

ACOLHIMENTO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

"User embracement" in Psychosocial Care Service

Jeferson Rodriguesⁱ

Felipe Faria Brognoliⁱⁱ

Artigo encaminhado: 26/10/2013
Aceito para publicação: 05/10/2014

RESUMO

Trata-se de um artigo de reflexão teórica que analisa o acolhimento na perspectiva da atenção psicossocial. A lógica engendrada entende o acolhimento como um dispositivo que é transversal a atenção à saúde e sua operacionalização foi considerada como o contexto sanitário o concebe em seus documentos oficiais. A utilização do acolhimento na clínica foi refletida a partir da suspensão do saber antecipado daquele que fala sobre seu sofrimento, justamente como condição para a escuta e para o acolhimento. O referencial teórico-metodológico foi problematizado para fazer parte da escolha pelo profissional para cuidar das pessoas em sofrimento. O saber-fazer do tema estudado foi discutido nas dimensões da técnica, da postura e da reorientação do serviço. Compreende-se que um dos critérios para que o acolhimento torne-se efetivo deve ser pautado no acesso, acompanhamento e na co-responsabilização, tendo em vista que não é possível formular uma demanda se não há vínculo e sem ele não há transferência e nem cuidado singular. A função do acolhimento é também distinguir o tipo de queixa e demanda para avaliar a adequação dos serviços em relação ao usuário. Os profissionais que atuam no campo da saúde mental precisam saber de seu próprio desejo de estar nesse lugar do cuidado para que possam sustentar sua prática e se responsabilizar efetivamente pelo cuidado. A ética tem a ver com a

ⁱ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Especialista em Atenção Psicossocial. Trabalhou em CAPS tipo II. Professor Adjunto I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: jeferson.rodrigues@ufsc.br

ⁱⁱ Psicólogo. Mestre em Antropologia Social pela UFSC. Trabalhador de CAPS há 14 anos. Docente do curso de Psicologia do CESUSC. E-mail: felbrognoli@gmail.com

responsabilidade singular para com o outro, de responder a situação de vulnerabilidade, sofrimento e risco, mas para constituir profissionais capazes de responder ao outro, deve-se primeiro dar conta das ansiedades e dos medos que levam a pressupor que o outro seja eu mesmo na relação paciente-profissional. Ser profissional é ser acolhedor em qualquer circunstância, pois o acolhimento é inerente à prática de saúde no Sistema Único de Saúde em qualquer ponto da Rede de serviços e não apenas no momento da recepção ao usuário.

Palavras-chave: Acolhimento; Saúde Mental; Equipe; Multiprofissional.

ABSTRACT

This is an article that analyzes the theoretical reflection host the perspective of psychosocial care. The logic engendered understand the host as a device that cuts across health care and its operation was considered the health context conceives in its official documents. Using host the clinic was reflected from the suspension of the anticipated know that talking about his suffering, just as a condition for listening and for the host. The theoretical and methodological framework was questioned to be part of the choice by the professional to take care of people in pain. The know-how of the subject studied was discussed in the technical dimensions, posture and reorientation of service. It is understood that one of the criteria for the acceptance becomes effective should be based on access, monitoring and co-responsability, considering that it is not possible to formulate a demand that no bond and without it there is no transfer and no natural care . The role of the host is also distinguish the type of complaint and demand to assess the adequacy of services in relation to the user. Professionals working in the mental health field need to know your own desire to be in that place of care that can sustain your practice and be responsible for the care effectively. Ethics has to do with the unique responsibility to the other, to respond to a situation of vulnerability, suffering and risk, but to form professionals able to respond to each other, one must first take account of the anxieties and fears that lead to assume the other to be myself in the patient-professional relationship. Being professional is to be warm in all circumstances

because the host is inherent in the practice of Unified Health System at any point of the network services, not just at the time of receipt to the user.

Keywords: “*User embracement*”; Mental health; Team; Multidisciplinary.

