

PRODUÇÃO DE SENTIDOS ACERCA DO ACOLHIMENTO ENTRE TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Production of meanings about receptivity between workers of a Psychosocial Care Center

Mariane Zarpelon Zarpelon¹
Gustavo Zambenedetti²

Artigo encaminhado: 24/04/2017
Aceito para publicação: 25/10/2019

RESUMO: O acolhimento é uma das práticas de cuidado preconizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. O objetivo deste estudo é analisar os sentidos atribuídos ao acolhimento por trabalhadores de um CAPS I de um município do interior do Paraná. O método segue uma abordagem qualitativa com entrevista com trabalhadores e observação participante. Os resultados apontam para três categorias analíticas: sentidos acerca do acolhimento, organização dos processos de trabalho e potencialidades/dificuldades em relação ao acolhimento. Concluímos que o serviço tem o acolhimento como dispositivo central, priorizando o usuário e atuando de modo interdisciplinar, rompendo padrões do modelo biomédico.

Palavras-chave: Acolhimento. Saúde mental. Atenção psicossocial. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT: Receptiveness is a form of health care practice advocated by Psychosocial Care Centers - CAPS. The aim of this study is to analyze meanings attributed to receptiveness by workers of a CAPS I in a municipality of Paraná State, southern Brazil. A qualitative approach with interviews with workers and participant observation was used. Results pointed to three analytical categories: conceptions of receptiveness, organization's work processes, and potentials/difficulties with receptiveness. We concluded that the studied service has receptiveness as a central device, prioritizing the patient and using an interdisciplinary approach, breaking patterns of the biomedical model.

Keywords: Receptiveness. Mental Health. Psychosocial care Psychiatric reform.

1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS constituem-se como um dos dispositivos fundamentais da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo como objetivo a realização de acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários, constituindo-se como referência para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves ou outros quadros considerados severos (BRASIL, 2004). Este serviço constitui-se como um dos

¹ Psicóloga (especialista em recursos humanos) do Centro de Referência em Assistência Social – CRAS Lagoa. marianezarpelonmz@gmail.com .

² Mestre e Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Professor adjunto do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro/PR). gugazam@yahoo.com.br

pontos de atenção previstos dentro da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS (BRASIL, 2011), devendo articular-se de forma intra e intersetorial.

No âmbito da reconfiguração das práticas profissionais visando uma atenção em rede de cuidados, emerge a prática do acolhimento, a qual passa a ser preconizada pelos CAPS e demais serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde-SUS. Estudos envolvendo a dimensão do acolhimento em saúde mental foram realizados em serviços de urgência (VIDAL, GONTIJO, 2013), serviços de atenção básica (MINÓIA, MINOZZO, 2015; MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011) e Centros de Atenção Psicossocial (COIMBRA, KANTORSKI, 2005; SCHMIDT, FIGUEIREDO, 2009; BALLARIN et al, 2011; HECK et al, 2012; ANDRADE, BOSI, 2015).

Vidal e Gontijo (2013) investigaram, a partir da percepção dos usuários, como ocorre o acolhimento em serviços de urgência ao indivíduo que tenta suicídio. Concluiu que existe um despreparo das equipes para o acolhimento destas ocorrências, expressas por atuações pouco humanizadas, resultado do preconceito, desinformação e ausência de compreensão de especificidades da saúde mental, como a compreensão da tentativa de suicídio como um pedido de ajuda. Observou-se, ainda, falta de articulação com serviços da rede para encaminhamento dos usuários para engajamento em um tratamento. Quando houve o encaminhamento, foi realizado de modo burocrático. Minóia e Minozzo (2015) apresentam um relato de experiência sobre a implantação do acolhimento em saúde mental em uma unidade de saúde, caracterizado através de 3 etapas.

Na primeira, houve um trabalho de acolhimento que era desenvolvido em um dia da semana, por um médico e um psicólogo. A partir da avaliação das limitações deste modelo, passou-se para a segunda etapa, onde toda a equipe passou a acolher os casos de saúde mental, em qualquer momento em que estes casos chegassem na unidade. Em um terceiro momento trabalhou-se com o apoio matricial, onde profissionais “especializados” discutiam os casos acolhidos junto com a equipe, visando a qualificação das ações. Este relato de experiência mostra um processo de transformação do acolhimento em saúde mental, através de três diferentes arranjos técnico-assistenciais, deslocando uma abordagem mais especializada para uma abordagem mais interdisciplinar e integral, com foco nas necessidades dos usuários. Em estudo realizado por Andrade e Bosi (2015) com usuários de dois CAPS, estes indicaram que o acolhimento é um dos indicadores da qualidade do cuidado prestado nos CAPs, ao lado de outros aspectos como ambiência, a boa interação entre profissionais e usuários, o monitoramento medicamentoso e a humanização.

