mais preparados para o cuidado em saúde mental. O autor enfatiza que o matriciamento se apresenta como uma metodologia de trabalho que consegue ofertar suporte aos profissionais da Atenção Básica e viabiliza a construção do PTS.

O trabalho efetivo dos substitutivos pode evitar os agravos e promover qualidade de vida aos usuários, tanto da Atenção Básica quanto dos serviços especializados, refletindo na redução do número de usuários em situação de crise, os quais ainda recorrem aos hospitais psiquiátricos e ao tratamento medicamentoso como recurso exclusivo de cuidado. (Diniz, 2017).

Neste sentido, a resolutividade é uma das bases do Sistema Único de Saúde, sendo conceituada como a exigência de que, quando o usuário recorre por atendimento ou quando ocorrem demandas de ordem coletiva sobre saúde, o serviço do território precisa estar capacitado para ofertar cuidado e resolver até seu nível de competência (ROTOLI et al., 2019).

Deste modo, a resolutividade apresenta aspectos como: acolhimento da queixa do usuário; o contentamento do usuário por ter sua demanda atendida e as práticas de cuidado que são ofertadas pelo serviço. Presume também, que os serviços de saúde mental devem indicar referências especializadas, garantir o acesso aos serviços de saúde e a presença de trabalhadores capacitados para prestar acolhimento aos usuários, seja para dar início ao tratamento ou continuidade (ROTOLI et al., 2019).

No entanto, as práticas de acolhimento nos serviços de saúde mental também apresentam fragilidades, a exemplo da desarticulação dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, resultando no comprometimento dos encaminhamentos dos usuários entre os serviços. As autoras Scheibel e Ferreira (2011), apontam em seu estudo sobre um CAPS, que os atendimentos em saúde precisam estar articulados, posto que necessitam frequentemente da intersetorialidade diante das complexidades das demandas para incluir os sujeitos que, por terem um diagnóstico de transtorno mental, são colocados à margem socialmente.

Na mesma pesquisa, as autoras mostram as queixas relatadas pelos usuários sobre a falta de acolhimento em outros serviços de saúde, uma vez que muitas demandas dos usuários poderiam ser solucionadas pela porta de entrada do sistema. As pessoas poderiam receber acolhimento também na atenção básica; essa fragilidade nos processos de trabalho faz com que os usuários sejam encaminhados para os CAPS, o que só reforça a importância de articulação dos serviços de saúde em seus níveis de complexidade (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011).

A percepção dos efeitos positivos das práticas de acolhimento – tanto pelos profissionais como pelos usuários e familiares – apresentam divergências. Para alguns sujeitos, o acolhimento pode também ser prejudicial, por entender que essas relações podem causar dependência. Ainda segundo Jorge et al. (2011), quando o usuário estabelece vínculo com alguém ou alguma instituição de saúde, conseqüentemente laços afetivos são gerados, e esses laços podem ou não contribuir para a efetividade da conduta terapêutica e para manutenção da vida das pessoas que são afetadas, sejam os profissionais ou usuários. Dessa forma, os afetos podem ganhar sentidos distintos, tais como respeito, carinho, antipatia etc.

Em estudo sobre as dificuldades nos processos de trabalho em um CAPSi, Carvalho (2014), identifica que os profissionais encontram dificuldades em realizar práticas que extrapolem os muros dos serviços. As práticas de cuidado estão arraigadas ao modelo hospitalocêntrico, o que gera fragilidades e entraves nas relações entre os atores envolvidos no processo.

Além disso, as práticas nos próprios muros do serviço interferem na construção de parcerias com a comunidade que possibilitariam promover ações com o objetivo de diminuir o preconceito com os usuários e ampliar o contato com outras instituições, como por exemplo escolas e Unidades de Saúde da Família (USF). Estratégias assim, potencializam a intersetorialidade e viabilizam o cuidado com as crianças e adolescentes com diagnóstico de transtornos mentais (CARVALHO, 2014).

O CAPSi adota a união intersetorial com diferentes instituições da sociedade como uma relevante estratégia para ofertar atendimento integral às pessoas em sofrimento psíquico. Dessa forma, a intersetorialidade pode ser considerada a base importante dos substitutivos para o público infanto-juvenil, desde que as ações sejam efetivamente concretizadas (CARVALHO, 2014).

Assim, as práticas de acolhimento ofertadas pelos profissionais do CAPSi (a escuta qualificada, por exemplo) funcionam como motivação para o usuário e para a família, que se sentem cuidados. Ações de cuidado do CAPSi em conjunto com os familiares possibilitam

facilitar, motivar, elucidar e apoiar, para que sejam favorecidos a convivência e o respeito diante das vivências de sujeitos em sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que se aprimora o cuidado (CARVALHO, 2014).

Em uma pesquisa sobre um CAPS III empreendida por Clementino et al. (2017), os usuários informaram entraves referentes à organização do serviço, a exemplo da localização do substitutivo – o que gera gastos para os usuários e familiares quando precisam se deslocar até lá –, das fragilidades relacionadas à estrutura física do substitutivo e da falta de recursos humanos e organizacionais. Mesmo com a satisfação no atendimento, os usuários do serviço sinalizaram outras barreiras relacionadas ao horário de funcionamento do CAPS, ao longo tempo de espera para as consultas e à falta de medicamentos.

Esses problemas impactam negativamente na qualidade dos cuidados prestados e dificultam o acesso ao serviço. Além disso, outras fragilidades foram identificadas: a escassez de informações relacionadas aos atendimentos e o número elevado das demandas dos usuários no serviço. Tais dificuldades interferem na comunicação e nos atendimentos, as práticas de acolhimento são fundamentais no processo de trabalho em saúde mental, pois contribuem com o fortalecimento do vínculo dos usuários com o serviço (CLEMETINO et al., 2017).

É importante que todos os atores – pacientes, familiares e profissionais da saúde e assistência social – estejam envolvidos na implementação e no desenvolvimento de estratégias e ações de saúde mental, a fim de que as medidas caminhem no sentido da construção de alianças que possibilitem fortalecer e dar seguimento aos avanços que foram alcançados, tendo como base a lei de saúde mental brasileira e as orientações técnico-científicas das instituições internacionais do campo da saúde mental (ALMEIDA, 2019).

Os estudos lidos evidenciam que as práticas de acolhimento nos CAPS decorrem de maneiras diversificadas, alguns profissionais do serviço limitam as práticas de acolhimento somente no contato inicial, outros trabalhadores compreendem sobre a necessidade da construção do vínculo, que vai além da entrada dos usuários no CAPS. Observa-se que não existe padronização do acolhimento nos serviços de saúde mental.

As práticas para acolher os usuários e os familiares que chegam nos serviços de saúde mental estão relacionadas com: a compreensão que os profissionais têm sobre acolhimento; as fragilidades na elaboração de estratégias que possibilitem a construção do vínculo entre os atores (usuários/familiares/equipe); o modelo biomédico como prática de cuidado; e a inexistência da corresponsabilização no processo de cuidado.

Assim, a pergunta de pesquisa se concentra na investigação de ações e estratégias que viabilizam os processos de acolhimento e o cuidado integral aos usuários que recebem atendimento nos serviços de saúde mental em Feira de Santana (BA). Desta forma, se pretende saber: como o acolhimento é desenvolvido pelos profissionais dos CAPS nas diferentes modalidades no município de Feira de Santana?

Com todo o conhecimento presente na literatura sobre os impactos positivos gerados através das práticas de acolhimento, as quais resultam em transformações significativas na vida dos usuários – tanto dos serviços de saúde na atenção básica, quanto da atenção psicossocial, torna-se é importante enfatizar que os processos de acolhimento vão além da escuta qualificada. Busca-se, sobretudo solidificar vínculos sociais no contexto comunitário, com foco no protagonismo das pessoas e na integração dos laços entre os usuários, os profissionais do serviço de saúde e a comunidade.

As pesquisas apontam bons resultados sobre as práticas de acolhimento em alguns CAPS, bem como, outros estudos apresentam os desafios e as fragilidades na oferta do acolhimento nos serviços de saúde mental. Assim, este estudo torna-se importante para compreender como as práticas de acolhimento são desenvolvidas no município de Feira de Santana, identificando fortalezas e debilidades, assim como podendo ser aproveitado pela gestão para o desenho de ações em prol da melhoria do cuidado em saúde para usuários e familiares através do acolhimento.

Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), especificamente à área de concentração Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde, e adere à linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde, tendo em vista que as pesquisas construídas nesse campo estão voltadas para a análise das práticas de saúde e dos processos de trabalho, bem como para a avaliação da gestão dos serviços de saúde. Esta investigação faz parte da pesquisa sobre a RAPS desenvolvida pela Profa. Dra. Thereza Christina Coelho, e sob orientação da Profa. Dra. Clara Aleida Prada Sanabria.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Compreender como são desenvolvidas as práticas de acolhimento pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial nas diferentes modalidades no município de Feira de Santana, Bahia.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever o perfil dos profissionais que participam do acolhimento nos CAPS;
- Descrever o significado de acolhimento a partir das percepções dos profissionais;
- Identificar e analisar as práticas de acolhimento que são realizadas pelos profissionais dos CAPS em Feira de Santana;

### **3 MARCO TEÓRICO**

Este marco teórico foi construído por três subdivisões com o objetivo de discutir e refletir sobre o acolhimento na perspectiva de produzir subjetividades e sob a ótica da construção de vínculo, estabelecendo as possíveis relações entre os atores envolvidos no processo de cuidado. Utilizando como referência aspectos que constroem o acolhimento nos substitutivos de saúde mental, a reflexão teórica tem como finalidade auxiliar na compreensão sobre os elementos fundamentais que constitui o acolhimento como recurso potencializador dos encontros nesses espaços de cuidado em saúde mental. Neste sentido, os conceitos filosóficos, pós-estruturalistas, não lineares buscam explicar as relações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos no cuidado, que podem ser incorporados nos processos de trabalho em saúde, gerando assim, novos modos de vida.

#### **3.1. As perspectivas sobre o cuidado**

O processo de cuidado está relacionado à interação entre o cuidador e a pessoa que está sendo cuidada, na qual o cuidador assume o papel ativo, uma vez que desenvolve práticas e condutas para cuidar. A pessoa que recebe os cuidados, assume o lugar de passividade, mas, a depender da situação da pessoa que está sendo cuidada, ela pode auxiliar no seu próprio cuidado quando deixa de assumir o papel passivo e se torna mais responsável pelo seu próprio cuidado (WALDOW, 1998).

Assim, define-se o processo de cuidado como desenvolvimento de práticas, papéis e condutas baseadas no conhecimento científico, na vivência, no pensamento crítico e na intuição. Tais componentes devem ser realizados com o sujeito que recebe cuidados, com o propósito de promover, manter ou recuperar autonomia e dignidade (WALDOW, 1998). No campo da saúde, o cuidado é um acontecimento produtivo intercessor: quando um profissional da saúde se encontra com o usuário, no contexto de um processo de trabalho, especificamente sob uma perspectiva clínica com a finalidade de produzir cuidado, fica estabelecido entre ambos um espaço intercessor (MERHY, 2013).

Para Merhy (2013), o espaço intercessor (quando acontece o encontro entre o trabalhador e o usuário, no interior de um processo de trabalho, na produção do cuidado) é

parecido com a construção de um espaço comum, no qual há uma intervenção mútua. Por essa razão, tem a característica de processo intercessor e não uma intersecção simplista, pois se constitui a lógica bilateral da produção em ato micropolítico<sup>1</sup>, que pressupõe a produção de um no outro.

Assim, cuidar da saúde do outro vai além de construir um objeto e realizar intervenção sobre ele. Para que o cuidado realmente aconteça, é preciso construir projetos, manter ao longo do tempo uma interação entre a matéria e o espírito, a mente e o corpo, modelados a partir de uma maneira que o sujeito não aceita a dissolução. O ato de cuidar não deve ser apenas uma tarefa reduzida e subordinada das práticas de saúde; a ação cuidadora necessita ampliar para a totalidade das reflexões e intervenções na área da saúde (AYRES, 2001).

Por fim, a orientação relacionada ao cuidado efetivo considera que a presença ativa do cuidador é importante e que as relações intersubjetivas devem ser dinâmicas e valiosas, ficando estabelecido que, tanto a racionalidade orientada das tecnologias quanto, os campos e os agentes de sua operação tenham suas perspectivas ampliadas. É necessário suplantarmos a conformação individualista em direção a espaços também coletivos, institucionais e de intervenções estruturais, assim como, desenvolver a racionalidade biomédica com construtos de outros campos do saber, e outras ciências (AYRES, 2004).

Nesse sentido, as práticas elaboradas no processo de cuidado teriam que solucionar as demandas dos usuários com instrumentos que contemplem, desde a execução de conhecimentos técnicos-científicos até o apoderamento dos contextos políticos, simbólicos e organizacionais. Os serviços de saúde necessitam se apossar dos mais importantes sentidos: possibilitar intervenções focadas no usuário que consigam promover a autonomia dos sujeitos na sua própria maneira de conduzir a vida, sem desconsiderar a dimensão do cuidado que precisa estar presente em todo ato de saúde (ASSIS et al., 2015).

De acordo com Assis et al. (2015), existem seis dimensões que buscam analisar o cuidado integral na rede do SUS, considerando a estrutura organizativa e seus aspectos técnicos e políticos: o acesso aos serviços de saúde, o acolhimento, o vínculo, as linhas do cuidado, a responsabilização e a resolubilidade. A primeira dimensão é delimitada pelo contexto político, tendo em conta o acesso aos serviços de saúde como um conjunto de análise

---

<sup>1</sup> A análise micropolítica se situaria exatamente no cruzamento entre esses diferentes modos de apreensão de uma problemática. É claro que os modos não são apenas dois: sempre haverá uma multiplicidade, pois não existe uma subjetividade de um lado e, do outro, a realidade social material. (GUATARRI; ROLNIK, p. 132).

das políticas de saúde, associada a condições de vida, renda e educação, incluindo a acessibilidade aos serviços que ultrapassam a questão geográfica.

A segunda dimensão de análise se refere ao acolhimento, caracterizado pela constituição de uma nova prática, tornando a comunicação entre os trabalhadores e usuários um elemento a ser valorizado, configurando-o como um espaço de escuta e atenção ativa, com respostas adequadas para cada sujeito. O vínculo está relacionado à terceira dimensão, a qual pode proporcionar a consolidação das relações, construindo afetos e tornando o processo terapêutico potente. A quarta dimensão, consiste na formação em saúde, as diversas pretensões e implicações dos atores que fazem parte da micropolítica do ensino e do cuidado (ASSIS et al., 2015).

A quinta dimensão de análise, consiste na responsabilização, na qual procura encarar os desafios do processo de saúde-doença, integrando ao fazer terapêutico a importância do outro no processo de cuidado, e na percepção de vida que cada pessoa tem. Logo, entende-se que os profissionais precisam estar implicados nas estratégias de prevenção e promoção da saúde, como também na reabilitação dos usuários. E por fim, a sexta dimensão, que se refere a resolubilidade que perpassa o bom trabalho realizado pelos profissionais, ou seja, o sucesso das ações de cuidado, a resolubilidade está relacionada ao retorno adequado aos usuários e a comunidade de forma geral, sobre o que esses atores entendem como deve ser a vida e a saúde no território (ASSIS et al., 2015).

### **3.2. Produção subjetiva no processo de cuidado em saúde**

Os profissionais que atuam nos serviços de saúde trabalham de maneira singular, ou seja, no processo de cuidado os trabalhadores agem de forma diferente entre eles, ainda que estejam atuando perante os mesmos critérios normativos. Assim, este modo de trabalho demonstra que não existe a padronização do trabalho em saúde, visto que as ações de cuidado ocorrem de acordo com a particularidade de cada pessoa (FRANCO; MERHY, 2013).

Diante disso, a eficácia do cuidado em saúde está no campo da micropolítica, para isso é necessário que exista um método que consiga analisar o processo complexo e dinâmico da atuação de cada profissional nas suas práticas cotidianas, até mesmo a produção subjetiva em ato, que resulta na produção do cuidado em saúde e também possibilita que o profissional tenha o seu lugar de destaque neste contexto (FRANCO; MERHY, 2013).