1 Contextualização Sanitária – *Ethos* plural do acolhimento

O Sistema Único de Saúde em seus princípios e diretrizes ao orientar para a saúde descentralizada e articulada entre as três esferas de governo, remete para os municípios o dever e responsabilidade pela resposta aos problemas de saúde da população local de forma integrada. A organização do sistema sanitário pelos gestores aponta para uma conexão entre planejamento e execução a partir de um projeto ético-político de gestão onde o acolhimento seja entendido como eixo-diretriz transversal da Atenção à Saúde com vistas à integralidade.

As dimensões que revelam a relação entre a gestão sanitária e acolhimento podem ser vistas em um primeiro momento através de documentos institucionais do município - modelos e relatórios de gestão, pactuações, protocolos, manuais, legislações - onde os serviços de saúde estão inseridos, pois servem de guia para os novos trabalhadores ao inserirem-se no cotidiano dos serviços, ou seja, o que o setor saúde do município preconiza para o acolhimento nos serviços de saúde. Estes documentos auxiliam também na relação ensino-serviço como no PróSaúdeⁱⁱⁱ e PetSaúde/Mental^{iv}.

Cada serviço de saúde que compõe o sistema de saúde municipal, especificamente de Atenção Psicossocial, aponta para uma relação ampla (com a gestão municipal em saúde) e particular (com as especificidades de cada serviço). A intersecção entre o contexto sanitário e o acolhimento possui, de um lado, normas institucionais municipais e de serviços locais e, de outro

ⁱⁱⁱ PróSaúde é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, cujo objetivo é a reorientação da formação profissional, que busca assegurar uma compreensão global do processo saúde-doença, promovendo transformações na geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e na assistência à saúde da população. Disponível em: www.prosaude.org.br

^{iv} PetSaúde Mental pressupõe a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde/saúde mental, bem como de iniciação ao trabalho e vivências direcionadas aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS. Disponível em: www.prosaude.org.br

lado, uma relação que se referem ao Acesso – geográfico e organizacional; e a Reorientação de Serviços: projeto institucional, supervisão e processo de trabalho¹.

Em síntese, *o que e como* o acolhimento é utilizado na política municipal de saúde e saúde mental em termos documentais/normativos e seus desdobramentos operacionais nos serviços de saúde nas vivências entre sujeitos do sofrimento^v, família e profissionais de saúde mental, é o primeiro nível a ser constatado pelo sujeito de direitos de como o acolhimento enquanto diretriz, recepção do serviço e modo de escuta é concebido e praticado em termos políticos, de gestão e técnico.

2 Ações no Acolhimento – *Ethos* singular do acolhimento

As transformações no Modelo de Atenção em Saúde Mental no Brasil em que pese os preceitos da reforma psiquiátrica, a execução da política de saúde mental e o cotidiano da desinstitucionalização dependem diretamente da consolidação ética da relação entre profissionais, sujeitos do sofrimento e família nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial, tendo no acolhimento um princípio da integralidade.

Historicamente o processo de reforma psiquiátrica e a instalação de serviços de saúde mental comunitários e territoriais têm seguido as diretrizes do SUS antes mesmo de sua implementação, principalmente a descentralização dos serviços de saúde. Com esta diretriz os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), redimensionaram a importância e as funções do acolhimento (aliviar o sintoma do sujeito através da escuta e devolução do discurso do sujeito modificado pelo acolhedor³), demonstrando claramente sua relevância no estabelecimento do vínculo entre usuários-familiares e profissionais-equipe técnica, como forma de viabilizar o cuidado. Imprescindível ressaltar que, sem o estabelecimento desse vínculo, não há engajamento dos participantes no processo. Os objetivos do acolhimento estão ligados, portanto,

^v Sujeito do sofrimento é uma locução para manter o duplo sentido do termo sujeito, simultaneamente protagonista (sujeito de direitos) e condicionado pelo inconsciente (sujeito do inconsciente), pelas condições históricas e sociais tanto amplas quanto restritas. O sofrimento psíquico advém do posicionamento que o sujeito tem em relação a sua subjetividade².

tanto à possibilidade do vínculo, quanto à responsabilização do(s) profissional(is) por ele.