É importante considerar que a proposição do acolhimento está imersa em um conjunto de disputas de práticas e modelos, constituindo-se como uma prática em construção. O acolhimento expressa uma tentativa de romper com o modelo sedimentado no setor saúde, atravessado pela lógica do agendamento de horários segundo categorias profissionais específicas (multiprofissional), filas de espera e triagens calcadas no modelo sintomatológico e médico-

centrado. O modelo sintomatológico tem como foco a lógica do atendimento centrado na consulta, identificação de sintomas, diagnóstico e recomendação terapêutica (TENÓRIO, 2001). Este modelo tende a reduzir o sujeito aos seus sintomas e à sua doença, correndo o risco de reduzir também o tratamento à administração de medicação com vistas a estabilização dos sintomas. Já o modelo profissional-centrado é organizado em torno das necessidades médicas ou dos demais profissionais. Por outro lado, Merhy (2002) defende a construção de serviços e sistemas de saúde que coloquem as necessidades do usuário como foco de organização do serviço, produzindo uma lógica usuário-centrada.

A Política Nacional de Humanização concebe o acolhimento como

um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2004, p. 5).

Apesar destas distinções, observa-se o risco de que ocorra uma simples mudança de nomenclatura no cotidiano dos serviços de saúde, acompanhada pela manutenção das mesmas práticas e sentidos. Sendo assim, o acolhimento é ainda um desafio para muitas equipes, pois exige uma nova organização dos processos de trabalho, com caráter interdisciplinar. Neste contexto surge o interesse em compreender como os profissionais de um CAPS de um município do interior do Paraná produzem sentidos e organizam o acolhimento.

2 MÉTODO

O método utilizado neste trabalho tem por base a abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2008) esta abordagem caracteriza-se por considerar o significado e a intencionalidade que se ligam a valores e aos relacionamentos entre grupos, instituições e cultura. Há preocupação em compreender e captar a história, assim como as concepções de mundo. O pesquisador trabalha com um objeto construído e com a possibilidade de transformação.

A pesquisa foi realizada em um CAPS I de um município no interior do estado do Paraná, reconhecido como referência no Estado. Os informantes foram os trabalhadores de nível superior, técnico e/ou médio que realizam o acolhimento no CAPS I (uma psicóloga, dois assistentes sociais, dois técnicos de enfermagem, uma educadora) e dois estagiários de serviço social. Os instrumentos utilizados na produção de dados foram: entrevista semi-estruturada com os informantes e observação participante de momentos

designados pelos profissionais como estando relacionados ao acolhimento. A produção dos dados ocorreu em julho de 2013. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para a realização das observações o pesquisador esteve no serviço durante três quartas-feiras (um dos dias da semana em que se realizava acolhimento), perfazendo 20 horas de observação. Elaborou-se um diário de pesquisa para o registro das observações.

O CAPS I está localizado em um município com população situada na faixa entre 40.000 e 50.000 habitantes, o qual também conta com um CAPS ad. O CAPS I foi implantado em 2006, após cerca de três anos do trabalho de construção do projeto do serviço. Possuía à época do estudo nove trabalhadores, sendo cinco profissionais com nível superior (destes um já possuía e um estava cursando pós-graduação), dois tinham nível técnico e dois profissionais com nível médio. O serviço também incluía duas estagiárias, estudantes do curso de serviço social. O tempo de formação dos profissionais de nível superior variava de menos de um ano até 17 anos. Já o tempo de trabalho no CAPS variava de 10 meses a sete anos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro)/Paraná e a participação dos informantes ocorreu mediante leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Em dezembro de 2013, após a finalização da pesquisa, foi realizado um encontro de devolutiva junto à equipe do CAPS. Para a apresentação e análise dos dados foram selecionados relatos dos participantes, os quais não são identificados, visando preservar o anonimato.

A análise dos dados teve como base a análise de conteúdo (Minayo 2008). Após a organização das transcrições e do diário de campo foi realizada uma leitura extensiva do material, na qual foi possível identificar a emergência de temas centrais, conformando três linhas de análise: sentidos acerca do acolhimento, organização dos processos de trabalho e potencialidades/dificuldades em relação ao acolhimento. Os dados foram selecionados e correlacionados com aspectos teóricos, possibilitando um exercício analítico.