A produção subjetiva nos espaços em que os trabalhadores atuam permite que as demarcações existenciais sejam desconstruídas e reconstruídas constantemente, de acordo

com os parâmetros determinados pelo saber, o profissional é guiado pela percepção da vida, assim como, dele próprio, para que sejam formados fortes fluxos entre os sujeitos que auxiliam na construção da realidade social. Essa compreensão de que os trabalhadores conseguem formar fluxos de conexão entre si é influenciada pelo conceito de Rizoma, dos autores Deleuze e Guattari (FRANCO; MERHY, 2013).

De acordo com Deleuze e Guattari (1995), o rizoma está relacionado ao movimento fluido circular e horizontal, fixando a multiplicidade ao aspecto macropolítico da construção de um mapa, que encontra-se sempre acessível viabilizando diferentes entradas, no entanto, pode ocorrer algum rompimento em um ponto marcado, buscando assim restituir novos fluxos que possibilitam seu desenvolvimento, criando novas conexões no processo<sup>2</sup>. Desta forma, o rizoma é considerado como movimento criativo, que funciona através das conexões que são estabelecidas entre diferentes modos de existência e intensidade, chamados de platôs. O rizoma move-se tendo os Platôs como base produtora de subjetividade do contexto social, de grande intensidade e que se liga com os processos nos quais a realidade se apresenta (FRANCO; MERHY, 2013).

Logo, cada Platô está relacionado a multiplicidade, que podem ser de diferentes naturezas, no entanto Deleuze e Guattari escolheram por exemplo, um tipo de vegetal tubérculo para denominar de rizoma. Assim, o conjunto que se desenvolve por fragmentos não dicotômicos e que não se separa sem modificar a natureza é chamado de multiplicidade. Assim, o rizoma apresenta algumas características:

Resumamos os principais caracteres de um rizoma: diferentemente das árvores ou de suas raízes, o rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços de mesma natureza; ele põe em jogo regimes de signos muito diferentes, inclusive estados de não-signos. O rizoma não se deixa reconduzir nem ao Uno nem ao múltiplo [...] Ele não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes de direções moveidas. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda. Ele constitui multiplicidades lineares a n dimensões, sem sujeito nem objeto, exibíveis num plano de consistência e do qual o Uno é sempre subtraído (n-1). Uma tal multiplicidade não varia suas dimensões SEM mudar de natureza nela mesma e se metamorfosear [...] um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 31 e 36).

---

<sup>2</sup>Rizoma é um vegetal de tipo tubérculo, que cresce subterrâneo, mas muito próximo à superfície, e que se compõe essencialmente de uma raiz. Esta raiz é estranhíssima porque, quando o exemplar alcança grandes proporções, é difícil saber quais são seus limites externos; quer dizer, não há separação entre "uma planta" que constitui essa rede e a outra que também a integra. Entretanto, no seu interior, o complexo, digamos, radicular, está composto quais se distribuem trocas metabólicas e áreas energéticas. Então, pelo menos no sentido tradicional, o Rizoma não tem limites internos que o compartimentalizem. Aquilo que circula nesse interior circula em "toda e qualquer" direção, sem obstáculos morfológicamente materiais que o impeçam (BAREMBLITT, 2003, p. 57 e 58).

Os Platôs assumem um lugar relevante nas cartografias, uma vez que formam espaços de potência na construção da vida e do mundo. O método cartográfico construído por Deleuze e Guattari (1995), busca conduzir um processo, e não retratar um objeto, isto é, está relacionado a investigação do processo de produção. Assim, o pensamento em utilizar a cartografia em estudos de campo sobre a subjetividade se separa do foco de definir normas abstratas para serem aplicadas, a cartografia não se propõe atingir o fim (KASTRUP, 2007).

De acordo com Merhy e Franco (2013), existem desafios para avaliar qualitativamente a dimensão subjetiva do trabalho em saúde, a partir da micropolítica de cada trabalhador, quando percebem que as suas singularidades podem produzir cuidado nas ações de saúde, os autores ressaltam que neste processo há possibilidades de produção de subjetividade nos processos de trabalho, isso ocorre a partir da interação entre os usuários e os profissionais de saúde.

No entanto, é importante considerar os instrumentos cartográficos que são divididos em três conceitos, e que são fundamentais para constituição do método cartográfico: o rizoma, são fluxos heterogêneos e de intensidade que produzem o contexto social; o desejo como potência que impulsiona as práticas dos sujeitos, resultando na produção subjetiva *socius*<sup>3</sup> - (Deleuze e Guattari, 1995). E por fim, o conceito de Trabalho Vivo em Ato proposto por Merhy e Franco (1997), que consiste no pilar de tensão que gera as linhas da cartografia.

Deste modo, a subjetividade é maquínica e complexa, tanto o capitalismo quanto a corrente psicanalítica são considerados agentes que reduzem e oprimem a natureza maquínica dos aspectos subjetivos. O inconsciente na obra Anti- Édipo (Deleuze e Guattari, 2004) é maquínico, o *socius* que a produz, associados a diferentes elementos subjetivos, essa compreensão maquínica propicia que a subjetividade não seja referida somente as dimensões psíquicas, mas também a esfera social em específico sobre as relações que são estabelecidas socialmente, bem como a esfera biológica e ambiental fazem parte do conjunto desses elementos, assim todos esses tipos de maquinismos apresentados também são considerados uma esfera chamada “mecanosfera”<sup>4</sup> (SOUZA, 2008).

---

<sup>3</sup>De acordo com o dicionário a palavra socius tem origem no *latim* e significava "aliado", "amigo", "camarada". Deu origem a diversas palavras em português tais como, "sócio", "sociedade".

<sup>4</sup>Lembremos também que a concepção guattariana de língua (linguagem) e de desejo também são entendidos sob uma ótica social, coletiva, ou seja, maquínica. Temos falado do conceito de inconsciente maquínico em termos gerais, procurando restringir ao uso que este conceito pode desempenhar na tarefa de explicitarmos o conceito guattariano de subjetividade. A preocupação com esta declaração justifica-se no fato de termos ciência de que este conceito possui complexidade e implicações muito maiores do que a que pode transparecer com nossas alusões. Essas implicações seriam ainda mais complexas e intrincadas no campo da práxis clínica esquizoanalítica (SOUZA, 2008, p. 75).

No campo do desejo, Merhy e Franco (2013), apresenta que o conceito de desejo pode ter a potência que impulsiona as práticas produtivas do trabalho em saúde, de acordo com os autores o desejo é o pensamento capital da esquizoanálise. Assim, os pensadores que formaram o constructo esquizoanalítico, disputam uma luta ao conceituar o desejo. Para os autores da obra *o Anti- Édipo* (2004), o desejo se constitui no inconsciente, e trata-se de energia produtiva, que impulsiona o sujeito a construir a realidade social, isto é, o desejo está relacionado com produção que inventa uma nova realidade, é a criação de um novo devir para a vida, o desejo é revolucionário, esse pensamento é o oposto ao conceito sobre o inconsciente proposto por Sigmund Freud.

Para Freud na obra *a interpretação dos sonhos* (2018), o desejo refere-se ao movimento psíquico que se conduz à identidade entre o que é perceptível no presente e as marcas das memórias deixadas pelas experiências de satisfação de uma demanda física. Deste modo, o desejo é um processo de desenvolvimento que prioriza o prazer, e busca realizar esse prazer, isto é a vivência da identidade entre a percepção do atual e as experiências ocorridas de satisfação na infância. No entanto, todo o processo de desdobramento do desejo limita-se ao campo simbólico.

Assim, o pensamento sobre desejo na perspectiva da psicanálise é contestado por entender que o desejo é a potência que move para a construção da sociedade, que constitui no campo do inconsciente, é formado pelas subjetividades, que na realidade social possibilita formar os sujeitos para protagonizar os processos de transformações. Estas mesmas pessoas, atuam nos processos de desconstrução e construção do mundo, possibilitando que os territórios existenciais se transformem. Outro conceito importante para compor os instrumentos cartográficos para avaliar o trabalho em saúde qualitativamente é o conceito de Trabalho Vivo em ato proposto por Merhy (1997), o autor busca resgatar para o campo da saúde coletiva o conceito e a força do trabalho vivo. Esse conceito de trabalho vivo é fundamentado no pensamento de Marx na obra *o capital em 1867*.

Logo, o trabalho vivo é caracterizado como o agenciamento<sup>5</sup> realizado pelos sujeitos, que têm como base a liberdade, criatividade e invenção. A produção de cuidado em saúde é contraditória, e o trabalho vivo pode se render à lógica ferramental de práticas de cuidado, ou seja, o trabalho morto, no entanto, a relevância conceitual do trabalho vivo em ato somada ao processo de trabalho em saúde, possibilita que os profissionais de saúde tenham autogestão

---

<sup>5</sup>AGENCIAMENTO OU DISPOSITIVO: é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical. Em um dispositivo, a meta a alcançar e o processo que a gera são imanentes entre si (BAREMBLITT, 2003, p. 135).

das suas próprias práticas de cuidado, ou seja razoavelmente o autogoverno sobre suas ações produtivas (MERHY; FRANCO, 2013).

### **3.3. O acolhimento como prática de cuidado nos processos de trabalho em saúde**

As discussões em torno dos processos de trabalho em saúde como componente principal da produção de cuidado, têm sido importantes para entender características específicas no campo da saúde, e nesta singularidade se estabelece a importância do trabalho vivo como processo produtivo do cuidado em saúde, potencializando transformações no ato que se produz, neste sentido os profissionais da saúde atuam através das linhas de força com o agenciamento ético do cuidado, que se apresentam pela condução das tecnologias de trabalho e pela produção de subjetividade que se movem para o cuidado em saúde (FRANCO; MERHY, 2012).

Para Merhy e Franco (2013), existe o reconhecimento que a produção de subjetividade opera na realidade, isto é, as singularidades como cada um ressignifica o trabalho e o cuidado compõem o agenciamento de qual maneira as ações em saúde são produzidas. Não é possível quantificar as práticas subjetivas no trabalho em saúde, pois a subjetividade pode estar presente nas ações que puramente prescritivas, ou incomumente, no acolhimento com a construção de vínculo entre o profissional e usuário, em qualquer contexto a subjetividade estará agenciando as alternativas para o cuidado. Logo, a subjetividade é um dos vários aspectos que constituem o campo do trabalho em saúde (FRANCO; MERHY, 2012).

Neste sentido, Marx (2013), expõe conceitos importantes sobre as relações entre o trabalho vivo e morto<sup>6</sup>, através das observações nos processos industriais. O trabalho morto consiste no trabalho anterior, já feito, no qual está introduzido nas máquinas e ferramentas de trabalho, trata-se de um trabalho que não gera nenhum produto, visto que já foi utilizado para isto. O trabalho vivo está relacionado ao trabalho em ato, ou seja, é o trabalho instantâneo, no momento em que é produzido, criativo, assim opera nas ações realizadas pelo profissional. Portanto, o trabalho vivo é controlado pelo próprio trabalhador, resulta no autogoverno das suas práxis, se concretiza no ato que o trabalhado é realizado (FRANCO; MERHY, 2012).

De acordo com Marx (2013), o trabalho é um processo entre a natureza e o homem, no qual o próprio homem através da sua prática, intervém, modera e controla sua vida com a

---

<sup>6</sup>O capital é trabalho morto, que, como um vampiro, vive apenas da sucção de trabalho vivo, e vive tanto mais quanto mais trabalho vivo suga (MARX, 2013, p. 392).

natureza. Assim, é explícita a relevância atribuída ao trabalho na história da humanidade, como o autor retrata em um trecho, que condiz com a leitura materialista da história:

Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 2013, p. 326, 327).

A força de trabalho em saúde está contextualizada no período histórico de manutenção e exploração advindas pelo capitalismo, como por exemplo as más condições de trabalho. Trata-se de um processo heterogêneo, pois existem diferentes pormenores que estão relacionados à hierarquização do trabalho e às especializações que determinam especificidades para os profissionais na atualidade. No entanto, é importante considerar que algumas profissões como a medicina, que tradicionalmente sempre esteve na primeira camada da pirâmide hierárquica, também está enfrentando as consequências da precarização do trabalho (SOUZA; ABAGARO, 2021).

No campo da saúde, os profissionais são responsáveis pelos processos de trabalho, considerando que a sua própria produção é ligada ao trabalho vivo, conforme o uso apropriado das tecnologias de cuidado que estão disponíveis. O conjunto de instrumentos de cada profissional é criado através da diversidade de elementos formados a partir dos encontros, na sua composição, nas vivências do mundo do trabalho e da vida, pois são estes componentes que estabelecem as tecnologias de cuidado. Desta forma, os profissionais não devem ser reduzidos a recursos humanos, e considerar que a produção de saúde e a subjetividade são indissociáveis (FRANCO; MERHY, 2013).

As experiências de trabalho nos substitutivos de saúde mental apresentam inúmeros desafios, já que o campo da saúde mental é constituído por aspectos históricos, culturais e sociais, que de certa forma colocam os profissionais da saúde mental na “turbulência” da luta antimanicomial. Esse movimento antimanicomial é o lugar onde estão as pessoas que buscam criar novos sentidos para mundo e para a vida, que propõem a liberação do desejo e formação de redes de acolhimento, tal como as discussões e críticas de como a saúde é produzida (FRANCO; MERHY, 2013).

Neste sentido, o acolhimento nos serviços de saúde possibilitam que o cuidado seja centralizado nos usuários, a partir das seguintes premissas: a) prestar atendimento a todos que buscam os serviços de saúde, assegurando acesso total; b) criar formas de organização dos processos de trabalho, com o foco de desconstruir a figura do médico como o profissional

central do serviço de saúde, e tornar a equipe multiprofissional tão importante quanto o profissional da medicina, formando um grupo de trabalhadores do acolhimento que deverá ser responsável em realizar a escuta qualificada com os usuários e familiares, assumindo o compromisso de solucionar as demandas de saúde das pessoas; c) melhorar a relação dos profissionais e usuários do serviço, a partir da lógica participativa, humanitarista e com garantia dos direitos civis (FRANCO;BUENO; MERHY, 1999).

Conforme os momentos relacionais acontecem com os usuários e os profissionais de saúde, verifica-se como essas relações acontecem, de maneira surpreendente mostra-se que sempre que acontecer os processos relacionais entre um usuário com um profissional da saúde, terá uma dimensão particular do trabalho em saúde, realizado por qualquer profissional da equipe, que contenha elementos de ações clínicas (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

As ações clínicas significam a junção entre necessidades e processos de intervenção orientados tecnologicamente, os quais objetivam operar sobre as necessidades de apresentação no encontro, na busca da implicação em manter e/ou recuperar uma certa forma de viver a vida. Esses encontros, que ocorrem entre duas pessoas, são produzidos em um espaço intercessor no qual existe a dimensão tecnológica do trabalho em saúde, com evidência clínica, sustentada na tecnologia das relações, território particular das tecnologias leves (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Neste contexto, o acolhimento consiste em um primeiro contato com quem procura o serviço de saúde, sendo posteriormente desenhada toda a sequência de atendimentos. Assim, todos os recursos do serviço são postos à prova: quem realizou o atendimento; o que se pode ofertar; de qual forma o acolhimento pode ser oferecido; avaliar e discriminar a demanda. Existem três aspectos para o acolhimento: técnica, postura e princípio de reorientação do serviço. Em relação ao aspecto da postura, consiste em uma conduta humanizada e receptiva do profissional ao receber o usuário no serviço, na escuta das demandas e no trato delas com uma relação de interesse mútuo, confiança e apoio (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Para o acolhimento enquanto técnica ocorre com o uso do saber profissional para elaborar respostas ao usuário; quando se refere à equipe multiprofissional, acontece a transversalidade dos saberes, com foco na superação do conhecimento fragmentado, a fim de construir novas respostas às demandas emergentes. E por fim, o acolhimento no aspecto da reorientação do serviço está centrado na proposta do projeto organizacional, que é o princípio que conduz o trabalho dos profissionais, o processo em equipe, a procura de capacitação, pode-se dizer que o acompanhamento consiste em investigar a qualidade da assistência (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Assim, em todo lugar acontece um encontro – enquanto trabalho no campo da saúde – entre profissional e usuário. Esse encontro produz processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que têm como objetivo promover relações de escuta e responsabilizações, as quais se articulam com a criação dos vínculos, além de levar ao comprometimento nos projetos de intervenção. Dessa forma, tais encontros visam atuar sobre necessidades em busca de produzir algo que possa minimizar o sofrimento psíquico do usuário e/ou promover saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Logo, a possibilidade de construção de vínculos acontece a partir do encontro, que em alguma proporção irá impactar positivamente nas demandas de saúde, no sentido de que essas construções presumem a interação entre os sujeitos. Dessa forma, compreende-se que a base fundamental do trabalho em saúde é o encontro, o que significa que a produção se realiza entre profissional e usuário (FARIA; ARAUJO, 2010).

