UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O ACOLHIMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

VALÉRIA CRISTINA CHRISTELLO COIMBRA

Ribeirão Preto
2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O ACOLHIMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Mestranda: Valéria Cristina Christello Coimbra

Dissertação apresentada para fins de obtenção de título de Mestre junto ao programa de Pós-Graduação de Enfermagem Psiquiátrica – Nível Mestrado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Inserido na Linha de Pesquisa: O doente, a doença e as práticas terapêuticas

Professora Orientadora: Dra. Luciane Prado Kantorski

Ribeirão Preto
2003

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação de Mestrado a todas que acreditam na construção de uma prática de saúde com acesso universal, com integralidade da assistência, que preserve a autonomia das pessoas, com igualdade da assistência, e com participação da comunidade. Para aqueles que estão realmente dispostos a realizar um trabalho em saúde, voltado às necessidades das pessoas em suas comunidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, ao Santo Expedito, a Nossa Senhora Aparecida e ao meu Anjo da Guarda por estar sempre presente na minha vida, iluminando e orientando os meus caminhos, meus pensamentos, minhas decisões. Obrigada por cada dia renovar minha fé em vocês.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski pelo seu acolhimento, pela sua inteligência, pelas orientações tão importantes na construção deste trabalho. Obrigada por ajudar-me a conquistar este objetivo.

Aos meus pais Carmen Vera e Rubens vocês são muito importantes na minha vida. Obrigada por seu amor e pela confiança em meu trabalho.

A Michele por você ser uma pessoa tão importante na minha vida e fazer parte dela. Obrigado por ter aparecido em minha vida, sua presença é fundamental, seus conselhos foram importante em todos os momentos, seu companheirismo, seu apoio nos momentos difíceis, seu cuidado, seu afeto, seu incentivo me fizeram chegar até aqui. Espero poder dividir outras alegrias como esta com você, esta conquista não é só minha é nossa. Te adoro! Obrigada por seres muito especial!

A meus irmãos Irwin, Sue Anne, Karol, pelos momentos de distração nos momentos de estresse. Obrigada por tudo.

A todos os profissionais e usuários envolvidos neste estudo, pelo seu tempo, pelas suas palavras, foi com elas que consegui construir esta pesquisa.

Ao CAPES pela contemplação da bolsa de mestrado.

A meu sobrinho Gabriel pela carinho dispensado, e a meu irmão Rubens Junior por cuidar dos meus pais neste momento que estive longe.

A minha avó Edy obrigada pela ajuda na minha formação profissional.

Aos amigos Richard, Eneida, Wanderlei, Marilu, Eloah, Jorge e Conceição obrigada por todo o carinho, afeto a mim depreendido.

Aos meus amigos Michele, Arnaldo e Sidnéia por estarem presentes dentro do meu coração.

A minha amiga Maria José, obrigada pelos bons momentos aqui em Ribeirão Preto.

A Prof^a Celmira Lange pelo apoio e incentivo durante todo tempo do mestrado.

A Bibliotecária da USP Ribeirão Preto Cristina pelo auxílio e ajuda na correção do trabalho.

A toda equipe do CAPS Castelo pela recepção, pela disponibilidade de tempo.

A Prof^a Dr^a Toyoko Sakie, Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima, Prof Dr. Emerson Elias Mehry por toda ajuda empenhada neste trabalho.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Cronograma das atividades do CAPS Castelo	54
Quadro 2	Observações realizadas	61
Quadro 3	Apresentação dos profissionais entrevistados	68
Quadro 4	Apresentação dos usuários acolhidos	70

RESUMO

COIMBRA, V. C. C. **O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial**. Ribeirão Preto, 2003. 171 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O acolhimento apresenta-se como reorganizador do serviço de saúde, visando o acesso universal, a melhoria na qualidade da assistência, favorecendo a relação usuário/trabalhador, e ampliando a intervenção. Esta pesquisa tem como objeto de estudo o acolhimento dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes do município de Pelotas do estado do Rio Grande do Sul. O objetivo desta pesquisa foi analisar o processo de acolhimento do usuário que busca atendimento num Centro de Atenção Psicossocial. O acolhimento no processo de trabalho num serviço de saúde mental, foi abordado tomando a produção teórica de Emerson Elias Merhy. Este estudo se caracteriza por ser um estudo de caso, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa dos dados. O trabalho de campo foi realizado nos meses de maio e junho de 2003, nos períodos da manhã e tarde de acordo com o expediente externo do CAPS Castelo. Foram realizadas quarenta e oito horas e noventa e oito minutos de observação livre e dezesseis horas e cinquenta minutos de observação dos acolhimentos, perfazendo um total de sessenta e cinco horas e quarenta minutos de observação. Os sujeitos da pesquisa foram 11 usuários acolhidos no CAPS Castelo e os 4 profissionais responsáveis pelo acolhimento. Utilizei um roteiro de observação e um roteiro de entrevista semi-estruturada para a entrevista dos profissionais e outro para a entrevista dos usuários. A partir dos dados colhidos organizei o fluxograma do acolhimento de cada usuário. Os dados foram analisados a partir da análise temática. A análise dos dados foi estruturada em dois temas: **Tema 1** - A Organização do Trabalho no CAPS Castelo; **Tema 2** - O Encontro do Profissional com o Usuário e a Formação de Vínculo: a busca pela resolutividade das necessidades. Foi constatado que o acolhimento apresentou-se como um organizador do trabalho dentro do CAPS Castelo e um impulso para a mudança do modelo assistencial centrado na doença, para outro que ainda está sendo construído, centrado no homem, levando em conta toda sua subjetividade. Além de possibilitar a inversão da assistência centrada nas tecnologias leves duras e duras, para uma assistência centrada nas tecnologias leves e leves duras. Constatei também que a relação entre o profissional e o usuário pode ser humanizada e formadora de vínculo entre usuário/profissional/serviço, reconhecendo a escuta como um instrumento importante do acolhimento. E também que as necessidades são complexas e para serem resolvidas são necessários o envolvimento de outros serviços de saúde e de outras tecnologias como as duras. Ao final deste estudo pretendo contribuir para a organização dos serviços de saúde mental, para estabelecer um atendimento centrado no usuário, integral e que possibilite o encaminhamento mais resolutivo da necessidade do usuário, e também para ajudar nas reflexões sobre o trabalho em saúde, praticando uma assistência acolhedora, humanizada, que escute as necessidades do sujeito.