3 RESULTADOS: CATEGORIAS ANALÍTICAS

3.1 Os sentidos acerca do acolhimento

O que os profissionais compreendem acerca do “acolhimento” está relacionado, centralmente, à escuta inicial realizada em três situações: com novos usuários que chegam ao CAPS; com usuários vinculados ao serviço e que apresentam algum tipo de intercorrência ou urgência (como situações de crise); e com usuários que já tiveram alta do CAPS ou desistência do tratamento e retornam ao serviço. Arelado a essa compreensão, foi possível identificar diferentes sentidos atribuídos ao acolhimento.

Entre alguns trabalhadores, o acolhimento é entendido como base do serviço, momento de: apresentar o serviço ao usuário, perceber qual demanda

aquele sujeito traz, realizar um bom atendimento para que o sujeito retorne ao serviço, se necessário. Um fragmento de uma das entrevistas demonstra esta compreensão “O acolhimento é o coração do CAPS, porque se você não fizer um bom acolhimento a pessoa não vai ficar, não vai se sentir bem...” ou então “Se ela chega no acolhimento, ela é bem tratada, bem acolhida, bem recebida, se ela precisar ficar para atendimento, ela fica. E se você fizer um acolhimento que a pessoa não vá muito com a tua cara, ou você não receba tão bem esta pessoa”.

Um dado de observação que chama a atenção é o caso de um usuário que relata o quanto o CAPS é importante em sua vida “*mudei de cidade, vim para um lugar tranquilo, falaram do CAPS, mas fiquei assim de frequentar um lugar que diziam que era para loucos. Resolvi que participaria, então notei mudanças na minha vida e hoje volto com prazer aqui, sou bem recebido e gosto daquilo que tem para mim aqui. Agora consigo fazer coisas que antes não conseguia, meu problema é bem menor*”. Segundo Andrade e Bosi (2015), através dos depoimentos de usuários de CAPS foi possível constatar que,

Longe de representar uma abstração, o acolhimento se traduz no cotidiano, mediante gestos simples como a forma cordial de atendimento, na qual os profissionais chamam os usuários pelo nome, orientam sobre procedimentos a serem realizados por meio de uma linguagem acessível, escutam e valorizam os relatos dos usuários. (BOSI, 2015: 892).

Ballarin et al (2011) confirmam a importância da produção de vínculo, expressa na relação estabelecida entre profissionais e usuários, pois quando esta relação é prejudicada não há um trabalho integral e baseado no princípio de superação de um modelo biomédico e de saberes fragmentados.

O acolhimento é descrito por alguns trabalhadores também como a porta de entrada para o serviço, espaço de escuta, de preservação do sigilo e bem estar. Verificamos isso através da fala de dois trabalhadores “*eu prefiro que seja numa sala aqui, ou da enfermagem, ou a minha, ou da assistência social, porque a pessoa se emociona e tem aquela sensação de que tem alguém interrompendo. Eu preconizo isso, o sigilo e um espaço que não tenha interrupções*” e “*Imediatamente ele será atendido. Atendemos onde há um lugar vago, sempre com o maior cuidado e o sigilo*”.

Estas passagens estão em consonância com Coimbra e Kantorski (2005), que defendem a eficácia de ações que envolvem a escolha de um local tranquilo e sem perturbações, que promovem uma escuta com qualidade, abrindo espaço para o usuário, o deixando livre para falar sobre seu sofrimento. Através desta escuta, o profissional poderá perceber e compreender o sofrimento, trazendo possibilidades de uma assistência integral e humanizada.

De acordo com Kantorski et al (2011) o acolhimento pode ser considerado um espaço de encontro entre usuários e trabalhadores de saúde. É uma tecnologia de relação que favorece a interação entre

usuários/trabalhadores/família, nos fazendo entender o usuário como portador de singularidades. Esta ideia é afirmada nas palavras de um dos trabalhadores *“porque neste momento a pessoa pode se sentir segura, acolhida, vê que tem profissionais disponíveis pra escutar ela, independente se é caso de CAPS ou não, é ali que vai fazer o diferencial do teu trabalho depois né, porque você esta indo num lugar porque você tem um problema não esta indo ali num lugar porque você esta bem, então é um pedido de uma boa receptividade”*.

É possível também dizer que o acolhimento é uma postura que implica em responsabilização e autonomia de quem participa do processo. A escuta disponibilizada no acolhimento é um espaço de troca de informações, propiciando o entendimento, por parte do usuário, sobre aquilo que acontece a ele e de alguma forma favorecendo o alívio de tal sofrimento.