Quando acontece o encontro, ambos devem agir para possibilitar resultados positivos diante das demandas de saúde; assim, torna-se importante o vínculo, a implicação e a coparticipação entre esses sujeitos. Nessa perspectiva, é fundamental acolher as particularidades, isto é, o original e criativo que surge dos encontros, e compreender que ambos – trabalhador e usuário – são pessoas ativas no processo de produção de saúde (FARIA; ARAUJO, 2010).

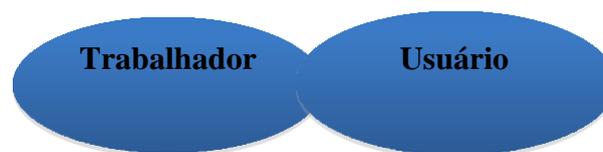
Para Ayres (2004), o fundamental na importância do cuidado nas práticas de saúde está relacionado ao desenvolvimento de ações e espaços de encontro intersubjetivo, de exercitar um conhecimento prático para saúde, amparados na tecnologia, mas sem permitir se resumir a ela. Uma ação em saúde vai além de tratar um objeto: a intervenção técnica se integra genuinamente com o cuidar. Assim, a ideia da intervenção não se resume a alcançar um estado de saúde pensado a priori, nem tampouco à aplicação mecânica das tecnologias colocadas à disposição para chegar a este estado, e sim analisar a relação entre finalidades e meios e seu significado prático para o sujeito, conforme um diálogo mais horizontal possível entre o profissional e o usuário.

Franco, Bueno e Merhy (1999), destacam a importância do trabalho vivo com suas tecnologias e implicações como possibilidades que permitem pensar os processos de trabalho a partir do encontro, como podemos observar no seguinte excerto:

Esses processos intercessores – como o acolhimento – são atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-los analiticamente é criar a possibilidade de pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde circula o trabalho vivo em saúde, expondo o seu modo privado de agir à um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, com base em uma ótica usuário-centrada. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 346).

Para Merhy (2013), o espaço intercessor (quando acontece o encontro entre o trabalhador e o usuário, no interior de um processo de trabalho, na produção do cuidado) é parecido com a construção de um espaço comum, no qual há uma intervenção mútua. Por essa razão, tem a característica de processo intercessor e não uma intersecção simplista, pois se constitui a lógica bilateral da produção em ato micropolítico, que pressupõe a produção de um no outro. A dinâmica mais comum dos processos de trabalho em saúde que fazem atos instantaneamente de assistência com o usuário é a denominada "intersecção partilhada", conforme o diagrama abaixo:

**Figura 1.** Diagrama da "intersecção partilhada".



Fonte: Adaptado, Merhy (2013).

Entretanto, o acolhimento mostra-nos outra possibilidade: a de arguir sobre o processo de produção da interação usuário-serviço a partir da acessibilidade, no momento das práticas receptoras dos sujeitos de um serviço de saúde. Diante dessa perspectiva, como uma fase desse processo de produção, o acolhimento opera como um dispositivo que gera ruídos sobre as situações nas quais o serviço de saúde institui seus mecanismos para receber os usuários, enquanto determinadas formas de trabalho em saúde se unificam na produção de um reconhecimento mútuo de responsabilidades e direitos, sendo estes institucionalizados pelos serviços conforme determinados modelos de atenção à saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo misto quantiqualitativo do tipo descritivo exploratório. Os dados quantitativos foram analisados e interpretados a partir da análise estatística descritiva. Assim, a análise descritiva é considerada o início da análise dos dados coletados, deste modo, a estatística descritiva tem como finalidade descrever, resumir e organizar os elementos importantes dos conjuntos de características que foram observadas ou deve ser utilizada para comparar dois ou mais conjuntos. Os instrumentos descritivos são diferentes tipos, como tabelas, gráficos e quadros, bem como, as medidas de síntese como índices, médias e porcentagens (REIS; REIS, 2002).

A análise de conteúdo foi utilizada para análise dos dados qualitativos do estudo. O estudo qualitativo está relacionado ao envolvimento com os motivos, a intencionalidade e os planejamentos dos sujeitos, cuja as ações, as estruturas e as dinâmicas relacionais tornam -se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993). A coleta de dados se dá no ambiente natural, enquanto o pesquisador é a ferramenta chave; assim, a pesquisa é descritiva e o pesquisador analisa os dados coletados pelo método indutivo. A dinâmica processual e o seu significado são os pontos essenciais da abordagem (PRODANOV; FREITAS, 2013). O **quadro 1** refere-se à categoria de análise dos objetivos específicos:

**Quadro 1.** Modelo de análise.

OBJETIVO	UNIDADES DE ANÁLISE
Perfil dos profissionais dos CAPS	Idade, origem, local de moradia.
	Formação (graduação/pós-graduação) e Educação permanente (ações realizadas pela SMS ou por iniciativa do trabalhador)
	Trajetória profissional na saúde mental e as condições de trabalho (tempo de trabalho no CAPS atual, tipo de relação trabalhista, carga horária e estruturas físicas dos substitutivos)

Descrever as percepções que os profissionais têm acerca do acolhimento;	Percepções sobre de acolhimento e como se sentem ao realizar o acolhimento
Identificar e analisar as práticas de acolhimento que são realizadas pelos profissionais dos CAPS	Tipos de acolhimento que são realizados
	Características do acolhimento
	Profissionais que participam das práticas de acolhimento.
	Facilidades para realizar o acolhimento
	Dificuldades para realizar o acolhimento
	Construção de vínculo (continuidade do cuidado, Projeto Terapêutico singular)
	Organização da agenda
	Estrutura física dos CAPS.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

## 4.2 Campos de investigação

Os campos de pesquisa definidos são os Centros de Atenção Psicossocial de diferentes modalidades do município de Feira de Santana. A cidade conta com dois substitutivos CAPS II. O CAPS II Dr. Silvio Luís Santos Marques fica localizado na Rua Elpídio Nova, nº 272, Bairro São João, e o CAPS II Dr. Oscar Marques fica situado na Rua Georgina Erisman, nº 186, Centro. O território também conta com um dispositivo CAPS III, situado na Rua Francisco Martins da Silva, nº 239, Ponto Central. O CAPSad (Álcool e outras drogas) está localizado na Rua Paris, nº 41, no bairro Santa Mônica. O CAPSad oferece acolhimento no controle da dependência e uso abusivo de substâncias psicoativas.

O CAPSi (Infanto-juvenil) Osvaldo Brasileiro Franco está localizado na Rua Paris, nº 41, Santa Mônica. O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. O horário de funcionamento de todos os CAPS do município é das 7h às 18h, de segunda a sexta-feira (exceto feriados).

### 4.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de nível superior que atuam nos CAPS nas diferentes modalidades, assim como, os técnicos de nível médio que integram o serviço de saúde mental. Para que os profissionais participem da pesquisa, foi utilizado como critério de inclusão atuar no substitutivo de saúde mental no período mínimo de seis meses e não estar afastado da unidade por licença prêmio ou médica no momento da coleta. A **tabela 1** a seguir, apresenta a quantidade de profissionais de nível técnico e superior que atuam nos CAPS no município de Feira de Santana.

**Tabela 1.** Quantidade de profissionais por categoria que atuam nos CAPS em 2022.

<b>UNIDADES</b>	<b>CAPS II (Ambulatório)</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPSi</b>	<b>CAPSAD</b>	<b>TOTAL</b>
<b>PROFISSIONAIS</b>	4	3	4	3	1	<b>15</b>
Médico-psiquiatra						
Enfermeiro	3	3	10	2	3	<b>21</b>
Psicólogo clínico	3	4	4	3	2	<b>16</b>
Pedagogo	2	1	1	2	1	<b>7</b>
Assistente social	2	2	2	2	2	<b>10</b>
Terapeuta ocupacional	0	0	1	0	2	<b>3</b>
Fonoaudiólogo	0	0	0	1	0	<b>1</b>
Médico clínico	0	2	0	0	2	<b>4</b>
Técnico em Enfermagem	3	2	13	1	3	<b>22</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, DATASUS, 2022.

Diante do quantitativo de profissionais que consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, é importante ressaltar que foi verificado durante a coleta de dados, que o número de trabalhadores dos CAPS não corresponde ao que está apresentado no sistema do CNES/DATASUS. Para garantir a privacidade e o sigilo dos participantes do estudo, foi utilizado códigos de identificação para o preenchimento do formulário eletrônico.

Buscando deixar os participantes confortáveis durante todo o período do estudo, todas as informações que garantam os aspectos éticos envolvendo os participantes foram registrados no TCLE.

#### **4.4 Coleta de dados**

Para a coleta de dados foi aplicado um formulário eletrônico (ANEXO B) para ser respondido pelos profissionais dos CAPS e que contempla: 1) Perfil dos profissionais que atuam nos CAPS (informações sociodemográficas, formação, educação permanente e trajetória no campo da saúde mental); 2) Percepções que os trabalhadores têm acerca do significado de acolhimento e como estes profissionais se sentem ao realizar o acolhimento; 3) Práticas de acolhimento realizadas nos CAPS. Este formulário consiste em perguntas objetivas e discursivas. Foi realizado um diário de campo durante as visitas ao CAPS nos momentos das visitas iniciais e também das reuniões com as equipes.

Para armazenamento e análise dos dados, foi utilizada a plataforma web REDCap (*Research Electronic Data Capture*), para elaborar e gerenciar bancos de dados e pesquisas no formato online. Os recursos da REDCap viabilizam construir projetos de forma rápida como também pode servir para adaptar de maneira virtual a coleta de dados, fazendo a substituição dos formulários em papel. A plataforma tem parceria com a UEFS.

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas, a saber: planejamento e levantamento de dados. O processo de planejamento da pesquisa teve como objetivo organizar o processo das ações que foram empregadas em campo para coletar os dados. Para tanto, foi elaborado um cronograma. A coleta de dados foi realizada no período de 13/09/2022 a 03/11/2022. Para aplicação do formulário eletrônico com os profissionais dos CAPS, e para complemento das análises foi construído um diário de campo com observações relevantes durante a produção dos dados. No total, foram realizadas 10 visitas em todos os CAPS.

#### **4.5 Análise e interpretação dos dados**

Os dados desta pesquisa foram analisados de forma sistemática através do processo de categorização de informações, e por meio da análise estatística descritiva e análise de conteúdo foi feita a interpretação das respostas dos formulários. Formulando significados e avaliando especificamente as perspectivas dos participantes acerca da problemática do estudo.

O processo analítico dos dados ocorreu de modo quantitativo (análise descritiva) sobre o perfil dos profissionais: informações sociodemográficas, formação e trajetória dos profissionais no campo da saúde mental, tal como na abordagem qualitativa (análise de conteúdo) referente às perguntas sobre as percepções do significado de acolhimento e as práticas realizadas nos CAPS.

A análise de conteúdo configura-se como grupo de técnicas de análise das comunicações que faz uso de recursos sistemáticos para a descrição das informações contidas nas mensagens. Desse modo, a técnica de análise de conteúdo é atribuída tanto ao conteúdo das figuras de linguagem, entrelinhas, reticências, quanto ao conteúdo expresso (BARDIN, 2011).

Deste modo à organização da análise a partir dos resultados da pesquisa em questão, se constituiu, segundo Bardin (2011), em três etapas que foram seguidas de forma cronológica: pré-análise, essa etapa consistiu na organização dos dados que envolveram as respostas dos formulários eletrônicos a serem submetidas à análise, a formulação de hipóteses e a elaboração de indicadores. Inicialmente foi construído um *corpus* de acordo com os três eixos das perguntas, em seguida foi realizada uma leitura das respostas transcritas, a fim de conhecer o que foi escrito e definir as categorias de análise.

Na etapa da exploração do material, foi realizada a administração sistemática, isto é, foram aplicados os procedimentos de maneira manual com o propósito de codificar ou enumerar os dados em função de regras previamente estabelecidas. O processo de codificação ocorreu através de recortes, a partir das categorias de análise: Perfil dos profissionais dos CAPS; percepções sobre acolhimento; as práticas de acolhimento realizadas nos CAPS.

E por fim, o tratamento dos resultados do estudo e a interpretação. Nesta fase, foram produzidas conclusões e interpretações de acordo com os objetivos estabelecidos no estudo. Assim, os resultados foram inicialmente detalhados em cada categoria, mencionada anteriormente, e em seguida dialogando com a literatura já publicada sobre as questões levantadas.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Por se tratar de um estudo envolvendo diretamente a participação de seres humanos como sujeitos da pesquisa, e em consonância às questões de ordem ética e bioética, considerando o respeito à autonomia dos sujeitos e populações, este estudo foi apreciado e aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no dia 01 de maio de 2022, mediante parecer nº 5.380.161. (ANEXO A)

Assim, foi necessária a aplicação do instrumento de declaração de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como a observância dos critérios estipulados para pesquisas em saúde com seres humanos das Resoluções nº 466/12, nº 510/16 e nº 580/18 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, 2016, 2018), que regem os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos garantindo o sigilo e o anonimato dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para a construção da análise e discussão foram desenvolvidas três categorias que contemplam a análise dos objetivos do estudo. As unidades de análise para a construção dos resultados e discussão da pesquisa consistem em: Características do perfil dos trabalhadores dos CAPS, (formação, educação permanente e trajetória no campo da saúde mental); Percepções sobre o significado de acolhimento; Ações de cuidado e acolhimento nos CAPS.

Analisaram-se os dados de modo quantitativo meramente descritivo relacionada às perguntas objetivas, assim como, por meio da abordagem qualitativa através da técnica de análise de conteúdo referente às perguntas discursivas. Nas observações registradas no diário foi possível perceber que existem algumas dificuldades que estão presentes no cotidiano dos CAPS. Durante as primeiras visitas aos CAPS foi verificado que existe uma alta demanda nos atendimentos para poucos profissionais. Além disso, observou-se falta de medicamentos essenciais para os usuários. Houve também o desconhecimento por parte de alguns profissionais sobre o que se trata identidade de gênero.

A produção de dados do estudo foi realizada no período de setembro a novembro de 2022. Foram convidados todos os profissionais dos CAPS em diferentes modalidades, totalizando 112 profissionais de acordo com os coordenadores dos CAPS, no entanto apenas 29 trabalhadores responderam o formulário.

Inicialmente, em conversas prévias com os coordenadores dos CAPS, ficou estabelecido que seria adequado convidar os trabalhadores para participar do estudo nos dias das reuniões semanais que ocorrem nestes substitutivos. Foram realizadas visitas in loco,

com participação nas reuniões semanais, conversando pessoalmente com os trabalhadores e coordenadores dos diferentes CAPS. Foram 5 reuniões, divididas em dias diferentes em cada serviço, exceto em um dos CAPS II e no CAPS III que a coleta de dados aconteceu no mesmo dia, porém em turnos diferentes.

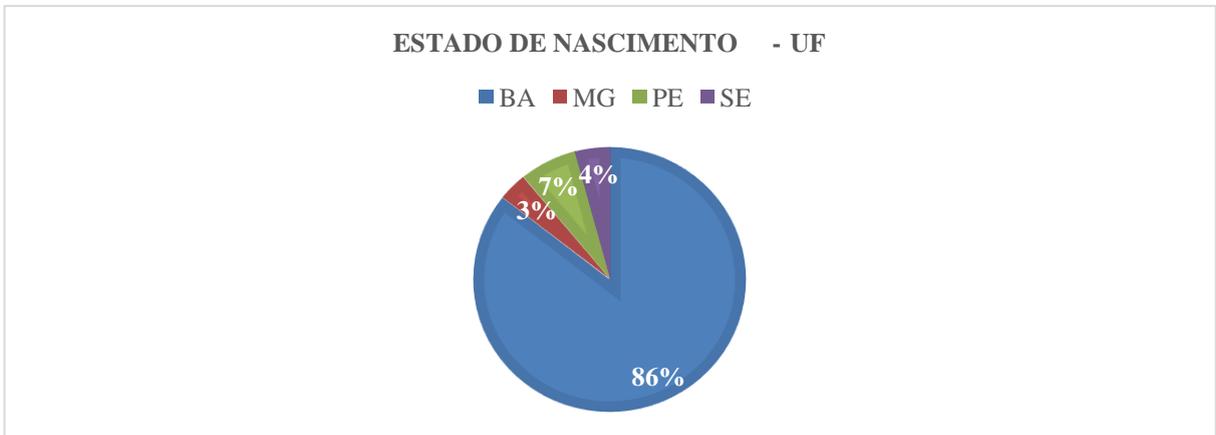
Deste modo, além da aplicação do formulário durante as reuniões, foi enviado o link que dá acesso às perguntas do formulário via WhatsApp para os grupos dos profissionais que atuam nos CAPS, considerando os critérios de exclusão da pesquisa, os participantes que se encontravam em licença médica e aqueles que estão atuando no serviço por menos de três meses. O período estabelecido para o preenchimento do formulário foi entre os dias 13 de setembro a 03 de novembro de 2022.