Segundo a autora^{4, p.2}

tal acolhimento se encadeia, por sua vez, com a oferta de um vínculo e a responsabilização por um cuidado. Abrir a porta não é apenas liberar a entrada e autorizar a permanência de cada um daqueles que chegam; trata-se de criar um lugar pelo qual se responde. Há que se delinear a direção de um tratamento, nunca a priori, e sim a partir daquilo que cada qual traz consigo. Afinal, descobrimos em cada problema a sua mais fértil possibilidade de solução, quando encontramos a maneira mais justa de formulá-lo.

Estamos assim nos referindo a essa prática como a oferta de uma relação, dimensão contida no próprio significado do termo *acolhimento*. Qual seria então a natureza ou condição desse vínculo?

Para esboçarmos uma resposta, é preciso ter em conta inicialmente que, ao considerarmos a perspectiva da singularidade, estamos penetrando no campo do cuidado. Compreendida dessa forma, a clínica do cuidado deve ser tomada como um método cuja aplicação pode ser verificada tanto na investigação científica ou na produção de conhecimento, quanto como prática de cuidado, que não se limita a nenhum saber específico, mas cujos princípios devem ser observados por todos os profissionais. Dentre seus princípios, cabe destacar aqui aquele que orienta a prática clínica para o privilégio da singularidade e que a define justamente como possibilidade do acolhimento da diferença.

Ordenada por uma lógica indutiva, cujo sentido vai do particular ao geral, dos efeitos às causas, das conseqüências ao princípio, da experiência à teoria⁵, a clínica⁶ deve promover um acolhimento ao excluído como sustentação do processo, das tensões e conflitos que impelem para o movimento de transformações.

É como dispositivo clínico que se torna necessário diferenciar os aspectos de queixa e demanda que sempre estão presentes no acolhimento. Por queixa designamos o relato que o sujeito faz de seu sofrimento, aquilo que

o aflige e do que ele, supostamente, quer se ver livre. É a dimensão fenomênica do sintoma, onde o sujeito aparece, por vezes, em sua formulação, na voz passiva: ele ou ela, é o objeto da ação de um outro que o/a faz sofrer.

Quando acreditamos na possibilidade de que podemos resolver tal sofrimento, facilmente nos encantamos com nossa própria capacidade em buscar uma solução para tal queixa, mas se não nos reconhecemos como capazes disso podemos também facilmente nos submeter ao sofrimento e nos imobilizarmos com a situação.

Entretanto, ao disponibilizarmos uma *escuta*^{vi} que não se detenha na queixa, podemos ultrapassá-la e, ao mesmo tempo, transformá-la em uma demanda por cuidado ao produzir uma implicação do sujeito nela. Isso significa poder traduzir e devolver a queixa reformulada em uma interrogação acerca do sintoma que mobilize o paciente a perseguir as respostas. Por essa via é que se pode desencadear uma mudança efetiva da posição subjetiva, uma vez que o sintoma, apesar do sofrimento que produz, paradoxalmente, produz também um montante de satisfação.

Isso é facilmente constatável pela dificuldade que qualquer um de nós demonstra em aceitar e cumprir com as orientações e admoestações repletas de bom-senso dos profissionais da saúde acerca dos cuidados que deveríamos tomar com nosso próprio bem-estar. O modelo biomédico contemporâneo não se cansa de enunciar prescrições e proscições de comportamentos que facilmente são esquecidas ou simplesmente deixadas de lado.

A mudança da posição subjetiva depende da formulação e elaboração de uma demanda dirigida ao cuidado singular. A afirmação da mudança de posição subjetiva como o objetivo do cuidado requer a consideração dos diversos aspectos envolvidos em tal processo, os quais se estendem no acompanhamento com o paciente e que vai além dos limites do acolhimento e, por isso não serão tratados aqui. Ressalta-se apenas que o acolhimento tem importância capital nesse processo.