Neste sentido, um trabalhador menciona que *“Vamos verificar este sofrimento da pessoa, se ele interfere e em que grau interfere na vida cotidiana dela, no trabalho, nas relações familiares e neste sentido a gente vê se o CAPS pode ajudar na superação deste quadro inicial que ela trouxe”*. Essa fala indica uma superação do modelo eminentemente sintomatológico, pois considera o sofrimento na relação com o contexto de vida dos sujeitos. Este aspecto fica mais evidente quando é mencionada a preocupação com a superação do preconceito e a criação de alianças entre usuários e profissionais, visando *“falar um pouco do que ela ta sentindo e também ser um agente de transformação, assim ela vindo aqui, sendo bem acolhida, como o próprio nome diz essa questão mais humana e também ela la fora vai ser uma pessoa que vai ta ajudando a gente, com a questão de preconceito, de exclusão, porque a gente sente, como disseram já: porque antes de chegar aqui fiquei com medo do que eu ia encontrar, que era um espaço só de loucos”*.

Os profissionais também mencionam que o acolhimento deve favorecer a criação de vínculos e o estabelecimento da confiança, pois o usuário já chega ao serviço fragilizado, sendo importante a constituição de um momento de identificação empática entre usuário e profissional, visando a compreensão dos problemas que se apresentam. Nesse sentido, percebe-se uma aproximação do acolhimento com o que Teixeira (2003) define como um “encontro”, a partir da filosofia de Spinoza, ressaltando a necessidade de uma disponibilidade de escuta e abertura tanto do profissional quanto do usuário para que a relação entre oferta e demanda de cuidados possa ser construída. Trata-se de constituir algo em comum entre aquilo que o usuário necessita e aquilo que o serviço pode ofertar.

O espaço-dispositivo de escuta presente no acolhimento pode ter a capacidade de produzir efeito terapêutico em sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico, por isso torna-se importante que os CAPS ofereçam espaços considerados acolhedores. Segundo Scheibel e Ferreira (2011, p. 973):

o acolhimento enquanto um espaço-ambiente de escuta pode proporcionar o holding necessário ao sujeito-usuário,

apresentando-se como um conceito-ferramenta que pode contribuir para o processo terapêutico de sujeitos acolhidos em serviços de atenção psicossocial.

Em consonância com as afirmações de Scheibel e Ferreira (2011) um dos trabalhadores afirma que o acolhimento “*É o principal, porque quando o usuário chega ele já tá desconfiado, inseguro, então é no acolhimento que você vai passar o cuidado com aquilo que você fala, o acolher mesmo, o ouvir, o fazer ele se sentir importante, aqui ele tem toda a liberdade pra falar e se abrir conosco pra ver o que pode ser feito.*”. Esta fala também revela o potencial clínico atrelado ao acolhimento. Segundo Belloni e Figueiredo (2009), o modo como o acolhimento é feito é determinante para os desdobramentos do atendimento: “acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar, discriminar as demandas” (p. 136).

As concepções sobre a prática do acolhimento também perpassam outros sentidos, como o de avaliação realizada no usuário para verificar se está dentro dos parâmetros do CAPS, como expressa a fala a seguir: “*Avaliação que a gente faz na pessoa para saber se ela se encaixa em parâmetros de CAPS ou não.*”. Outra descrição que é apresentada sobre o acolhimento é a de “*uma prática revestida de sentido humano*”. Porém, Brasil (2012) alerta para o fato de que o acolhimento não pode ser restrito a uma ação voluntária e de bondade por parte de alguns profissionais - o que remeteria a uma perspectiva assistencialista, não correspondendo à compreensão da saúde como direito.

Do mesmo modo, também não pode ser restrito a uma recepção administrativa e espaço confortável ou também uma ação de triagem (administrativa médica ou da enfermagem) que verifica quais sujeitos serão atendidos pelo serviço naquele momento e quais serão excluídos. Todas estas ações realizadas de forma isolada correm o risco de reduzir o acolhimento a ações descontextualizadas sem compromisso com a criação de vínculos.

O acolhimento é considerado como uma das diretrizes de maior valor ético, político e estético da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2012). Político, por envolver-se e proporcionar protagonismos em diferentes encontros; ético, em decorrência do compromisso em reconhecer o outro em suas diferenças e modos de ser, estar, fazer; e estético, por envolver a criação de estratégias que contribuem para a construção de formas mais dignas de vida.