## **5.1 Características do perfil dos trabalhadores dos CAPS: dados sociodemográficos, formação e trajetória no campo da saúde mental**

### **5.1.1 Dados sociodemográficos**

As idades dos trabalhadores que responderam o formulário variam entre 25 a 70 anos. Do total de profissionais que responderam às perguntas do formulário, 10 trabalhadores (35%) têm entre 36 a 40 anos, 6 trabalhadores têm entre 41 a 45 anos (21%) e 5 têm entre 56 a 60 anos (17%). Em relação à naturalidade, 25 profissionais informaram ter nascido na Bahia correspondendo a 86%, e os demais responderam ter nascido em outros Estados, como apresentado na figura 2. Sobre o município de nascimento, 62% dos profissionais responderam ter a naturalidade no município de Feira de Santana. Os outros trabalhadores que responderam sobre a naturalidade em outros municípios baianos e municípios fora do estado da Bahia somados totalizam 38%.

Todos os trabalhadores informaram residir no município de Feira de Santana, e em relação a quanto tempo são munícipes de Feira de Santana, a grande maioria respondeu desde sempre, o total de 22 trabalhadores (76%) e apenas 7 profissionais (24%) residem na cidade há menos de 5 anos. Assim, torna-se compreensível que sobre a residência e naturalidade, podemos concluir que a região consegue formar profissionais para os CAPS e que estes profissionais por serem da região, em sua maioria, conhecem a cultura e realidade da população.

**Figura 2** – Estado de Nascimento dos profissionais que atuam nos CAPS

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Sobre o quesito raça/cor, a raça autodeclarada em sua maioria de pardos 69%, os brancos chegaram a 17% e 14% se autodeclararam negros. Quanto ao estado civil dos profissionais, a maior parte declarou estar casado ou estar em união estável, o que corresponde a 55%. No que se diz respeito a identidade de gênero o maior número dos profissionais dos CAPS são mulheres cis, equivalente a 76%.

Diante dos resultados referentes a gênero, raça e sobrecarga de trabalho em saúde, culmina predominantemente no gênero feminino, entretanto um ponto chamou atenção sobre as dúvidas dos profissionais sobre o significado de identidade de gênero. Essa observação fez parte dos registros no diário de campo, demonstrou que os profissionais não conseguem distinguir as diferentes identidades de gênero e alguns não entendiam como se autodeclarar em relação ao gênero. Assim, podemos pensar que os profissionais de saúde, especificamente da atenção psicossocial desconhecem nomenclaturas das identidades de gênero, o que pode resultar em fragilidades para acolher possíveis usuários que não se identificam como cis gêneros.

O entendimento sobre o que é ser mulher ou ser homem parte da definição em termos culturais, baseado em paradigmas de feminilidade e masculinidade principalmente, que resultaram em normas e regras seguidos pelas pessoas em suas interações sociais nas relações de gênero. As relações de gênero se constituem a partir das diferentes organizações culturais, e também organiza a hierarquia entre os indivíduos de acordo com o sexo, intermediadas pelas relações de poder presentes nos diferentes cenários sociais (LAMAS, 2000; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2005; SCOTT, 1995).

No contexto da saúde, estudos mostram as implicações dos processos de marginalização social e na falta de acesso da população LGBT aos serviços de saúde, apontando casos de preconceito e hostilidade nos serviços, assim como, a falta de exames físicos, dificuldade em entender as orientações médicas, e desrespeito ao nome social. Mesmo em serviços especializados, vistos como mais qualificados, as situações de discriminação são frequentes nestes espaços, por isso, tem sido enfatizado a importância de capacitar os profissionais de saúde, tendo em vista a humanização e respeito as diferentes identidades de gênero e de orientação sexual (SANTOS et al, 2015; ROCON et al, 2016; MOSCHETA, SOUZA, SANTOS, 2016; TAGLIAMENTO, PAIVA, 2016; SOUSA, FERREIRA, SA, 2013).

Com o decorrer do tempo a população trans vem ganhando visibilidade e recolhimento social no Brasil, resultado da formação enquanto sujeitos políticos. A Constituição Federal de 1988 e o protagonismo do movimento LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, queer, intersexo, assexual e outras identidades de gênero e orientações sexuais) têm viabilizado o fortalecimento das discussões sobre os modos de vida dessa população e o fomento de políticas públicas pautadas na garantia de direitos e exercício pleno da cidadania (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

Em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT trouxe mudanças no cuidado a esse público, como por exemplo o uso excessivo de medicamentos e a garantia do uso do nome social. No ano de 2016, essas pautas foram novamente discutidas em novas ações governamentais voltadas à saúde integral, humanização no atendimento e respeito a esse público, reforçando as atribuições do Estado frente às suas demandas (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

Entretanto, as relações de gênero e trabalhadores da saúde nos diferentes níveis de assistência ainda são pouco discutidas. Deste modo, estudar a compreensão que esses profissionais atribuem a feminilidade e masculinidade e aos cuidados com a saúde é importante, pois pode amplificar o conhecimento sobre gênero no âmbito da saúde. Estimular essa discussão possibilita reconhecer as desigualdades de gênero e oportunizar ações de formação contínua, que busquem garantir a equidade e a integralidade nos diferentes níveis de atenção à saúde (COSTA-JÚNIOR; COUTO; MAIA, 2016).

Deste modo, o acolhimento em saúde mental possibilita o diálogo livre e constante com os usuários, compreendendo a relação entre identidade de gênero e saúde mental. São necessárias discussões mais ampliadas, considerando a importância do acolhimento para cada

pessoa, assim possibilitando que cada um possa se reconhecer na sua identidade de gênero, permitindo que as pessoas vivam de forma livre e autônoma, isto é, um lugar possível para a existência de corpos e subjetividades que fogem do binarismo de gênero. (CABRAL; MUÑOZ, 2021)

Tradicionalmente, os trabalhos de cuidado especificamente na área da enfermagem já eram ocupados principalmente por mulheres, à medida que os homens dominavam as áreas com maior status social como a medicina (BONNIOL et al., 2019). De acordo, com Hirata e Kergoat (2007), dentro do papel construído para a mulher, surge a discussão sobre a divisão sexual do trabalho. Para ela, a divisão construída socialmente se fundamenta no princípio que deve existir a segmentação do trabalho entre os gêneros feminino e masculino, em decorrência do sexo biológico, constituindo diferenças na distribuição dos dois gêneros no mercado de trabalho.

Neste sentido, esta divisão desigual resulta no excesso de horas trabalhadas pelas mulheres como um todo. Pois, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, elas também são responsáveis, além do trabalho fora de casa, das atividades esfera privada, como os cuidados com a casa, com as crianças, com as pessoas enfermas, desempenhando diversos papéis (BONNIOL et al., 2019).

De acordo com Boniol et al., (2019), mesmo com mudanças nessas diferenças entre os gêneros sobre as horas trabalhadas e as distintas ocupações entre homens e mulheres, ainda existe uma lacuna inexplicável de 11, 2% entre a remuneração dos dois gêneros dentro da mesma atividade laboral e trabalhando com a mesma carga horária. Por outro lado, a mulher tem o maior papel no trabalho não remunerado, desempenhado em casa (trabalho doméstico, cuidado com as crianças etc.) que, além da escassez de tempo, acaba deixando as mulheres sobrecarregadas.

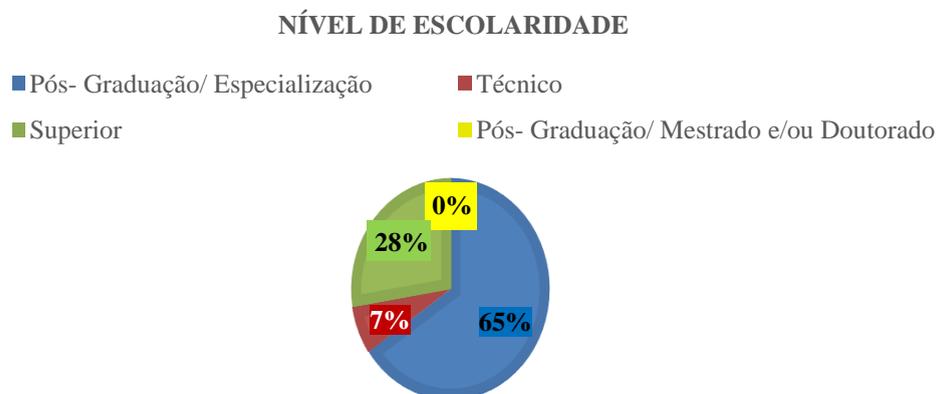
Assim, esse trabalho reprodutivo e exaustivo realizado pelas mulheres é parte do que fundamenta o trabalho produtivo dos homens e que de certa forma permite garantir o maior acúmulo de renda, estabelecendo assim a desigualdade dos gêneros (FRASER, 2019; SANTOS, 2011). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2020), as mulheres em geral dedicam 10,4 horas a mais semanalmente às atividades domésticas, comparado aos homens, sendo essa taxa de realização de afazeres maior entre as mulheres independente de cor, raça ou idade.

### 5.1.2 Formação e Educação Permanente

Do total dos profissionais que responderam às questões, 86% estudaram o ensino médio em escolas públicas, somente 14% dos trabalhadores dos CAPS concluíram o ensino médio na rede privada. Em relação ao nível superior ou técnico, 28% dos profissionais responderam que estudaram em instituições públicas, e 72% informaram que estudaram o nível superior em instituições privadas.

Neste sentido, entende-se que existem diferenças no que se refere aos tipos de redes na formação destes profissionais, por um lado os profissionais têm a formação base em instituições públicas e por outro ao chegarem no ensino superior são formados em instituições privadas. Assim, torna-se importante analisar quais circunstâncias provocam a formação da grande parte dos profissionais da saúde em instituições privadas. Em relação ao nível de escolaridade dos profissionais participantes, a maioria informou possuir pós-graduação/especialização, correspondendo a 65%, enquanto os demais informaram possuir formações dos níveis técnico e superior totalizando 35%. A **figura 3** abaixo, ilustra os níveis de escolaridade dos trabalhadores dos CAPS.

**Figura 3-** Nível de escolaridade dos trabalhadores dos CAPS



Fonte: Elaborado pela autora, 2023

No que tange sobre a educação permanente, foi perguntado aos profissionais se eles participaram de cursos oferecidos pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. De todos, apenas 13 informaram ter participado em no mínimo quatro cursos. Neste mesmo sentido, foi perguntado se os trabalhadores fizeram cursos pagos ou gratuitos ofertados por alguma instituição, a maior parte respondeu não ter feito nenhum curso tanto pago (79%), quanto sem custos (48%).

Referente à formação dos profissionais de nível superior que atuam nos CAPS que participaram da pesquisa, 2 são educadores físicos, 4 assistentes sociais, 7 enfermeiros, 4 pedagogos, 9 psicólogos e 1 médico. Os profissionais que trabalham como técnicos em enfermagem são 2. Vinte profissionais responderam não ter feito mais de uma graduação. Sobre os cursos de especializações (pós-graduação *lato sensu*) informados pelos trabalhadores observam -se que os cursos feitos se referem aos campos da psicologia com ênfase em saúde mental, saúde pública e coletiva. Nenhum profissional informou possuir pós-graduação *stricto sensu*.

### 5.1.3 Trajetória profissional e condições de trabalho no campo da saúde mental

No formulário os profissionais também informaram há quanto tempo eles atuam no campo da saúde mental. De acordo com as respostas, a maior parte dos trabalhadores atuam no campo da saúde mental há mais de 6 anos, demonstrando que os trabalhadores têm experiência significativa na área. A **tabela 2** apresenta o tempo de atuação dos trabalhadores no campo da saúde mental.

**Tabela 2-** Tempo de atuação dos profissionais no campo da saúde mental

Tempo	Número de profissionais
Menos de 1 ano	2
1 a 3 anos	6
4 a 6 anos	1
Mais de 6 anos	20
<b>Total</b>	<b>29</b>

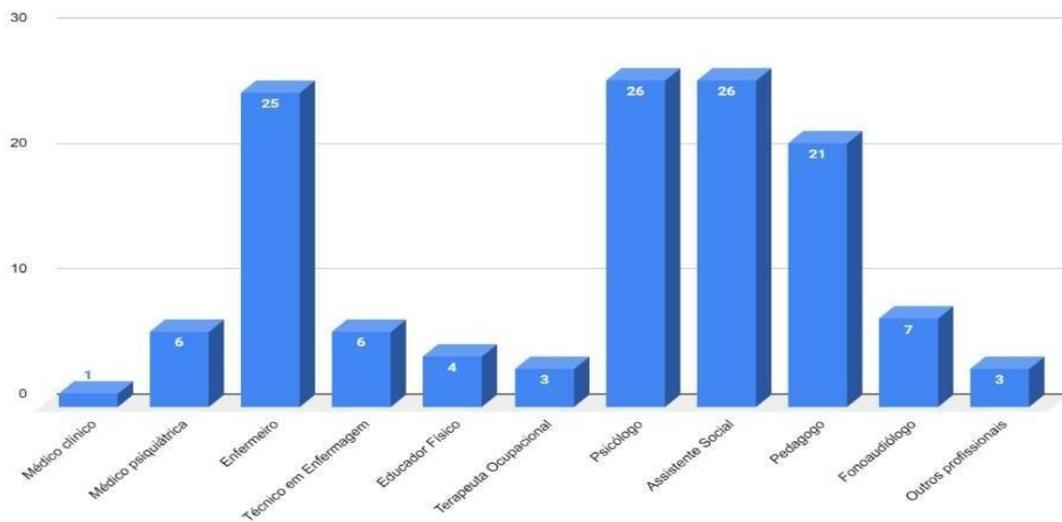
Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Neste mesmo sentido, foi perguntado há quanto tempo os profissionais atuam nos CAPS, grande número de trabalhadores informou que trabalham nos CAPS mais de 6 anos, a quantidade de profissionais que informaram atuar durante esse tempo foram 19 trabalhadores, o que corresponde a 66% dos profissionais. A carga horária de trabalho destes profissionais é em sua maioria (26 trabalhadores) de 30 horas semanais. Com relação ao tipo de contrato trabalhista, 59% dos profissionais responderam que mantém o vínculo através de vínculo terceirizado.

Sobre a questão relacionada aos trabalhadores que realizam as práticas de acolhimentos nos CAPS, observou-se que as ações de acolher os usuários e os familiares se concentram nos seguintes profissionais: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e os pedagogos. Importante ressaltar, que foi observado de acordo com as respostas nos formulários que os médicos clínicos e os psiquiatras não realizam práticas de acolhimento, assim podemos pensar que além da hegemonia do modelo biomédico nos CAPS existem também atividade médica limitada a receitar psicotrópicos.

A **figura 4** abaixo, representa quais profissionais realizam o acolhimento nos CAPS e em cada coluna o quantitativo dos trabalhadores que responderam em cada área profissional.