De outro lado, temos que considerar a posição do profissional-equipe acolhedor/a.

^{vi} A Clínica analítica procura enfatizar a diferença entre ouvir e escutar. Assim, ouvir restringe-se a dar atenção aquilo que se manifesta na fala do sujeito. Escutar, porém, diz respeito a um paradoxo: escuta-se aquilo que não se diz, mas que surge de outras maneiras. A escuta, portanto, dirige-se ao sujeito do inconsciente.

Nas práticas tradicionais de cuidado em saúde vemos uma constante preocupação com o estabelecimento preciso de um diagnóstico no menor tempo possível. Se tal urgência pode ser valiosa em algumas situações, quando se trata do cuidado em saúde mental não podemos repetir indevidamente tal posição.

Consentâneo a essa preocupação, a necessidade de demonstrar um domínio técnico dos conhecimentos sobre o transtorno mental por parte do profissional, costuma mostrar-se inadequada.

De que forma poderia surgir um sujeito e sua verdade singular se aquele que o escuta parece saber tudo sobre ele? Se aquele que deveria acolher está mais preocupado em fixar os padrões de conduta que representam o comportamento normal ou anormal e, desse modo, encontrar a justa classificação diagnóstica? Se o sujeito singular do sofrimento pode ser rapidamente substituído pelo universal descrito no manual psiquiátrico? Que lugar restaria ao sujeito capturado nessa lógica, que não o de objeto?

Precisamos então considerar o lugar que ocupa o acolhedor nesse dispositivo.

Seguindo as indicações valiosas que nos propõe a Psicanálise, cabe ao profissional a necessidade de suspender seus próprios julgamentos para que sua escuta possa captar as nuances do discurso e não se constitua uma restituição moralizante, seja ela psiquiátrica ou não, que venha a produzir um sentido prévio para aquilo que o sujeito vive. Daí afirmar-se a necessidade de sustentar uma posição de não-saber, ou seja, uma suspensão de todo saber antecipado e antecipador daquele que fala sobre seu sofrimento, justamente como condição para a escuta e para o acolhimento. Trata-se mesmo de não estabelecer sentidos e conclusões *a priori*, de modo ao acolhedor não intervir indevidamente com seus próprios conteúdos.

De outra maneira, o reconhecimento daquilo que dispõe o profissional diante dos desafios que a loucura nos propõe, coloca para nós a necessidade do reconhecimento do desejo de estar ali, escutando e dando suporte a sofrimentos por vezes assombrosamente intensos e incabíveis.

É preciso também considerar que aquilo que o sujeito traz como sintoma não é, em si, o seu mal. Desde Freud, sabemos que os sintomas estão impregnados de sentido e representam, antes de tudo, uma tentativa de

solução de um conflito⁷. Portanto, não é possível abordarmos tais sintomas como algo que precisa ser extirpado a qualquer custo.

Principalmente em se tratando da psicose desencadeada, onde os delírios e alucinações costumam produzir um grande impacto sobre quem os testemunha, Freud demonstrou na análise do Caso Schreber, o quanto tais produções representavam uma tentativa de reparação ou de “estabilização” do sujeito⁸.

É também como dispositivo clínico que no acolhimento podemos dispensar indicações técnicas muito precisas, uma vez que se trata muito mais de uma postura ética do profissional. Colocam-se entre parênteses as indicações de manejo previamente estabelecidas nos manuais, tão familiares aos profissionais da área da saúde, porque em geral significam sentidos prévios aos sintomas, pois carregam em sua formulação uma concepção acerca do sujeito e seu sofrimento que se apresentam diante de nós.