Portanto, o acolhimento deve estar em constante discussão e análise, visto que se constitui como uma prática em construção e transformação, permeada por diferentes sentidos, os quais podem tanto romper com modelos hegemônicos quanto reproduzi-los.

3.2 A organização dos processos de trabalho para o acolhimento

Benevides (2005) afirma a indissociabilidade entre clínica e política, ou seja, entre as formas de gerir e organizar a atenção em relação aos modos de cuidar. Nesse sentido, torna-se importante caracterizar o modo como o serviço organiza o processo de trabalho na relação com o acolhimento. Esta organização envolve o que podemos caracterizar por três ferramentas-operadoras: - portas abertas; - trabalho em equipe interdisciplinar; - acolhimento como disparador de redes de ações.

Propõe-se um trabalho sob a perspectiva de portas-abertas, ou seja, qualquer usuário poderá ser acolhido ao chegar ao serviço, seja por demanda espontânea ou por encaminhamento: *“Eles podem chegar a qualquer momento, não tem um horário marcado, chegou o usuário ele vai ser atendido”*. Em alguns casos, verificando-se que não se trata de uma situação urgente e que o usuário tem condições de retornar ao serviço, é realizado o agendamento de um novo encontro para dar sequência ao acolhimento. A equipe organiza escalas de acolhimento por turnos de funcionamento do serviço, havendo sempre a disponibilidade de um ou dois profissionais que ficam de “sobrevisto” para a realização do acolhimento para novos usuários, usuários do serviço que apresentam alguma intercorrência ou ex-usuários que retornam ao serviço.

Outro aspecto a ser destacado é que se preconiza que o acolhimento seja realizado por profissionais de diferentes áreas, com a finalidade de produzir composição de saberes, sendo que qualquer profissional de nível superior e/ou técnico pode realizar o acolhimento, assim como os estagiários, sempre acompanhados por um técnico de referência. Esse modo de organização está em consonância com outros relatos (HECK et al, 2012), assim como com a compreensão do acolhimento como uma ação relacionada ao campo de competências profissionais. Ou seja, trata-se de uma tecnologia de atenção que não é restrita a um núcleo profissional, mas sim, à todos os profissionais da equipe, conformando uma atribuição do campo de competências profissionais (CAMPOS, 1997).

Existem duas fichas que são preenchidas durante ou após o acolhimento. A primeira delas, preenchida na recepção do CAPS, possui dados pessoais, sociais e econômicos. A outra ficha serve como roteiro para nortear a prática do acolhimento, contendo alguns postos-chave, como: como chegou ao CAPS, quem indicou o serviço, consegue alimentar-se sozinho, consegue lembrar-se de cuidar de si sozinho, faz uso de medicação, entre outras questões. A criação desta ficha foi pensada para a organização das informações do usuário em um prontuário único e de fácil acesso e compreensão, sendo ressaltado na fala dos profissionais que não há uma redução do acolhimento ao simples preenchimento da ficha. Ela se configura como um instrumento de trabalho, registro e compartilhamento de informações na equipe e não como a finalidade última do trabalho.

Neste serviço já foram realizadas tentativas de padronizar um roteiro para o acolhimento. No entanto, após discussões em equipe, chegaram à conclusão de que isso não seria possível, em decorrência da existência de

peculiaridades que muitas vezes escapam a uma padronização, como expõe um dos trabalhadores *“a gente pensa que questões devem ser formuladas de acordo com cada caso. Se tivéssemos coisas prontas seria algo muito positivista. Precisaria sim de uma coisa mais subjetiva, mais voltada para a realidade que o usuário está trazendo pra gente”*. Essa flexibilização também é necessária a fim de que o acolhimento não seja visto como um interrogatório do profissional em relação ao usuário.

Com relação à inclusão de todos os profissionais no acolhimento, a equipe lança a compreensão de que, em saúde mental, nem sempre é possível estabelecer de modo antecipado o profissional com o qual o usuário estabelecerá vinculação. Além disso, o atendimento em equipe pressupõe também um compartilhamento de informações, para a efetivação de um trabalho de modo integrado, conforme a fala a seguir *“então nada mais justo do que incluir todas estas pessoas no CAPS, porque aí todo mundo vai estar falando a mesma língua, tudo no mesmo esquema, porque as vezes uma palavra se você não estiver bem orientado sobre o que vai falar, pode acabar com todo o tratamento, por isso que todo mundo deve estar incluído”*.