**Figura 4** - Profissionais que realizam as práticas de acolhimento nos CAPS



Fonte: Elaborado pela autora, 2023

## 5.2 Percepções sobre o conceito de acolhimento

Foi perguntado aos profissionais quais as percepções que eles têm sobre acolhimento. Nas respostas, foi expressado que o acolhimento consiste na escuta sensível e empática, para conhecer as necessidades dos usuários e responsáveis, um momento para criar vínculo, dar atenção e cuidado aos usuários e seus familiares. Os verbos mais usados nas respostas foram: doar, ajudar, recepcionar, receber, apoiar, criar confiança. Para alguns profissionais, o acolhimento é compreendido como um procedimento pontual e que acontece no início do tratamento quando os usuários chegam nos CAPS, como citado por alguns profissionais:

“A percepção das necessidades e questões biopsicosocial dos indivíduos que apresentam suas demandas com uma escuta sensível e empática” (P. 10)

“Acolher é estar disposto a doar-se, a ouvir e ser apoio naquele momento.” (P.18)

“Acolhimento inicial ao paciente que chega ao serviço de saúde mental pela primeira vez, consistindo em escuta qualificada, mapeamento sintomático, triagem e intervenção genérica. Acolhimento em crises, com intervenção verbal, farmacológica e suporte material a sofrimento agudo dos pacientes. Acolhimento em tempo integral em unidade que permita o tratamento em tempo integral 24hs por período limitado, equivalente ao antigo termo "internação", em fases críticas do processo de doença ou após exaustão das estratégias terapêuticas.” (P.10)

“Acolhimento é uma triagem de avaliação e entendimento de onde começar o urgente, o tratamento adequado. Onde os profissionais conseguem visualizar por onde começar com cada pessoa.” (P.03).

Já para outros, o acolhimento está relacionado ao processo de cuidado, pois definem o acolhimento de forma mais ampla e que pode ser realizado em diferentes situações. Foi expressado, que através do acolhimento às demandas do usuário podem ser identificadas, e a partir disso, os profissionais poderão assumir posturas mais resolutivas:

“Receber o usuário e tentar atender e encaminhar as demandas do mesmo, com o máximo de resolutividade” (P.02)

“Da início a assistência ao paciente como um todo, analisando, fazendo uma escuta qualificada, e direcionando para o tratamento adequado” (P. 17)

As práticas são resolutivas quando dão respostas positivas ao sujeito que procura pelo serviço de saúde, não se resumindo exclusivamente pela cura de patologias, mas também

através da diminuição do sofrimento e da manutenção e promoção da saúde. A resolutividade pode ser observada a partir de dois aspectos: a habilidade de atender os problemas e o encaminhamento daqueles que precisam de cuidados especializados. No campo da saúde mental, a análise da resolutividade de um serviço está relacionada à mensuração de resultados, sobretudo a ações de cuidado oferecidas pelo serviço de saúde (ROTOLI et al., 2019).

Entretanto, alguns trabalhadores encaram o acolhimento em uma perspectiva reducionista, isto é, têm uma visão mais limitada sobre o que significa acolher usuários e familiares. Um dos profissionais quando responderam em dar informações:

“É passar informações do funcionamento do caps e os serviços que são oferecidos.”  
(P.07)

“Abertura para escuta e compartilhamento com formato de elaboração de dados.”  
(P.20)

Quando perguntado como eles se sentem ao realizar o acolhimento, a maioria se diz satisfeitos e felizes em estar possibilitando cuidado aos usuários, como representados nas seguintes respostas:

“Com a convivência com os pacientes os técnicos conseguem com o diálogo mais frequente colher informações que nem no acolhimento eles conseguem falar. Eu me sinto feliz em saber que eles conseguem dividir com a equipe informações que às vezes não tem coragem de falar” (P 03).

“Há sempre uma satisfação, em concluir um bom direcionamento. Tal ato, vai culminar em resposta sempre positivas, ainda que o acolhido, não venha a fazer uso dos serviços do CAPS” (P.15)

“É muito gratificante, principalmente que muitas pessoas chegam procurando a pessoa que as escutem. A maioria das vezes não encontram em casa. E você tá podendo ajudar com uma palavra é muito bom.” (P.21)

### **5.3 Práticas de acolhimento nos CAPS**

Foi perguntado aos profissionais quais práticas eles realizam nos CAPS e qual dessas práticas eles consideram primordiais nos substitutivos. De acordo com as respostas dos trabalhadores, as ações de acolhimento consistem em: terapia individual e em grupo, triagem, escuta qualificada, sala de espera, construção do PTS, encaminhamento, orientações para consultas/ exames, uso de medicamentos e visita domiciliar. Observa-se que as práticas de

acolhimento estão ofertadas a partir de um conjunto de procedimentos, como demonstrado nas respostas dos trabalhadores:

“As técnicas de acolhimento do CAPS são desde o agente de portaria a recepção e até o momento da triagem pelo profissional técnico que vai avaliar se aquele usuário tem um perfil para tratamento no caos ou seria você será direcionado para outra unidade” (P.11).

“Acolhimento terapia em grupo terapia individual, oficinas terapêuticas, sala de espera administração e liberação de medicamentos” (P.02)

“Escuta, triagem, projeto terapêutico singular” (P.13)

Diante disso, é importante pensar, sobre a resignificação do acolhimento, enquanto ferramenta importante para o encontro de pessoas equivalentes, no sentido de possibilidades de novos modos de viver, isto é, encarar o encontro com o outro como propulsor de novos sentidos para produzir nas maneiras de vida e não somente como estipulador de fluxos e resoluções rápidas das demandas do usuário (GIORDANI et al., 2020).

Quando perguntado sobre quais práticas de acolhimento não devem deixar de serem realizadas nos CAPS, a maioria respondeu que a escuta qualificada é um recurso indispensável durante o acolhimento aos usuários e familiares. Assim, compreendem que a escuta permite a construção de vínculo no processo de cuidado, como expressado nas respostas dos profissionais:

“Escuta atenta paciente/familiar” (P.01)

“Uma escuta limpa, que respeite a singularidade de cada sujeito” (P. 05)

“A questão técnica a escuta qualificada e a empatia.” (P.11)

“Escuta qualificada, atendimento humanizado, promoção e prevenção”.  
(P.14)

Deste modo, os encontros começam a partir da escuta qualificada bastante citada pelos profissionais dos CAPS, a escuta das demandas, permanecer atento às falas dos usuários, ter uma postura empática. Todos esses fatores estão atrelados à consolidação do vínculo.

A escuta qualificada trata-se de um instrumento importante para que os usuários sejam assistidos a partir da perspectiva do cuidado integral em saúde; através da escuta, os laços são construídos, as relações de acolhimento são produzidas, se estabelece o respeito às diferenças, assim como, o encontro singular de quem cuida e de quem é cuidado (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

### 5.3.1 Condições facilitadoras para o acolhimento

Sobre as questões relacionadas às condições favoráveis para a realização do acolhimento nos CAPS, os profissionais responderam (em sua grande maioria) que os ambientes físicos, oferecem boas condições para acolher os usuários, no entanto torna-se importante salientar que as instalações dos CAPS são recém inauguradas, deixando de ser residências alugadas e passando a ser sedes próprias, como relatado nas respostas:

“O ambiente hoje está muito mais organizado onde eles se sentem mais confortável.” (P.04)

“Ambiente tranquilo, sem ruídos na comunicação, um profissional preparado, e principalmente, o tempo dispensando para qualificação da escuta. (P.16)

No entanto, existe a exceção do CAPS AD que ainda permanece em uma residência alugada e os profissionais responderam que estão insatisfeitos com a estrutura física. Nas respostas a seguir os demonstram insatisfeito com o espaço:

“Porque estamos alocados numa casa alugada com poucas salas de atendimento”.  
(P.02)

“Por enquanto estamos em imóvel alugado que não tem acessibilidade nem muito espaço para nossa demanda” (P.26)

Neste sentido, foi observado que, apesar das boas condições das estruturas físicas da maioria dos CAPS, os profissionais ainda percebem que estes espaços não são acolhedores, enfatizando a importância de reavaliar o ambiente do substitutivo. Um profissional informa sobre a boa estrutura física do serviço, porém remete a ambiência hospitalocêntrica:

“Tem uma grande variabilidade de sala, no entanto precisa investir em conforto para os pacientes, um lugar que deve ser arrumado de modo que fique acolhedor. Reitero, a estrutura é excelente, o que falta é arrumar o lugar de forma mais acolhedora, pois o que impera é o modelo hospitalar” (P.05).

“Uma estrutura boa, mas algumas coisas que precisariam melhorar.”(P.23)

O estudo da ambiência de acordo com a situação do cenário, em qualquer proporção, traz elementos relevantes para a compreensão das condições físicas e emocionais das pessoas que estão nesse contexto, melhorando as relações. A ambiência na Saúde consiste no

tratamento dado ao espaço físico, compreendido como espaço de trabalho, das relações interpessoais, bem como espaço social, que deve oferecer acolhimento, ações resolutivas e humanizadas (BESTETTI, 2014; BRASIL, 2010).

Neste sentido, o conceito de ambiência divide-se em três eixos: *confortabilidade*; com o foco na individualidade e privacidade para as pessoas que estão envolvidas no processo de cuidado, enfatizando elementos do ambiente que se comunicam com os usuários. Esses elementos são: estrutura, som, cores, cheiro e iluminação, assim se garante o bem-estar aos profissionais e usuários. O segundo eixo está relacionado ao *espaço produtor de subjetividades*, através da prática e reflexão sobre os processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2010).

E, por fim, o terceiro eixo consiste no *espaço como instrumento facilitador do processo de trabalho*, contribuindo para otimizar os recursos, humanizar o atendimento, viabilizar o acolhimento e a resolução das demandas que chegam nos serviços de saúde mental. Deste modo, importante destacar que esses três eixos devem estar em consonância mutuamente na configuração de um ambiente, sendo esta divisão apenas de modo didático (BRASIL, 2010).

Desta forma, a ambiência enquanto espaço de encontro entre os usuários, familiares e profissionais, deve ser vista como um dispositivo de potencializar e auxiliar as habilidades das práticas e a reflexão dos atores que estão envolvidos nos processos de trabalho e cuidado, logo como ambiente produtor de subjetividades. A formação dos espaços deve ofertar a possibilidade que os sujeitos pensem e construam seus processos de trabalho e cuidado, a partir da perspectiva integral, inclusiva e equânime (BRASIL, 2010).

### **5.3.2 Condições desfavoráveis para o acolhimento**

Entretanto, as perguntas referentes às condições desfavoráveis e dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, as respostas foram: falta de materiais, sobrecarga de trabalho, predominância do modelo biomédico, quantidade insuficiente de profissionais, preconceito, usuários sem documentação, ausência dos familiares e falta de informações sobre o usuário e salas inadequadas, como informadas pelos profissionais:

“Ausência de alguns materiais de consumo” (P.03)

“A grande demanda para o número de profissionais que atuam nas unidades. Isso favorece uma demanda reprimida e sobrecarrega os profissionais” (P.27)

“Barulho Ambiente que prevalece a estrutura médica/ com apenas uma maca e uma mesa! Sem atrativos que desmistifique o modelo médico.” (P. 06)

“Imaturidade, parcialidade, moralismo, individualidade, medo, preconceito.” (P.10)

“Ausência dos responsáveis e documentação incompleta. (P.15)

“Falta de informações mais precisas sobre o acolhido.” (P. 20)

Além disso, os trabalhadores informaram através das respostas que ainda precisam lidar com outras dificuldades. A falta de medicamentos e desconhecimento de alguns profissionais sobre como acolher/cuidar dos usuários e dificuldades no manejo em situação de crise:

“Só a falta de medicamentos” (P.16)

“A existência de profissionais sem empatia, alocados na área por questões diversas que não o interesse próprio, afinidade ou especialização na área.”(P.09)

“As vezes pacientes que chegam em crise e agressivos, não temos um segurança ou pessoa que consiga conter. Equipe em sua maioria mulheres.” (P.21)

“Como disse antes, a falta do conhecimento. Sinto que algumas pessoas da equipe não conhecem princípios básicos do SUS, imagine a Política Nacional de Humanização.” (P.22)

Os problemas presentes no cotidiano dos serviços de saúde impactam negativamente na qualidade dos cuidados prestados e dificultam o acesso ao serviço, tais como, a escassez de informações relacionadas aos atendimentos e o número elevado das demandas dos usuários no serviço. Essas dificuldades interferem na comunicação e nos atendimentos (CLEMENTINO et al., 2017).

A literatura aponta as más condições de trabalho as que os profissionais estão submetidos nas quais se observa a reprodução das práticas manicomialis nos serviços que são substitutivos aos manicômios. Neste sentido, alguns autores enfatizam que o CAPS está se tornando um serviço substitutivo encapsulado, institucionalizando o cuidado e produzindo a cronificação das pessoas que frequentam esses espaços, atrelada às dificuldades intersetoriais que resultam em uma rede menos ampla e desintegrada da atenção psicossocial (FURTADO et al., 2017).

Sobre a continuidade do cuidado, os profissionais informam que a continuidade do cuidado consiste nos agendamentos para as próximas consultas, encaminhamentos, inserção em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, uso de medicamentos, atendimento psicológico e criação de PTS.

“Após realização do acolhimento, são realizados os agendamentos para a equipe multidisciplinar e após avaliações se necessário inserir em grupos terapêuticos e/ou oficinas terapêuticas.” (P.14)

“Liberação de medicação, consulta médica e psicológica periódica, grupos e oficinas terapêuticas.” (P.17)

“Encaminhamento para atividades terapêuticas.” (P.23)

Assim, foi possível verificar que a construção do PTS é uma estratégia implementada nos CAPS para ofertar a continuidade do cuidado aos usuários e seus familiares. Como relatado nas respostas dos trabalhadores:

“fazemos projeto terapêutico para o paciente.” (P.11)

“o vínculo, o pts (projeto terapêutico individual), a frequência nas oficinas e grupos terapêuticos, além das consultas e medicações fornecidas.” (P.26)

Para a construção do PTS, os trabalhadores consideram que o usuário precisa apresentar demandas que necessitem a construção dessa intervenção de cuidado, como a falta de adesão ao tratamento e o contexto social do usuário. Os trabalhadores também informaram que é necessário ter um perfil que atenda os “critérios” para a construção do PTS. Para alguns trabalhadores é necessário passar por uma avaliação multiprofissional de acordo com as necessidades dos usuários, porém, os usuários precisam manifestar interesse na corresponsabilização do próprio cuidado.

Kinker (2016) e Oliveira (2013), enfatizam que o PTS não deve ser confundido com um conjunto de intervenções que os serviços de saúde ofertam para os usuários. É o entrelaçar a vida juntamente aos usuários cotidianamente, é através das relações estabelecidas que as situações que geram sofrimento poderão ser transformadas, possibilitando mudanças dos profissionais, usuários e familiares. As práticas escolhidas para operar o PTS devem manter o foco no usuário, que constrói a sua subjetividade especificamente em um cenário social, histórico e cultural.

Deste modo, os CAPS buscam estabelecer a importância e a necessidade do PTS, pois existe consenso em torno da relevância do acompanhamento contínuo dos usuários. As ações como, o trabalho intersetorial, o trabalho em rede e as práticas interdisciplinares parecem estar difundidas (BRASIL, 2004, 2005). No entanto, mesmo com a noção do que representa o

projeto terapêutico, a ideia de determinar os profissionais de referência para planejar e acompanhar os PTS também é um debate frequente em alguns CAPS, isso indica a tentativa de fugir da fragmentação das disciplinas e das práticas que “reparte o usuário em pedaços”, essa visão dividida da atuação e dos usuários atende mais as relações de poder do que as reais necessidades dos usuários.

E por fim, foi perguntado aos trabalhadores como está organizada a agenda dos CAPS. Ao se deparar com essa questão, foi perguntado várias vezes o que significa agenda para os profissionais. A organização da agenda dos CAPS está pautada nas atividades que são realizadas nos serviços como: marcação dos atendimentos médicos, agendamento de consultas, triagem, avaliação multiprofissional, entrega de medicamentos, demanda espontânea e práticas nos grupos terapêuticos. As respostas a esta pergunta foram limitadas e pouco explicativas, dando poucas informações sobre a forma em que se organiza o processo de trabalho. Seriam necessárias outras formas de abordagem como a entrevista ou grupos focais para conhecer melhor sobre este aspecto.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste estudo, demonstraram claramente o que a literatura vem apresentando sobre os reais desafios e fragilidades para realização das práticas de acolhimento nos CAPS. No município de Feira de Santana onde a pesquisa foi realizada, os trabalhadores dos CAPS conseguem compreender muito bem o sentido e o conceito de acolhimento de acordo com a PNH, e como as práticas de acolhimento são importantes no processo de cuidado aos usuários, entretanto a lógica manicomial ainda se faz presente nestes substitutivos de saúde mental.