A postura de não-saber é o que viabiliza essa ética, onde fundamentalmente o sujeito não pode ser tomado como “portador” de um sofrimento, doença ou sintoma. Ele é essas coisas, no sentido em que elas fazem parte dele e, em geral, elas o acompanham a maior parte de sua vida.

Sermos humanos equivale a estarmos expostos, a sermos dependentes, vulneráveis e necessitados de proteção, de um reconhecimento público em que o valor dessa singularidade exposta venha a ser acolhida. Devemos ter em conta o fato de que o humano pode considerar insuportável a sua própria condição humana, pois ele é pleno de histórias de vida com conflito e cooperação. A ética tem a ver com a nossa responsabilidade singular para com o outro, de respondermos a situação de vulnerabilidade e sofrimento, mas para nos tornarmos profissionais capazes de responder ao outro, devemos primeiro dar conta das ansiedades e dos medos que levam a pressupor que o outro seja eu mesmo⁹.

Em síntese, se não é possível formular uma demanda, não há vínculo e sem ele, não há transferência e nem cuidado singular.

Destarte, a singularidade do Acolhimento pode ser vista em três dimensões¹: a) técnica; b) postura; c) reorientação do serviço.

a) Técnica: Interesse, Conhecimento e Práxis

A dimensão Técnica do acolhimento significa a utilização do saber/conhecimento do profissional para compreender e interpretar a demanda do sujeito. Todavia, nos serviços de saúde, se faz necessário, em um primeiro momento, análises permanentes em reuniões e supervisões de equipe, discussões e pactos acerca da concepção e da prática do acolhimento em saúde mental para a equipe, pois, como alerta¹⁰, os profissionais-equipe que realizam o trabalho na atenção psicossocial enfrentam contradições de concepções teórico-metodológicas sobre *o que e como* fazer, conseqüentemente, promovem relações de poder dentro da equipe.

Assim, a recíproca subjetiva na relação profissional com o sujeito do sofrimento pressupõe, para o enfermeiro-equipe conhecimento teórico^{vii}, diálogo com profissionais mais experientes, autoconhecimento e engajamento político. O lugar de onde o enfermeiro anuncia o acolhimento como dispositivo clínico do cuidado e como ordenador do processo de trabalho requer, previamente, reflexão (autoreflexão) e crítica (autocrítica) epistemológica.

A escolha por teorias que permitam interpretar, compreender e responder a prática em saúde mental e atenção psicossocial com resolutividade e satisfação frente ao sujeito do sofrimento é o primeiro passo para que o enfermeiro se habilite para tal dispositivo de cuidado. A busca por teorias de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental pode levar o enfermeiro a buscar outras teorias, além da enfermagem, como, por exemplo, a psicanálise, a esquizoanálise dentre outras, para que a leitura e a escuta analítica da situação vivenciada sejam realizadas distantes do senso comum e balizadoras para o acompanhamento do sujeito pela equipe, quiçá para a construção do projeto de cuidado singular.

Isto exige interesse pelo conhecimento, exercício de práxis e compreensão para os momentos em que há a suspensão de referenciais, devido à condição da estrutura psíquica do sujeito e ao reconhecimento do tempo do usuário, para que ele construa o sentido para aquilo que está vivenciando, sem recorrer a um código moral para isto.

^{vii} As principais correntes teóricas para o campo da Atenção Psicossocial estão apresentadas em *Abordagens Psicossociais, Volume I*, Vasconcelos (2008).

O registro de cada acolhimento deve ser feito para resguardar a ética do atendimento pelo serviço e para que a equipe conheça e se responsabilize sobre a situação do sujeito.

O registro de enfermagem, além de termos técnicos, deve considerar a explicação que o sujeito confere à sua condição, os sentimentos que acompanham as idéias e as situações em que essas aparecem. O registro de enfermagem deve promover uma linguagem viva do cuidado¹¹.

b) Postura: Profissional/Equipe

A dimensão Postura no acolhimento implica a forma como o profissional-equipe recebem e se colocam no momento em que o sujeito e/ou acompanhante e/ou família chegam no serviço. Isso implica uma relação de interesse mútuo, confiança e apoio. As relações intraequipe devem ser democráticas e estimular a participação, autonomia e decisão coletiva¹².