Com relação ao atendimento, a equipe do CAPS afirma a universalidade (qualquer pessoa que chegar ao serviço será atendida), a humanização (atenção centrada em aspectos do usuário), a escuta qualificada (profissionais da área da saúde mental prestando atendimento) e a garantia de encaminhamento (para seguimento do acompanhamento no CAPS ou para outro serviço da rede de atenção). Além disso, o trabalho interdisciplinar acaba por destacar o diferencial de um trabalho que é centrado no usuário e corresponde a uma atenção psicossocial, rompendo com as decisões verticalizadas e processos de trabalho médico-centrados.

É importante situar que o acolhimento está entrelaçado às demais atividades do CAPS, disparando redes de ações, como a formulação do Plano Terapêutico Singular – PTS. Segundo o relato dos profissionais, a construção do PTS não é fechada no primeiro contato, mas sim no decorrer do processo, pois muitos usuários apresentam dificuldade para identificar ou expressar suas preferências e escolhas já no primeiro encontro. Segundo Belloni e Figueiredo (2009), *“o acolhimento exige, por um lado, uma ação imediata (urgência) e, por outro, um intervalo de tempo para a resposta (traçar a conduta). Este é o momento de um diagnóstico da situação, de uma primeira abordagem do que se apresenta”* (p. 136). Muitas vezes, é somente ao longo de alguns encontros que as expectativas emergem, delineando rumos para a constituição do PTS e do seguimento do acompanhamento no CAPS. Conforme a fala de um trabalhador *“porque tem aqueles que a gente fala venha e veja quais atividades você gosta mais, com alguns deu certo, já outros por você não ter um direcionamento eles acabam não vinculando. Então a gente decidiu em reunião de equipe de junto com o usuário mapear o que ele gosta”*. Desse modo, evidencia-se a compreensão de que a autonomia e a capacidade de estabelecer trocas e contratualidade não é uma evidência, tendo que ser construída no processo de acolhimento.

Zappelini e Oliveira (2007) afirmam que o Projeto Terapêutico é um conjunto de propostas terapêuticas para um sujeito individual ou coletivo, produto de uma discussão coletiva entre profissionais, usuários, familiares. As etapas desse processo são: o diagnóstico, a definição conjunta de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação. O PTS é o que determinará em qual modalidade e projeto terapêutico o usuário participará, sendo que as atividades realizadas pelo CAPS visam a autonomia e reinserção social.

Outro aspecto observado nas falas dos profissionais da equipe é a plasticidade, caracterizada pela capacidade de acolher demandas relacionadas ao trabalho, acesso a documentos, moradia, alimentação. A “plasticidade” é definida como a

capacidade que o serviço tem ou não de acolher as demandas para além das questões relacionadas a doença, estendendo-se para vida do usuário, ou seja, o cuidado diversificado que o CAPS presta a sua clientela envolvendo medicação, acolhimento, a alimentação, o quanto o atendimento neste serviço propicia transformações concretas relacionadas as questões familiares, sociais, econômicas e relacionais. (KANTORSKI et al, 2011, p.62).

A plasticidade é expressa na preocupação da equipe com a integração das questões de saúde com questões mais amplas de vida, ligadas ao trabalho, moradia, alimentação e acesso a documentos como RG (Registro Geral) e CPF (Cadastro de Pessoa Física), em consonância com o conceito ampliado de saúde presente no Sistema Único de Saúde (SUS). Tradicionalmente, alguns serviços atuam disponibilizando uma espécie de “cardápio” de dispositivos terapêuticos, nos quais os usuários devem se “encaixar”. A nossa compreensão é de que a plasticidade envolve, além dos aspectos já mencionados, a capacidade do serviço em detectar demandas emergentes, muitas vezes não previstas, e criar estratégias para resolvê-las ou encaminhá-las.

3.3 Potencialidades e dificuldades

Os profissionais indicaram alguns aspectos que facilitam e outros que dificultam o processo de acolhimento. Entre os que facilitam, foi citada a confiança no trabalho em equipe e a organização da mesma. Conforme os relatos, *“o que facilita é esta equipe mínima ser bem unida e bem consciente do seu trabalho e um ajuda o outro”* e *“o compartilhamento com o colega, se o usuário vem acompanhado, tem suporte familiar. A nossa equipe não é nada fechada, me sinto segura, se eu acolhi e fiquei na dúvida, eu tenho oportunidade de remarcar, discutir com a equipe”*.