No entanto, estudos mostram que a desinstitucionalização é o grande desafio da reforma psiquiátrica brasileira, essas análises e avaliações permitem apontar a necessidade de superar o estigma da loucura presente nos serviços de saúde mental, assim como, o preconceito no imaginário social, formando a ideia de que a loucura está associada a periculosidade, gerando insegurança que irá repercutir no cuidado às pessoas, tal como torna-se indispensável o fortalecimento das políticas de saúde para incorporação de ações no campo da saúde mental que provoquem melhorias na organização estrutural dos CAPS,

incluindo a reformulação das práticas de cuidado aos usuários/familiares (FURTADO et al., 2017).

No estudo de Lisbôa, Brêda e Albuquerque (2014), evidenciou que o acolhimento está relacionado a recepcionar os usuários em uma dimensão espacial, que considera recepcionar as pessoas na esfera administrativa e em ambientes físicos adequados e confortáveis, o qual funciona como realização de triagem administrativa e encaminhamentos para outros serviços de saúde.

Porém, essas práticas realizadas pelos profissionais dos CAPS demonstram limitações ao espaço do serviço, induzindo a pensar que as alternativas de cuidado fora do CAPS não seriam competências dos trabalhadores. Deste modo, a desinstitucionalização não tem avançado significativamente no rompimento e desconstrução do modelo manicomial, podendo reduzir-se a uma lógica de desospitalização (SILVA; PINHO 2015; AMARANTE, 1996)

Em relação à formação dos profissionais, grande parte informou ter especialização na área da saúde, porém fizeram poucos cursos de forma independente, assim como, fizeram poucos cursos ofertados pela educação permanente do município. Alguns trabalhadores informaram estar atuando no campo da saúde mental por conta da oportunidade, o que precisaria de mais detalhes do que seria essa oportunidade.

Assim, alguns questionamentos foram levantados a partir das respostas dos trabalhadores dos CAPS: essa decisão de atuar na área de saúde mental foi por não ter outra oportunidade de emprego? Escolheu atuar porque realmente tem identificação com o campo, a partir de uma conduta ético-política e implicada no cuidado em pessoas em sofrimento psíquico? Essas questões necessitam de maior aprofundamento, pois podem indicar fragilidades na gestão de pessoas que trabalham nesses substitutivos.

Para Merhy (2013), o trabalho em saúde se produz em um determinado território existencial, o que opera no aspecto ético-político, no qual os profissionais assumem um plano de estabilidade entre os trabalhadores e usuários. Este plano corresponde aos fluxos circulares nas relações entre os atores, assim como, se refere ao campo invisível do cuidado em saúde, à troca de afetos dão significados a essas relações e à própria realização do cuidado.

Os trabalhadores demonstraram entender o significado de acolhimento. Para eles é parte das diretrizes e princípios da PNH. Para eles, o acolhimento consiste na escuta qualificada, triagem, oficinas terapêuticas, agendamento de consultas, construção de PTS, uso de psicotrópicos e encaminhamentos. Referente a continuidade do cuidado, os trabalhadores utilizam essas ferramentas para promover o acolhimento aos usuários. Os trabalhadores

enfatazaram a importância do uso de psicotrópicos como estratégia de acolhimento, no entanto, consideram que o modelo biomédico centraliza o cuidado em saúde mental, limitando a atuação dos outros profissionais que não são médicos.

Diante disso, demonstra a necessidade de discutir e repensar a medicalização nos CAPS. Além disso, as condições de trabalho a que estes profissionais estão submetidos, não são favoráveis para o bom acolhimento, eles alegam sobrecarga de trabalho e dificuldades em lidar com usuários em situação de crise, porque o número de profissionais nos substitutivos é insuficiente. Por outra parte, manifestaram despreparo dos profissionais durante o cuidado aos usuários, falta de recursos materiais para oficinas terapêuticas, e ausência da família na construção e participação no processo de cuidado. A falta de responsabilização do usuário no próprio tratamento e a hegemonia do modelo biomédico estão entre as dificuldades para que o acolhimento seja realizado.

Assim, mesmo diante da precariedade e engessamento dos processos de trabalho em saúde, os profissionais se dizem satisfeitos por atuar no campo da saúde mental. Consideram o trabalho gratificante e relatam que escuta qualificada é o principal instrumento de acolhimento e construção de vínculos. Deste modo, a escuta qualificada ocorre através do estabelecimento do vínculo com os usuários, a escuta perpassa por questões superficiais e aparentes, permitindo a quem se dispôr a escutar, assumir uma postura capaz de mergulhar na subjetividade e singularidade de cada pessoa que manifesta seu sofrimento psíquico (MAYNART et al.,2014).

Com relação a agenda, os profissionais apontaram que ações de acolhimento são caracterizadas como elementos principais para construção da agenda nos substitutivos de saúde mental. A princípio, os profissionais demonstraram não compreender o significado de agenda, neste sentido, foi explicado que agenda estaria relacionada às atividades de acolhimento que eles realizam nos CAPS. Outro ponto observado, e importante achado desta pesquisa, é o desconhecimento dos profissionais em relação a identidade de gênero, o que pode indicar que, além da formação acadêmica e complementar frágeis, propícia para o aumento das desigualdades em saúde, gerando barreiras de acesso aos serviços de saúde mental para a população LGBTQIA+.

Verificou-se que os profissionais enfatizam muito a importância da ambiência como um dos instrumentos de acolhimento aos usuários e familiares. Para eles o bom espaço físico possibilita realizar um bom acolhimento, principalmente favorece a escuta qualificada. Atualmente, os CAPS do município foram recém inaugurados e têm sede própria, já que ,

anteriormente, funcionavam em casas alugadas. Entretanto, um dos CAPS ainda permanece em um imóvel alugado, o que é motivo de queixas por parte dos profissionais, por conta do tamanho pequeno do espaço e ruídos entre as salas, de certa forma, essas intercorrências refletem no processo de acolhimento. Já nos CAPS novos com estrutura apropriada falta ainda mobiliário e disposição dos espaços para que sejam acolhedores e menos hospitalares.

Diante desses aspectos encontrados nas práticas de acolhimento nos CAPS do município de Feira de Santana, é importante pensar que algumas dificuldades para realização do acolhimento estão na ordem da gestão, como a falta recursos materiais, o espaço físico inapropriado, a inexistência de formação permanente e crítica sobre o campo da saúde mental e a demanda excessiva de atendimentos. Pensar em ações que possibilitem minimizar essas fragilidades irá contribuir para melhorar a assistência aos usuários e familiares. As questões que envolvem, ausência dos familiares na construção do cuidado, o paradigma biomédico, a sobrecarga de trabalho, e a medicalização como alternativa principal de cuidado são questões complexas, porém, com estratégias de intervenção tanto da gestão da RAPS do município, quanto dos coordenadores dos CAPS é possível transformar esse cenário, para que os profissionais tenham boas condições de trabalho e os usuários e familiares sejam acolhidos nos serviços de saúde mental.

Assim, é importante pensar que além de adotar práticas inovadoras de acolhimento e cuidado, é indispensável discutir a reprodução das terapêuticas manicomiais nos CAPS. Os trabalhadores conhecem os princípios da Reforma Psiquiátrica, entendem sobre a importância do movimento da luta antimanicomial, sabem o que preconizam as principais políticas de saúde mental, mas ainda assim, a lógica manicomial persiste nestes espaços. Pensar que somente desmanicomialização das práticas não é o suficiente, e sim o que se torna essencial é “desmanicomializar” as mentes dos trabalhadores do campo da saúde mental.

Como principal limitação desta pesquisa, ressaltamos a impossibilidade de realizar entrevistas com os profissionais de saúde devido à pandemia de COVID-19, assim como, o fato de que menos de um terço dos profissionais dos CAPS participaram da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-6, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129519>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ASSIS, M. M. A. et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 2, p. 333-338, abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- AYRES, J.R.C. de M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2004, v. 8, n. 14, pp. 73-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>. Acesso em: 21 jan. 2023.
- BALLARIN, M. L. G. S. et al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 162-168, 2011. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/560>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BAREMBLITT, G, 1936 **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**; 5. ed. - Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guattari, 2002 - (Biblioteca Instituto Félix Guattari
- BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. Rev. bras. geriatr. gerontol., 2014 17(3), jul. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13083>. Acesso em: 30 jan. 2023.
- BONIOL, M, et al. **Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries**. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Humanização- HumanizaSUS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 4. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS** – Banco de dados do Sistema Único de Saúde. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental – Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, n. 34, 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 mar. 2018.

CABRAL, C. C; MUNOZ, N. M. Uma transição compartilhada: sobre o acolhimento em saúde mental em um ambulatório do processo transexualizador do SUS. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 259-280, Jun 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p259.3>. Acesso em: 07 fev. 2023.

- CAÇAPAVA, J. R. **O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia do trabalho em equipe**. 2008. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- CANÇADO, M. L. **Hospício é Deus: Diário I**. 5.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- CARVALHO, I. L. do N. CAPSi: avanços e desafios após uma década de funcionamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 42-60, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68584>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- CARVALHO, M. de F. A. A. et al. Acolhimento e cuidado à pessoa em uso problemático de drogas. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1-7, out. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.42493>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- CLEMENTINO, F. S. de. et al. Percepção dos usuários acerca do atendimento no Centro de Atenção Psicossocial III. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 7, n. 3, p. 464-476, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25942>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- CONSTANTINIDIS, T. C. et al. Concepções de profissionais de saúde mental acerca de atividades terapêuticas em CAPS. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 911-926, 2018. Associação Brasileira de Psicologia. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.2-14pt>. Acesso em: 21 abr. 2022.
- CONNELL, R. W; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, v. 21, n. Rev. Estud. Fem., 2013 21(1), p. 241–282, 2013. Acesso em: 21 abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>
- COSTA-JÚNIOR, F. M. da; COUTO, M. T; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. Sex., Salud Soc. (Rio J.), 2016 (23), p. 97–117, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a>. Acesso em: 30 jan. 2023.
- DELEUZE, G; GUATTARRI, F. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia, 1**; Lisboa :ASSÍRIO & ALVIM, 2004. 216 p.
- DELEUZE, G; GUATTARRI, F. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia, vol. 1**; Rio de janeiro: Ed. 34, 1995 94 p. (Coleção TRANS)
- DIMENSTEIN, M. et al. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no sus. **Salud & Sociedad**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 70-85, 3 mai. 2018. Universidad Catolica del Norte - Chile. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22199/s07187475.2018.0001.00004>. Acesso em: 21 abr. 2022.
- DINIZ, A. M. Projeto terapêutico singular na atenção à saúde mental: tecnologias para o sujeito em crise. **Sanare**, Sobral, CE, v. 16, n. 1, p. 7-14, jun. 2017.

FARIA, H. X; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200018>. Acesso em: 29 dez. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. Pág. 151-163, 30 abr. 2012.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102311X1999000200019>. Acesso em: 29 dez. 2021.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRASER, N. Feminismo, capitalismo e a astúcia da história. In: Hollanda HB, organizadora. **Pensamento feminista. Conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2019.

FREUD, S. 1856-1939 **A interpretação dos sonhos**. 20. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

FURTADO, R. P. et al. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde e Sociedade**. 2017, v. 26, n. 1, pp. 183-195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169101>. Acesso em: 21 jan. 2023.

GIORDANI, J. M. A. do. et al. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de APS**, v. 23, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16690>. Acesso em: 22 mar. 2023

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. Cad. Pesqui., 2007 37(132), set. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>. Acesso em: 21 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Em média, mulheres dedicam 10,4 horas por semana a mais que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas**. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agenciasala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27877-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-depessoas>.

JORGE, M. S. B. *et al.* Matrix support, individual therapeutic project and production in mental health care. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 112-120, mar. 2015. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>. Acesso em: 21 abr. 2022.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jul. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S141381232011000800005>. Acesso em: 29 dez. 2021.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. Psicol. Soc., 2007 19(1), jan. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100003>. Acesso em: 21 jan. 2023

LAMAS, M. 2000. **Gênero: os conflitos e desafios do novo paradigma**. Proposta. Vol. 84/85, p. 12-25.

LIMA, M. et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2012, v. 16, n. 41, pp. 423-434. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000200011>. Acesso em: 21 abr. 2022.

LISBÔA, G. L. P.; BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. DOS S. DE. Concepções e práticas de acolhimento aos familiares na atenção psicossocial em álcool e outras drogas. **Rev Rene**, v. 15, n. 2, 16 Jun. 2014.

LONDERO, S. **Re-inventando o acolhimento em um serviço de saúde mental**. 2010. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate** [online]. 2015, v. 39, n. 104, pp. 114-123. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>. Acesso em: 21 abr. 2022.

MACHADO, A. P.; RICCI, E. C. A intersetorialidade na saúde mental infantojuvenil: articulações entre um CAPSi e Unidades de Acolhimento. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, SP, v. 19, n. esp., p. 190-205, dez. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1984-9044.20200019>. Acesso em: 29 dez. 2021.

MARX, K. A produção de mais-valor absoluto: o processo de trabalho e o processo de valorização. In: MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Boitempo, 2013. Cap. 5. p. 326-352.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital [1867]** (trad. Rubens Enderle). São Paulo: Boitempo, 2013:

MATOS, R. K. S. et al. Projeto terapêutico singular no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). **Revista Intercâmbio**, Montes Claros, MG, v. 9, n. 0, p. 111-130, 2017.

MAYNART, W. H. DA C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. Acta paul. enferm., 2014 27(4), ago. 2014.

- MENEZES JUNIOR, G. E. C. et al. Crise psicossocial: uma proposta de ampliação do conceito de crise em saúde mental. In: PEREIRA, E. R. (Org.). **Saúde mental**: um campo em construção. Ponta Grossa, PR: Atena, 2019. p. 345.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público**. Merhy, E.E . Onocko, R. org, pp. 71-112, 1997 São Paulo: Editora Hucitec.
- MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery**, 2011 v. 15, n.4 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400015>. Acessado 21 jan. 2023.
- MINAYO, M C. S.de; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/1993.v9n3/237-248/pt/>. Acesso em: 21 abr. 2022.
- MONTEIRO, S; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. Cad. Saúde Pública, 2019 35(4), p. e00111318, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>. Acesso em: 21 abr. 2022.
- MORAES, P. L. M de. **Percepção fenomenológica dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): vivências e desafios da prática em saúde mental**. 2018. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2018.
- MOREIRA, C. P.; TORRENTÉ, M. de O. N. de; JUCÁ, V. J. dos S. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 22, n. 67, p. 1123-1134, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/180757622017.0500>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- MOSCHETA, M. S; SOUZA, L. V; SANTOS, M. A. Health care provision in Brazil: a dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. **Journal Of Health Psychology**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 369-378, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316628749>. Acessado 21 jan. 2023.
- OLIVEIRA, G. N. (2013). O projeto terapêutico singular. In G. W. S. Campos & A. V. P. Guerrero (Orgs.), **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada** (3a ed., pp. 283-297). São Paulo: Hucitec.
- PEGORARO, R. F.; NUNES, L. F. Experiences of embracement according to professionals of a psychosocial attention Center. **Rev. enferm. atenção saúde [Internet]**, v. 6, n. 1, p. 3-17, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v6i1.1525> Acesso em: 21 abr. 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Novo Hamburgo, RS: Universidade Feevale, 2013.

REIS, E.A., REIS I.A. (2002) **Análise Descritiva de Dados**. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG. Disponível em: [www.est.ufmg.br](http://www.est.ufmg.br)

ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. Ciênc. saúde coletiva, 2016 21(8), p. 2517–2526, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>. Acesso em: 06 fev. 2023.

ROTOLI, A. et al. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>. Acesso em: 29 dez. 2021.

SANTOS, A. R. dos et al. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. **Revista Bioética**, v. 23, n. Rev. Bioét., 2015 23(2), p. 400–408, 2015. Acesso em: 17 fev 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232078>.

SANTOS, T.S. **Gênero e carreira profissional na Medicina. Mulher e trabalho**. 2011; (21):4. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cedcis/Genero.pdf>.

SCHEIBEL, A.; FERREIRA, L. H. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 4, p. 966-983, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n4.a266>. Acesso em: 29 dez. 2021.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000100009>. Acesso em: 29 dez. 2021.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, [S. l.], v. 20, n. 2, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 6 fev. 2023.