O acolhimento como momento de encontro permeia “uma troca de olhares, um cuidado nas primeiras palavras, atenção nos detalhes dos gestos, nos silêncios, porque o encontro com o sujeito e com seu mundo nem sempre é traduzível em palavras”^{13, p.131}.

Ao receber o sujeito a pergunta deve ser a mais simples possível: “E então?; O que está acontecendo?; Em que posso ajudá-lo?”^{14, p.141}. O que está te incomodando no momento? A partir daí escuta-se o relato para responder a essa primeira interpelação.

Uma imagem mental também pode ser construída a partir da pergunta: “o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com nosso suporte?”. Significa ofertar apoio e suporte às ações do sujeito para que o mesmo se responsabilize por seus posicionamentos em conflito psíquico. Para a autora o sujeito tem a possibilidade de se interrogar sobre “o que eu faço aqui?; o que posso fazer para encontrar uma solução?”^{15, p.81}.

Nesse sentido, deve ser levado em conta no acolhimento também o ambiente familiar, a rede social e o trabalho como valor social do sujeito, fatores estes, pressupostos também da construção da cidadania¹⁶. Levando em conta esses aspectos podemos apoiar o estabelecimento do projeto terapêutico singular a partir de um diagnóstico situacional, evitando com isso a mera classificação sintomática pelos padrões do DSM ou CID 10.

Um dilema que encontramos da atitude no acolhimento é quando não é o sujeito que procura por ajuda, mas o familiar ou acompanhante, pois lidamos com resistências e com um mosaico de histórias. Outro dilema é com quem se faz o primeiro acolhimento, profissional/equipe com o sujeito somente, se o sujeito e família/acompanhante vêm juntos. Estas questões devem ser analisadas em equipe para que as atitudes sejam semelhantes, ainda que algumas situações exijam soluções individualizadas.

c) Reorientação do Serviço

A dimensão Reorientação do Serviço significa que o acolhimento possui um princípio organizador do processo de trabalho em equipe. A organização do acolhimento no serviço visa garantir o acesso e a universalidade, resolubilidade e ações humanizadas, porém esta organização deve ser construída através da gestão participativa, democrática e interativa entre os envolvidos nos serviços de saúde¹⁷.

Destacamos o controle social pelos sujeitos/usuários, família, acompanhantes, associações de usuários e familiares, como possibilidade de avaliarem constantemente como o acolhimento está sendo organizado e realizado no serviço. Outro fator importante é a educação em serviço (formação, capacitação) para os profissionais, que depende do interesse individual e coletivo da equipe e do gestor, para que o acolhimento seja um momento de desafio e transformação.

A decisão se profissional de nível médio e/ou superior atuem no acolhimento é uma questão que se resolve em equipe, tendo como critério disposição para o diálogo e como seria o perfil de um profissional acolhedor.

Outro dilema geralmente nos serviços é se o sujeito é um caso CAPS ou caso de atenção básica ou de outro serviço da Rede. Compete a equipe e gestor discutirem esta questão já que, por um lado, a ética é regida pelos princípios e diretrizes do SUS, e por outro lado, cada realidade local investe em sua melhor forma de responder às demandas em saúde mental da população.

Em síntese, uma função do acolhimento é distinguir o tipo de queixa e demanda para avaliar a adequação dos serviços em relação ao usuário. É necessário avaliar vários fatores: se a pessoa consegue suportar o ambiente do CAPS, deslocamento/distância e recursos financeiros para freqüentar o

serviço, quais suportes e de acompanhamento – se preciso – terá para freqüentar o serviço. Enfim, o diagnóstico psiquiátrico, por si só, não é suficiente para definir a inserção do sujeito num serviço. Então precisamos também de avaliar sua condição nos três cenários onde a vida cotidiana se desenrola: família, comunidade e trabalho.