Em contraponto, o número de profissionais do serviço é considerado insuficiente, apesar de estar em conformidade com o que é preconizado para uma equipe mínima de CAPS, segundo a portaria 336/2002. Em relação à atuação médica também foram apontados dois problemas. Inicialmente, indicou-se que o psiquiatra do serviço não participava do acolhimento, havendo pouca integração do mesmo com o restante da equipe. Sua atividade ocorria centralmente através de consultas individuais, com foco na “calibragem” das medicações em relação aos sintomas apresentados, dentro da perspectiva do modelo sintomatológico (GOLDBERG, 1996).

Em um segundo momento indicou-se o problema da baixa oferta de psiquiatras disponíveis em municípios de pequeno porte, seja na rede pública ou privada, tendo como reflexo a inexistência de aprovados para o cargo de psiquiatra no concurso realizado no município, deixando o serviço sem médico por um período. Essa realidade não é exclusiva do contexto analisado, tendo sido pontuada no relatório final da IV Conferência de Saúde Mental o fato de que houve “uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental” (CNS, 2010, p. 08). Ressalta-se, por um lado, o problema do baixo número de psiquiatras e, por outro lado, um modelo de atuação que não está em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Sobre esse tema, um dos profissionais da equipe afirma:

Ainda tem muito aquela questão de que o médico acha que os outros profissionais são seus auxiliares e isso a gente aqui tenta rever, tenta incluir eles nos atendimentos e se responsabilizarem pelos usuários, porque quem se sensibiliza sempre são outros membros da equipe, a gente tenta chamar para discutir casos. Mas, médicos, parece que tudo para eles é internar, porque eles não querem se responsabilizar de ficar com o usuário, eles acham que é muita responsabilidade, qualquer usuário em crise eles mandam para o internamento e a visão da equipe é outra.

Neste sentido, observa-se um tensionamento entre a lógica biomédica e a lógica psicossocial dentro da própria equipe, neste caso, polarizada entre o profissional médico e os demais profissionais da equipe, especialmente no que diz respeito ao acolhimento das situações de crise.

Outra dificuldade relatada em relação ao acolhimento diz respeito à necessidade de distinção entre os tipos de sofrimento e a definição dos casos que devem ficar no CAPS ou não. Os profissionais consideram que todo sofrimento é legitimamente merecedor de atenção, o que entraria em contradição com uma suposta necessidade de “hierarquizar o sofrimento” para determinar se o usuário tem perfil de CAPS ou não. Ter de equacionar essa relação é sentido como uma grande dificuldade, nas palavras de um

trabalhador: “A minha dificuldade é distinguir o sofrimento do sofrimento de CAPS”.

Este problema ocorre em decorrência da equipe estar discutindo, nas supervisões clínico-institucionais, a função do CAPS dentro da rede de saúde do município, assim como as funções dos demais pontos de atenção da rede de saúde. Por um lado, não existem outras referências especializadas para o atendimento aos casos que envolvem transtornos leves, assim como o município apresenta baixa cobertura de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), constituindo a percepção de uma atenção básica fragilizada.

Por outro lado, existe uma percepção da equipe de que a boa vinculação dos usuários ao CAPS faz com que o restante da rede de saúde se desresponsabilize em relação à saúde mental, correndo o risco de tornar o CAPS um depositário da loucura. Um dos profissionais explicou que, após a fundação do CAPS, havia uma pressão para que o serviço “desse certo”, sendo que o “dar certo” foi identificado com a adesão e frequência dos usuários ao serviço. Nesse sentido, o CAPS passou a responsabilizava-se por todos os casos de saúde mental no município. Porém, recentemente, a equipe passou a perceber a necessidade de corresponsabilizar outros serviços pela atenção em saúde mental. A partir desse momento, passaram a refletir que “acolher” não significa necessariamente prestar atendimento continuado a todos os usuários que procuram o CAPS, sendo necessária a realização de encaminhamentos para outros pontos de atendimento. Além disso, o acolhimento não poderia representar a criação de um vínculo de tutela com o serviço ou a criação de relações infantilizadas, onde o CAPS representaria uma “mãe” e os usuários “crianças” a serem cuidadas. Nesse sentido, acrescentamos dois conceitos que auxiliam a operar um deslocamento em relação ao processo de trabalho: o de “encaminhamento responsabilizado” e o de “autonomia”. O primeiro diz respeito à capacidade de prestar uma escuta inicial e de orientar adequadamente os usuários sobre o acesso a outros serviços e ações, corresponsabilizando a rede de atenção.