KINKER, S. F. Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares/A critical view on singular therapeutic projects. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 413–420, 2016. DOI: 10.4322/0104-4931.ctoARF0629. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1202>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SILVA, D. A. **Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): uma revisão teórica**. 2014. 25 f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SILVA, M. L. B.; DIMENSTEIN, M. D. B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180952672014000300004&lng=pt&nrm=isso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672014000300004&lng=pt&nrm=isso). Acesso em: 29 dez. 2021.

SILVA, A. B da; PINHO, L. B de. Crack e gestão do cuidado no território: desafios no cotidiano do trabalho em saúde mental / Crack and care management in the territory: challenges on work everyday in mental health &gt;. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1564 - 1571, 26 maio 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v14i4.27083>. Acesso em: 17. fev 2023.

SOUSA, P. J de; FERREIRA, L. O. C; SA, J. B de. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2239-2251, Aug. 2013. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800008&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 fev. 2023.

SOUZA, D. B. de. **A SUBJETIVIDADE MAQUÍNICA EM GUATTARI**. 2008. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Ceará - Ufc, Fortaleza, 2008.

SOUZA, D. de O; ABAGARO, C. P. A uberização do trabalho em saúde: expansão no contexto da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 19, p. 15, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00328. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/571>. Acesso em: 11 fev. 2023.

TAGLIAMENTO, G; PAIVA, V. Trans-Specific Health Care: challenges in the context of new policies for transgender people. **Journal Of Homosexuality**, [S.L.], v. 63, n. 11, p. 15561572, 18 ago. 2016. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2016.1223359>. Acesso em: 11 fev. 2023.

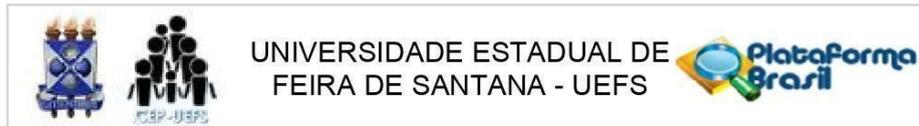
VASCONCELOS, E. M. Algumas características do processo de trabalho no campo psicossocial e suas implicações. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens Psicossociais: volume I história, teoria e trabalho no campo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. Cap. 7. p. 159-163.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

XAVIER, R. T. **Desafios na atenção integral de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS ad**. 2012. 79 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2012.

**ANEXOS**

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-UEFS)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) EM FERIA DE SANTANA

**Pesquisador:** VERONICA LIMA SANTOS

**Área Temática:** Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

**Versão:** 2

**CAAE:** 56251022.0.0000.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio  
Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.380.161

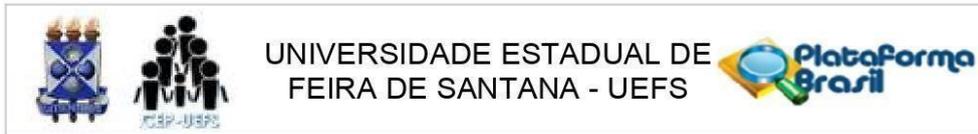
#### Apresentação do Projeto:

Este é o parecer ético a respeito dos protocolos da pesquisa "PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) EM FERIA DE SANTANA", que tem como pesquisadora responsável VERONICA LIMA SANTOS.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa".

Segundo o que está nas informações básicas do projeto (doravante, IBP), "Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo exploratório. A abordagem qualitativa adentra o mundo polissêmico no qual o nível de realidade não é visto, sendo necessário expor e interpretar, a começar pelos pesquisadores e, em seguida, por uma metodologia passível de ser entendida e interpretada dentro de um contexto (MINAYO, 2016; ARANTES; PICASSO; SILVA, 2019). Os campos de pesquisa definidos são os Centros de Atenção Psicossocial de diferentes modalidades, do município de Feira de Santana-BA. Os participantes da pesquisa serão os profissionais que compõem a equipe multiprofissional (psicólogos/as, enfermeiros/as, médico/apsiquiatra, assistente social), entre outros/as que compõem os Centros de Atenção Psicossocial, assim como os técnicos/as de nível médio que integram o serviço de saúde mental. A pesquisa qualitativa compreende que existe um processo entre o mundo e o sujeito, ou seja, é uma interação inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade que não pode ser mensurada em quantidade. A análise dos fenômenos e a função

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



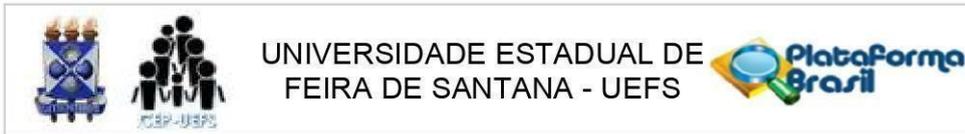
Continuação do Parecer: 5.380.161

dos significados são imprescindíveis no método de pesquisa qualitativa, não sendo necessário o uso de técnicas e métodos estatísticos (PRODANOV; FREITAS, 2013). A coleta de dados se dá no ambiente natural, enquanto o pesquisador é a ferramenta-chave: assim, a pesquisa é descritiva e o pesquisador analisa os dados coletados pelo método indutivo. A dinâmica processual e o seu significado são os pontos essenciais da abordagem (PRODANOV; FREITAS, 2013). A pesquisa qualitativa permite que a realidade em sua diversidade e subjetividade, seja considerada a partir das experiências das pessoas e seus entendimentos como aspectos necessários importantes para o estudo. O/a pesquisador/a e o pesquisado/a constroem juntos a realidade através das vivências singulares de cada indivíduo (PATIAS; HOHENDORFF, 2019).  
 Categoria de análise Objetivo Categoria de análise Unidades de análises Cuidado Integral em Saúde  
 Definição do cuidado integral em saúde Práticas de acolhimento realizadas nos CAPS Definições de acolhimento Tipos de acolhimento que são realizados Perfil dos profissionais dos CAPS a partir de suas trajetórias Origem, trajetória profissional na saúde mental, capital educacional, científico e político Disposições sobre acolhimento dos profissionais do CAPS Disposições dos profissionais sobre sofrimento psíquico Disposições dos profissionais sobre acolhimento. Hábitos do profissional do CAPS em Feira de Santana Processo de formação dos profissionais sobre acolhimento Desafios enfrentados pelos profissionais nas práticas de acolhimento; Processo de Trabalho (agenda, vínculo); Perfil dos profissionais; Estrutura física dos CAPS; Características dos usuários. Para a coleta de dados será realizado um formulário eletrônico (Anexo I), para ser respondido pelos profissionais dos CAPS que contemplem: informações socioeconômicas e demográficas (sexo, idade, nível de escolaridade, raça/cor e naturalidade); trajetória na saúde mental (quanto tempo atua no serviço de saúde mental, o conhecimento teórico e técnico sobre as práticas de acolhimento no serviço de saúde mental e sua efetividade enquanto recurso terapêutico). Posteriormente entrevistas semiestruturadas a alguns profissionais serão realizadas com gravação de áudio. Para a construção e armazenamento dos dados, será utilizada a plataforma web REDCap (Research Electronic Data Capture), usada para elaborar e gerenciar bancos de dados e pesquisas no formato online. Os dados desta pesquisa serão analisados de forma sistemática através do processo de categorização de informações e análise de conteúdo das expressões verbais e não verbais dos entrevistados, formulando significados e avaliando especificamente as perspectivas dos participantes acerca da problemática do estudo.

Utilizarei a ferramenta "Análise de Conteúdo, de acordo com a técnica exigida pelo processo de tratamento dos dados obtidos" (IBP, p. 01-02).

A metodologia é a que segue: "Os dados desta pesquisa serão analisados de forma sistemática

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.161

através do processo de categorização de informações e análise de conteúdo das expressões verbais e não verbais dos entrevistados, formulando significados e avaliando especificamente as perspectivas dos participantes acerca da problemática do estudo. Utilizarei a ferramenta Análise de Conteúdo, de acordo com a técnica exigida pelo processo de tratamento dos dados obtidos. A análise de conteúdo configura-se como grupo de técnicas de análise das comunicações que faz uso de recursos sistemáticos para a descrição das informações contidas nas mensagens. Desse modo, a técnica de análise de conteúdo é atribuída tanto ao conteúdo das figuras de linguagem, entrelinhas, reticências, quanto do conteúdo expresso (BARDIN, 2011)" (IBP, p. 05).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

"Analisar as práticas de acolhimento realizadas pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial em Feira de Santana, Bahia" (IBP, p. 05).

Objetivo Secundário:

"Descrever as práticas de acolhimento que são realizadas pelos profissionais dos CAPS; Descrever o perfil dos profissionais dos CAPS a partir de suas trajetórias. Analisar as disposições sobre acolhimento dos profissionais do CAPS" (IBP, p. 05).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto aos riscos, a pesquisadora responsável afirma nas Informações Básicas do Projeto:

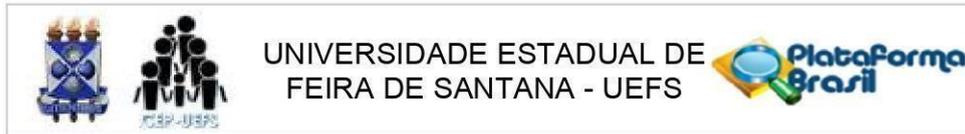
Riscos:

"Se faz necessário à aplicação do instrumento de declaração de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assim como a observância dos critérios estipulados para pesquisas em saúde com seres humanos das Resoluções nº 466/12, nº 510/16 e 580/18 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, 2016, 2018). Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: a identidade do participante poderá ficar "exposta" durante o processo de análise de dados, nas entrevistas presenciais (gravação de voz) ou preenchimento do formulário eletrônico. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, é dever do pesquisador responsável garantir o sigilo sobre a identificação e as informações referentes ao participante com técnicas de anonimato e a possibilidade de interrupção ou cancelamento, em caso de entrevista e exclusão do formulário eletrônico" (IBP, p. 05).

Benefícios:

"Com todo o conhecimento presente na literatura, sobre os impactos positivos gerados através das práticas de acolhimento, que resultam em transformações significativas na vida dos usuários, tanto dos serviços de saúde na atenção básica, quanto da atenção psicossocial, é importante

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.161

espaço no final das páginas para essas rubricas (conforme Item IV.5.d da Resolução CNS nº 466 de 2012); c) Explicitar a garantia de direito ao ressarcimento (Ver Res. CNS nº 466/12 item IV.3 letra g); d) Apresentar de forma clara e afirmativa, que o participante da pesquisa receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa; e) Esclarecer o tempo que ele gastará na entrevista e onde ela será realizada quando for entrevista

RESPOSTA:

a) Informamos no TCLE que todas páginas devem ser rubricadas nos espaços indicados, tanto pelo pesquisado responsável quanto pelo participante do estudo. Documentos alterados – TCLE (página 2), Informações Básicas do Projeto (página 27), Instrumento de Coleta de Dados (página 2) e Projeto de Pesquisa Detalhado (página 46).

Ressaltamos que todas a páginas deverão ser rubricadas no espaço indicado, pelo pesquisador responsável e pelo participante do estudo.

Pendência atendida.

b) Foram acrescentados os campos para assinatura das rubricas (pesquisador responsável e os participantes do estudo) em todas as páginas do TCLE, ressalvo que o documento foi reajustado pensando no conforto dos participantes. Documentos alterados – TCLE (páginas 1 e 2), Informações Básicas do Projeto (páginas 26 e 27), Instrumento de Coleta de Dados (páginas 1 e 2) e Projeto de Pesquisa Detalhado (páginas 45 e 46).

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Pendência atendida.

c) Ressaltados no TCLE sobre a garantia de ressarcimento caso seja necessário, de acordo com a resolução 466/12 CNS. Documentos alterados – TCLE (página 2), Informações Básicas do Projeto (página 26), Instrumento de Coleta de Dados (página 1) e Projeto de Pesquisa Detalhado (página 45).

No desenvolvimento da pesquisa não haverá nenhum pagamento pela sua participação, mas se

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.161

houver alguma despesa relacionada à mesma, será assumida pelas pesquisadoras. Garantimos também uma indenização em caso de danos, decorrentes do processo da pesquisa, e a assistência será prestada gratuitamente, pelo tempo que for preciso caso seja necessário.

Pendência atendida.

d) Informamos no TCLE a assistência gratuita aos participantes, em caso de danos decorrentes do estudo. Documentos alterados – Documentos alterados – TCLE (página 2), Informações Básicas do Projeto (página 26), Instrumento de Coleta de Dados (página 2) e Projeto de Pesquisa Detalhado (página 45).

Garantimos também uma indenização em caso de danos, decorrentes do processo da pesquisa, e a assistência será prestada gratuitamente, pelo tempo que for preciso caso seja necessário.

e) No documento apresenta a informação sobre a duração das entrevistas (presenciais) e o local onde as entrevistas serão realizadas. Documentos alterados – TCLE (página 1), Informações Básicas do Projeto (página 26), Instrumento de Coleta de Dados (página 1) e Projeto de Pesquisa Detalhado (página 45).

As entrevistas (presenciais) terão a duração média de sessenta minutos e acontecerá nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas diferentes modalidades, a entrevista acontecerá no CAPS que o profissional entrevistado atua.

Pendência atendida.

**PENDÊNCIA 2. Instrumento de Coleta**

a) Substituir o nome dos participantes por códigos, garantindo assim o cumprimento da Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.e: "garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa"

**RESPOSTA:**

a) Garantimos no TCLE que a identificação dos participantes será através de códigos, com a finalidade de assegurar a privacidade e o sigilo dos participantes. Documentos alterados – TCLE (página 1), Informações Básicas do Projeto (página 26), Instrumento de Coleta de Dados (página 2) e Projeto de Pesquisa Detalhado (página 45).

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.161

É dever do pesquisador responsável garantir o sigilo em todas as fases da pesquisa sobre a identificação e também as informações referentes aos participantes com técnicas de anonimato. Informamos que tanto no questionário eletrônico quanto nas entrevistas presenciais serão utilizados códigos de identificação, com a finalidade de garantir a confidencialidade e a privacidade dos participantes.

Pendência atendida.

#### PENDÊNCIA 3. Informações Básicas do Projeto

a) Inserir o cronograma completo e correspondente ao orçamento anexado, em todos os documentos que citam o cronograma (Projeto de Pesquisa Detalhado e Informações Básicas do Projeto); b) Inserir o orçamento detalhado, uma vez que a NORMA OPERACIONAL CNS N° 001 de 2013: 3.3.e afirma que "Todos os protocolos de pesquisa devem conter: (...) Orçamento financeiro: detalhar os recursos, fontes e destinação; forma e valor da remuneração do pesquisador; apresentar em moeda nacional ou, quando em moeda estrangeira, com o valor do câmbio oficial em Real, obtido no período da proposição da pesquisa; apresentar previsão de ressarcimento de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação e compensação material nos casos ressaltados no item II.10 da Resolução do CNS 466 de 2012".

RESPOSTA:

a) Foram inseridos o cronograma completo e o orçamento completo nos seguintes documentos: informações básicas do projeto, projeto de pesquisa detalhado e nos arquivos cronograma e orçamento individualmente. Documentos alterados – Informações Básicas do Projeto (páginas 18 e 19) Projeto de Pesquisa Detalhado (páginas 34 e 35) e os arquivos Cronograma e Orçamento (ambos com somente uma lauda)

Pendência atendida.

Cronograma

Foi adicionado.

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.161

Pendência atendida.

b) O orçamento financeiro encontra-se detalhado, especificando os recursos e as ferramentas que serão utilizadas, descrição e preços de todos os itens, a remuneração do pesquisador responsável, o tipo de moeda que será utilizada e caso seja necessário a garantia de ressarcimento os participantes do estudo. Documentos alterados – Informações Básicas do Projeto (páginas 19 e 20), Projeto de Pesquisa Detalhado (páginas 35, 36 e 37) e o arquivo Orçamento (ambos somente com uma lauda).

Orçamento Financeiro

A fonte de recursos contará como apoio técnico e estrutural da Universidade Estadual de Feira de Santana, com financiamento próprio da pesquisadora responsável e a pesquisadora colaboradora, contamos com o apoio secundário do Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). A remuneração do pesquisador é no valor mensal de R\$ 1.500,00 reais e a forma de pagamento são depósitos mensais na conta corrente. A moeda utilizada será brasileira, o Real (BRL – R\$), e caso seja necessário ressarcimento aos participantes do estudo, ocorrerá no período na coleta de dados, previsto para o segundo semestre de 2022.