Acolhimento envolve conhecimento em e de Rede Intersectorial.

3 Considerações Finais

Podemos constatar que o acolhimento em saúde mental é complexo e envolve reflexão crítica e criatividade enquanto dispositivo clínico do cuidado. A forma como o acolhimento é utilizado na política municipal de saúde/saúde mental nas normativas e como diretriz para a prática do profissional-equipe nos serviços são maneiras de se identificar como cada realidade local concebe e torna pragmático o acolhimento.

As ações singulares do acolhimento envolvem conhecimento para orientar a escuta, alívio do sintoma para, a partir da queixa, aproximar e permitir a formulação de uma demanda de tratamento; requerem técnicas, posturas e reorientação dos profissionais nos serviços de saúde para possibilitar uma organização do processo de trabalho com vistas ao acesso e acompanhamento de cada sujeito em seu projeto de cuidado singular.

Acima de tudo, o acolhimento requer uma disponibilidade para suportar o sofrimento e a dor daquele que nos procura, sem deixar-se imobilizar pelas dificuldades de solução e o acúmulo de problemas que o sujeito relata, mas também sem se “contaminar” pela pressa em resolvê-los, ignorando as soluções que o próprio usuário foi capaz de articular.

Por outro lado, os profissionais que atuam no campo da Saúde Mental precisam saber de seu próprio desejo de estar nesse lugar, para que possa sustentar sua prática e se responsabilizar efetivamente pelo cuidado.

O enfermeiro com a equipe do serviço busca aprofundar seu *núcleo* de saber-fazer profissional para contribuir e se aglutinar no *campo* das relações profissionais em atenção psicossocial.

Portanto, o acolhimento é transversal às ações, níveis e modelos de saúde e saúde mental porque, embora seja tido como uma prática em um dado momento de acordo com a organização do trabalho, este se dá em quaisquer

práticas de atenção à saúde pelo profissional-equipe. Ser profissional é ser acolhedor em qualquer circunstância, acolhimento é inerente a prática de saúde no SUS em qualquer serviço.

REFERÊNCIAS

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

COSTA-ROSA, A. *Ética e clínica na atenção psicossocial*. Mimeo. 2010.

VIANA, C.A.T. *Entrevistas Preliminares*. Científico. Ano VII, v. II, p.303-305. Salvador, julho-dezembro 2007.

LOBOSQUE, A.M. CAPS: laços sociais. *Mental* [online]. 2007, vol.5, n.8, pp.53-60.

HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. RJ: Objetiva, 2001.

ANDRADE, A.N. Psicólogo(a) Clínico(a) e a Atuação em Comunidade: Incertezas e Desafios para sua Formação. *Psykhé*, 1999, Vol.08, Nº01, 66p.

FREUD, S. O sentido dos sintomas (1916). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVI.

FREUD, S. Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) (1911). In: Edição standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. XII.

CAVARERO, Adriana; BUTLER, Judith. *Condizione umana contro 'natura'*. *Micromega. Almanaco di Filosofia*.. Roma, Gruppo Editoriale L'Espresso, n. 4, 2005, pp. 135-146. Trad. portuguesa de Selvino Assmann.

OLIVEIRA, A.G.B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. *Esc. Anna Nery* [online]. 2006, vol.10, n.4, pp. 694-702.

ROCHA, R. *Enfermagem em Saúde Mental*. 2.ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005. 192p.

SCHMIDT, M.B; FIGUEIREDO, A.C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. 2009, vol.12, n.1, pp. 130-140.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Tese de doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, M.E (Org.). MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Linha Guia - Atenção em Saúde Mental*. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.VII, n. 1, p. 75-86, mar. 2004.

COIMBRA, V.C.C; KANTORSKI, L.P O acolhimento em centro de atenção psicossocial. *Revista Enfermagem UERJ* 2005; 13:57-62.

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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.