Em relação ao segundo aspecto, deve-se considerar o favorecimento do exercício de autonomização do usuário, assim como a disponibilização de diferentes estratégias de serviços e ações. Kinoshita (1996) compreende que a noção de autonomia não está relacionada com uma suposta independência, mas com a criação de múltiplas dependências, em contraposição às poucas e pobres dependências criadas no sistema manicomial. A autonomia relaciona-se com o movimento de ampliação da rede de dependências e relações, associada à ampliação das possibilidades de escolha e da criação de múltiplas possibilidades. Nessa perspectiva, o acolhimento envolve não somente a criação de vínculos com o CAPS, mas com outros dispositivos, ampliando o estabelecimento de trocas sociais.

Delgado (2007) defende que a construção de uma rede para atenção em saúde mental é um dos principais aspectos que converge para a consolidação da reforma. Consonante a isso, Tenório (2002) afirma que somente uma

atenção em rede consegue abranger a complexidade de incluir quem sofreu com algo naturalizado, como a exclusão da doença mental. Portanto, o trabalho em rede é a busca coletiva de soluções.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise, é possível afirmar que o acolhimento realizado neste serviço segue as características preconizadas pela lógica da atenção psicossocial e pela Política Nacional de Humanização. O acolhimento é identificado com o momento de contato inicial dos usuários com o serviço, assim como, com uma postura ética-estética-política presente no cotidiano do serviço. Esses sentidos, apesar de distintos, são complementares e perpassados pela perspectiva da interdisciplinaridade, da compreensão do acolhimento como atribuição de campo de competências profissionais e, por fim, da conexão do acolhimento em uma rede de ações. Por outro lado, indicamos também aspectos que tensionam a produção do acolhimento, como a dificuldade de integração da psiquiatria à proposta de trabalho realizada e a dificuldade dos trabalhadores para manejar os critérios para que o usuário seja considerado um “usuário de CAPS”. Nesse sentido, a noção de encaminhamento responsabilizado tem sido problematizada na equipe, pela qual se compreende que o acolhimento não significa vincular todos os usuários ao serviço, mas se responsabilizar por ele, em conjunto com uma rede de serviços, ações e pessoas.

É importante mencionar que os resultados da pesquisa foram compartilhados com a equipe em um encontro de devolutiva, o qual se constituiu como um modo de validação da produção de dados junto aos seus participantes, expressando uma dimensão ética da pesquisa na qual há um reconhecimento do potencial das equipes como produtoras de arranjos de trabalho cuidadores, significativos e criativos. Desta forma, há uma produção de conhecimento conjunto entre pesquisadores e participantes da pesquisa, o qual esperamos que possa inspirar outros trabalhadores, pesquisadores e estudantes da área da saúde mental.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. Qualidade do cuidado em dois Centros de Atenção Psicossocial sob o olhar de usuários. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.24, n.3, p. 887-900, 2015.

BALLARIN, M. L. G. S. et al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. *O mundo da Saúde*, Rio de Janeiro, v. 35, n.2, p. 162-168. 2011.

BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 17, n.2, p. 21-25. 2005.

BRASIL. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2004.

BRASIL. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2004.

BRASIL. HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2008.

BRASIL. *Portaria nº 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em: 01 de outubro de 2013.

Disponível

em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_re.p.html

BRASIL. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Série B. *Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-266.

COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. O acolhimento em Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.13, p 57-62. 2005.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – *Intersectorial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

DELGADO, P. G. Os CAPS: A revolução silenciosa da saúde mental. *Revista Global/ Brasil*, n.7, p. 32 – 35, dez./jan./fev, 2007.

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1996.

HECK, R.M. et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v.21, n.1, p. 26 – 33, jan./mar. 2012.

KANTORSKI, L. P et al. Aspectos relacionados à plasticidade de um centro de atenção psicossocial da região sul do Brasil. *Rev. Enferm. Saúde*, Pelotas-RS, v.1 n.1, p.60-68. jan-mar, 2011.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 1ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2002.

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Esc. Anna Nery Revista de Emnf.*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 762 – 768, out./dez, 2011.

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINÓIA, N.P.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015.

SCHEIBEL, A; FERREIA, L. H. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador-BA, v.35, n.4, p.966-983. out./dez. 2011.

SCHMIDT, M.B.; FIGUEIREDO, A.C.. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v.12, n.1, p. 130 – 140, mar, 2009.

TEIXEIRA. R.R. *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25 – 59, jan./abr., 2002.

VIDAL, C.E.L; GONTIJO, E.D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

ZAPPELINI, L. D.; OLIVEIRA, C.S. O processo de acolhimento em saúde mental: construindo mudanças. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 67 – 80, jul./dez. 2007.