Pendência atendida.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1871692.pdf	20/04/2022 18:32:07		Aceito
Outros	CRONOGRAMAPENDENCIAS_.docx	20/04/2022 18:30:04	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADE DADOS PENDENCIAS .docx	20/04/2022 18:29:41	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Outros	ORCAMENTOPENDENCIAS_.docx	20/04/2022 18:28:24	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Outros	PROJETODEPESQUISADETALHADOPEPENDENCIAS .docx	20/04/2022 18:27:13	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Outros	INFORMACOESBASICASPROJETOPEPENDENCIAS .docx	20/04/2022 18:25:19	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.161

Outros	TCLEPENDENCIAS_.docx	20/04/2022 18:21:14	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Outros	CARTARESPPOSTAPENDENCIA_.doc	20/04/2022 18:18:33	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Outros	termodeoutorgafapesb_.docx	24/02/2022 17:36:09	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuencia_.docx	24/02/2022 17:35:44	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Outros	Termodesigilo_.pdf	21/02/2022 12:05:11	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorcolaborador_.pdf	21/02/2022 12:00:19	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorresponsavel_.pdf	21/02/2022 11:59:48	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	21/02/2022 11:55:06	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_.pdf	21/02/2022 11:52:49	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Outros	termodeoutorgafapesb_.pdf	15/02/2022 11:22:40	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados_.pdf	15/02/2022 11:21:23	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuencia_.pdf	15/02/2022 11:18:01	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisaveronicalimasantos_.pdf	15/02/2022 11:14:52	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Orçamento	Orcamento_.pdf	15/02/2022 11:12:13	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/02/2022 11:09:58	VERONICA LIMA SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Sim

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.161

FEIRA DE SANTANA, 01 de Maio de 2022

---

**Assinado por:**  
**Brian Gordon Lutalo Kibuuka**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br

## ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – FORMULÁRIO ELETRÔNICO REDCAP

24/08/2022 12:53

Identificação e dados demográficos

Resize font:  
⊕ | ⊞

### Identificação e dados demográficos

- 1) Convite aos profissionais do CAPS do município de Feira de Santana - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Eu Veronica Lima Santos, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e bolsista do Fundo de Amparo à Pesquisa (FAPESB) sob orientação da Professora Dra. Clara Aleida Prada Sanabria, estou desenvolvendo o estudo intitulado PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) EM FERIA DE SANTANA.

Esse estudo objetiva analisar as práticas de acolhimento que são desenvolvidas pelos profissionais dos CAPS em diferentes modalidades.

Nessa etapa estamos coletando informações por meio do preenchimento do formulário eletrônico sobre as práticas de acolhimento. Por este motivo, o (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para compor este grupo de participantes. As suas avaliações serão guardadas sob responsabilidade da pesquisadora responsável e após cinco anos destruídas. Os benefícios esperados com este estudo é que após a sua conclusão poderão ser propostas mudanças nos processos de trabalho nos substitutivos de saúde mental onde a pesquisa será realizada, como também irá contribuir para o desenvolvimento científico, pois permitirá o planejamento de ações focalizadas nos processos de acolhimento.

Os possíveis riscos se relacionam com os desconfortos em virtude do receio de se comprometerem com a sua avaliação e o tempo que será gasto para tal. Garantimos que não haverá gastos com a pesquisa para os participantes. Para que estes desconfortos sejam minimizados estaremos prestando apoio e esclarecendo suas dúvidas. Caso o (a) senhor (a) perceba a necessidade de maiores esclarecimentos durante ou após a pesquisa, deverá procurar a pesquisadora responsável na Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, localizado na Avenida Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte. O (a) senhor (a) poderá ligar para o número Tel. (75) 99153-9216 (pesquisadora responsável) e (71) 99266-4172 Prof.ª Dra. Clara Aleida Prada Sanabria (orientadora) ou pelos e-mails veronicalima.psicologia@gmail.com; capsanabria@uefs.br caso queira se comunicar, receber informações sobre a pesquisa ou comunicar sua desistência. Lembramos que se julgar necessária sua saída deste estudo, nada o impede de fazê-lo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo e não sendo por isso penalizado.

Havendo concordância em participar desta etapa da pesquisa, solicitamos que aceite este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dando seguimento as respostas do formulário, solicitamos que estas informações sejam mantidas em sigilo, considerando que serão utilizadas posteriormente em publicações.

Por entender que esta tarefa lhe exigirá dedicação e que seu tempo disponível é reduzido, disponibilizamos 3 dias, após a data de recebimento, para que você conclua o preenchimento do formulário. Consideramos imprescindível a sua participação e desde já agradecemos imensamente a sua colaboração.

Estamos disponíveis para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,  
Veronica Lima Santos (Mestranda em Saúde Coletiva, Bolsista FAPESB)  
Prof.ª Dra. Clara Aleida Prada Sanabria (Docente do PPGSC, Pesquisadora NUSC/UEFS)

#### Declaração de Aceite \*

\* must provide value

Sim, aceito.

- 2) Nome completo

\* must provide value

DFFFF

24/08/2022 12:53

Identificação e dados demográficos

<b>3) Data de preenchimento do formulário</b> <small>* must provide value</small>	<input type="text"/> D-M-Y
<b>4) Por favor informe seu e-mail.</b> <small>* must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>5) Idade</b> <small>* must provide value</small>	<input type="text"/>
<b>6) Data de nascimento</b> <small>* must provide value</small>	<input type="text"/> D-M-Y
<b>7) Idade Calculada</b>	<input type="text"/>
<b>8) Estado (UF) de Nascimento:</b>	<input type="text"/> ▼
<b>9) Caso você seja baiano, em qual cidade você nasceu?</b>	<input type="text"/> ▼
<b>10) Caso você tenha nascido fora da Bahia, qual é a sua cidade de nascimento?</b>	<input type="text"/>
<b>11) Qual é a raça/cor com a qual você se identifica?</b> <small>* must provide value</small>	<p><input type="radio"/> Negro (a) <input type="radio"/> Pardo (a) <input type="radio"/> Branco (a) <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Amarelo</p>
<b>12) Qual é seu estado civil?</b> <small>* must provide value</small>	<p><input type="radio"/> Solteiro (a) <input type="radio"/> Casado (a) / União Consensual <input type="radio"/> Viúvo (a) <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> Outro:</p>
<b>13) Qual é sua identidade de gênero?</b> <small>* must provide value</small>	<p><input type="radio"/> Homem Cis <input type="radio"/> Mulher Cis <input type="radio"/> Homem Transexual <input type="radio"/> Mulher Transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Pessoa não-binária <input type="radio"/> Outro</p>

<https://redcap.uefs.br/surveys/?s=CYH9AF7RCDH4TTC>

2/3

24/08/2022 12:53

Identificação e dados demográficos

**14) Você reside no município de Feira de Santana?**

\* must provide value

- Sim  
 Não

**15) Há quanto tempo você reside na cidade Feira de Santana?**

\* must provide value

- Menos de 1 ano  
 De 1 a 5 anos  
 A mais de 5 anos  
 Desde sempre

## Educação e Formação

1) Em qual tipo de instituição você cursou o ensino médio?

\* must provide value

- Pública  
 Privada

2) Em qual tipo de instituição você cursou o ensino superior?

\* must provide value

- Pública  
 Privada

3) Qual é seu nível de escolaridade?

\* must provide value

- Ensino Técnico  
 Ensino Superior  
 Pós-Graduação/ Especialização  
 Pós-Graduação/ Mestrado e/ou Doutorado

4) Qual curso técnico ou profissional você fez e pelo qual trabalha no CAPS?

\* must provide value

5) Você possui mais de uma graduação?

\* must provide value

- Sim  
 Não

6) Caso tenha realizado curso (s) de especialização, qual/quais curso(s) você fez?

Submit

Save & Return Later



## Práticas de acolhimento realizadas no CAPS

Prezado Profissional do CAPS em Feira de Santana,

Agradecemos sua participação nesta pesquisa. A partir de hoje você tem sete dias para preencher e finalizar o formulário.

### 1) Há quanto tempo você atua no campo da Saúde Mental?

\* must provide value

Menos de 1 ano

De 1 a 3 anos

De 3 a 6 anos

Mais de 6 anos

### 2) Porque você escolheu atuar na área da Saúde Mental?

\* must provide value

### 3) Há quanto tempo você trabalha no CAPS?

\* must provide value

### 4) Qual é sua carga horária de trabalho no CAPS?

\* must provide value

### 5) Qual é o seu vínculo trabalhista no CAPS?

\* must provide value

Concurso público

Contrato por prazo indeterminado

Contrato por prazo determinado

Cargo comissionado

Terceirização

Cooperativa

Outro

24/08/2022 12:57

Práticas de acolhimento realizadas no CAPS

6) Você participou de algum curso com carga horária mínima de 8 horas, relacionado ao campo da saúde mental oferecido pela Secretaria Municipal ou pela Secretaria Estadual de Saúde?

\* must provide value

Não participei de nenhum curso

Participei de um curso

Participei de dois cursos

Participei de três cursos

Participei de quatro ou mais cursos

7) Você realizou cursos gratuitos com carga horária mínima de 8 horas relacionado ao campo da saúde mental oferecido pelos sites da UNASUS/Ministério da Educação/ Ministério da Saúde ou Universidade?

\* must provide value

Não participei de nenhum curso

Participei de um curso

Participei de dois cursos

Participei de três cursos

Participei de quatro ou mais cursos

8) Você participou de algum curso pago de no mínimo 8 horas relacionado ao campo da Saúde Mental oferecido pelos sites da UNASUS/MEC/ Ministério da Saúde ou Universidade?

\* must provide value

Não participei de nenhum curso

Participei de um curso

Participei de dois cursos

Participei de três cursos

Participei de quatro ou mais cursos

9) Para você o que significa acolhimento?

\* must provide value

10) Quais as práticas de acolhimento que são realizadas no CAPS em que você atua?

\* must provide value

24/08/2022 12:57

Práticas de acolhimento realizadas no CAPS

11) **Você considera que sua formação no curso técnico ou de graduação contribuiu para a realização do seu trabalho referente as práticas de acolhimento?**

\* must provide value

Sim

Não

12) **Você participou de alguma qualificação sobre acolhimento organizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana?**

\* must provide value

Sim

Não

13) **Se já participou, qual/quais foi/foram a(s) qualificação/qualificações?**

14) **Para você, quais as práticas de acolhimento que não devem deixar de ser realizadas no CAPS?**

\* must provide value

15) **A partir de sua experiência trabalhando no CAPS, quais são as dificuldades enfrentadas na realização das práticas de acolhimento?**

\* must provide value

16) **Como você se sente ao realizar as práticas de acolhimento no CAPS em que atua?**

\* must provide value

24/08/2022 12:57

Práticas de acolhimento realizadas no CAPS

<p><b>17) Qual (quais) profissional (is) realiza (m) o acolhimento no CAPS onde você trabalha?</b> * must provide value</p>	<input type="checkbox"/> Médico (a) clínico <input type="checkbox"/> Médico (a) psiquiatra <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) <input type="checkbox"/> Técnico (a) de Enfermagem <input type="checkbox"/> Educador (a) físico <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Psicólogo (a) <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Pedagogo (a) <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo (a) <input type="checkbox"/> Outros
<p><b>18) Segundo sua opinião, quais condições são favoráveis para a realização do acolhimento no local onde você trabalha?</b> * must provide value</p>	<input type="text"/>
<p><b>19) Segundo sua opinião, quais condições são desfavoráveis para a realização do acolhimento no local onde você trabalha?</b> * must provide value</p>	<input type="text"/>
<p><b>20) Para você, quais são as dificuldades enfrentadas para a realização das práticas de acolhimento?</b></p>	<input type="text"/>
<p><b>21) De que forma é garantida a continuidade do cuidado dos pacientes? (utilize exemplos)</b> * must provide value</p>	<input type="text"/>
<p><b>22) Vocês realizam Projeto Terapêutico Singular (PTS)?</b> * must provide value</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>23) Quais são os critérios que os usuários devem ter para construir um PTS?</b> * must provide value</p>	<input type="text"/>

24/08/2022 12:57

Práticas de acolhimento realizadas no CAPS

<p><b>24) Como está organizada a agenda no CAPS?</b> <small>* must provide value</small></p>	<input type="text"/>
<p><b>25) Você considera que a estrutura física do CAPS é adequada?</b> <small>* must provide value</small></p>	<input type="button" value="Sim"/> <input type="button" value="Não"/>
<p><b>26) Por que?</b> <small>* must provide value</small></p>	<input type="text"/>
<p style="text-align: center;"><input type="button" value="Submit"/> <input type="button" value="Save &amp; Return Later"/></p>	

## ANEXO C – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA



Secretaria Municipal de Saúde

Email: scp.sms@gmail.com

Seção de Capacitação Permanente

(75) 3612-6608/Ramal 6608

Feira de Santana 02 de Fevereiro 2022

SESSÃO DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE

PARA: CEP

### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) VERONICA LIMA SANTOS, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) EM FEIRA DE SANTANA**, que está sob a coordenação/orientação da Profa. Dra. Clara Aleida Prada Sanabria, cujo objetivo é analisar como o financiamento federal para enfrentamento da COVID-19 se constitui em instrumento de controle social na ótica dos Conselheiros Municipais de Saúde do Município de Feira de Santana.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Att,

**Priscilla Soares Reis do Nascimento**

Coord. Seção de Capacitação Permanente.



## **APÊNDICE**

### **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**

#### **DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116, Campus Universitário. CEP: 44031-460. Feira de Santana – BA

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **TÍTULO DA PESQUISA: PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) EM FERIA DE SANTANA**

Convite aos profissionais do CAPS do município de Feira de Santana,

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante, Eu Veronica Lima Santos, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e bolsista do Fundo de Amparo à Pesquisa (FAPESB) sob orientação da Professora Dra. Clara Aleida Prada Sanabria, estou desenvolvendo o estudo intitulado PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) EM FERIA DE SANTANA. Esse estudo objetiva analisar as práticas de acolhimento que são desenvolvidas pelos profissionais dos CAPS em diferentes modalidades. Nessa etapa estamos coletando informações por meio do preenchimento do formulário eletrônico sobre as práticas de acolhimento. Por este motivo, o (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para compor este grupo de participantes. As suas avaliações serão guardadas sob responsabilidade da pesquisadora responsável e após cinco anos destruídas. Os benefícios esperados com este estudo é que após a sua conclusão poderão ser propostas mudanças nos processos de trabalho nos substitutivos de saúde mental onde a pesquisa será realizada, como também irá contribuir para o desenvolvimento científico, pois permitirá o planejamento de ações focalizadas nos processos de acolhimento. Os possíveis riscos se relacionam com os desconfortos em virtude do receio de se comprometerem com a sua avaliação e o tempo que será gasto para tal. Garantimos que não haverá gastos com a pesquisa para os participantes. Para que estes desconfortos sejam minimizados estaremos prestando apoio e esclarecendo suas dúvidas. Caso o (a) senhor (a) perceba a necessidade de maiores esclarecimentos durante ou após a pesquisa, deverá procurar a pesquisadora responsável na Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, localizado na Avenida Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte. O (a) senhor (a) poderá ligar para o número Tel. (75) 99153-9216 (pesquisadora responsável) e (71) 99266-4172 Prof.<sup>a</sup> Dra. Clara Aleida Prada Sanabria (orientadora) ou pelos e-mails veronicalima.psicologia@gmail.com; capsanabria@uefs.br caso queira se comunicar, receber informações sobre a pesquisa ou comunicar sua desistência. Lembramos que se julgar necessária sua saída deste estudo, nada o impede de fazê-lo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo e não sendo por isso

penalizado. Havendo concordância em participar desta etapa da pesquisa, solicitamos que aceite este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dando seguimento as respostas do formulário, solicitamos que estas informações sejam mantidas em sigilo, considerando que serão utilizadas posteriormente em publicações. Por entender que esta tarefa lhe exigirá dedicação e que seu tempo disponível é reduzido, disponibilizamos 3 dias, após a data de recebimento, para que você conclua o preenchimento do formulário. Consideramos imprescindível a sua participação e desde já agradecemos imensamente a sua colaboração. Estamos disponíveis para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Veronica Lima Santos (Mestranda em Saúde Coletiva, Bolsista FAPESB) Prof.<sup>a</sup> Dra. Clara Aleida Prada Sanabria (Docente do PPGSC, Pesquisadora NUSC/UEFS).