Palavras Chaves: Processo de trabalho; Saúde mental; Acolhimento.

ABSTRATC

COIMBRA, V. C. C. **The welcoming at a Psychosocial Care Center.** Ribeirão Preto, 2003. 171p. Master's Dissertation. Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo.

Welcoming arises as a reorganizer of health services with a view to universal access, improvement in care quality, favoring the relation between user/health worker and widening intervention. The study object of this research is the welcoming of users at the Psychosocial Care Center Castelo Simões Lopes in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. We aimed to analyze the welcoming process of the user who seeks care at a Psychosocial Care Center. In the work process at a mental health service, the welcoming was approached from the perspective of the theoretical production by Emerson Elias Merhy. This is a descriptive and analytic case study from a qualitative approach. Field research was realized in May and June 2003, in the morning and afternoon, according to the external service of CAPS Castelo. Forty-eight hours of free observation were realized. The welcoming was observed during sixteen hours and fifty minutes, resulting in a total of sixty-five hours and fifty minutes of observation. Research subjects were 11 users welcomed at CAPS Castelo and the 4 professionals responsible for the welcoming. We used one observation script and a semi-structured interview script for interviewing the professionals and another for interviewing the users. On the basis of the collected data, we organized the fluxogram of each welcomed user. Data were analyzed on the basis of thematic analysis. Data analysis was structured into two themes: **Theme 1** – Work Organization at CAPS Castelo, **Theme 2** – The Professional's Meeting with the User and the Formation of Attachment: The Search for the Possibility to Attend to the Needs. We observed the welcoming as a work organizer inside CAPS Castelo and as an impulse for change in the care model centered on illness towards another model, which is under construction, focused on the human being and considering his/her entire subjectivity, besides allowing for the inversion of care centered on soft-hard and hard technologies to care centered on soft and soft-hard technologies. We also observed that the relation between the professional and the user can be humanized and is able to establish attachment between user/professional/service, recognizing listening as an important welcoming instrument. We also observed that needs are complex and, for the sake of a solution, other health services have to be involved, as well as other technologies such as hard ones. At the end of this study, we intend to contribute to the organization of mental health services, with a view to establishing a complete and user-centered care that allows for a more efficient follow-up of user needs, and which may also help for making reflections about health work, practicing a welcoming and humanized care that listens to the needs of the subject.

Key Word: Work Process, Mental Health, Welcoming

RESUMEN

COIMBRA, V. C. C. **El acogimiento en el Centro de Atención Psicosocial**. Ribeirão Preto, 2003. 171p. Disertación de Maestría. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

El acogimiento se presenta como reorganizador del servicio de salud, teniendo por objeto el acceso universal, la mejor cualidad de la atención, favoreciendo la relación usuario/trabajador y ampliando la intervención. El objeto de estudio de esta investigación es el acogimiento de los usuarios en el Centro de Atención Psicosocial Castelo Simões Lopes de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. La finalidad de esta investigación fue analizar el proceso de acogimiento del usuario que busca atención en un Centro de Atención Psicosocial. Se consideró el acogimiento en el proceso de trabajo en un servicio de salud mental de la perspectiva de la producción teórica de Emerson Elias Merhy. Este estudio es un estudio de caso descriptivo y analítico, con abordaje cualitativo de los datos. El trabajo de campo fue realizado en Mayo y Junio de 2003, por la mañana y por la tarde de acuerdo con el expediente externo del CAPS Castelo. Se realizaron cuarenta y ocho horas de observación libre y dieciséis horas y cincuenta minutos de observación de los acogimientos, totalizando sesenta y cinco horas y cuarenta minutos de observación. Los sujetos de la investigación fueron 11 usuarios acogidos en el CAPS Castelo y los 4 profesionales responsables por el acogimiento. Utilizamos un guión de observación y un guión de entrevista semi-estructurada para la entrevista de los profesionales y otro para entrevistar los usuarios. A partir de los datos recogidos, organizamos el fluxograma del acogimiento de cada usuario acogido. Los datos fueron analizados a partir del análisis temático. El análisis de los datos se estructuró en dos temas: **Tema 1** - La Organización del Trabajo en el CAPS Castelo, **Tema 2** - El Encuentro del Profesional con el Usuario y la Formación de Vínculo: La Búsqueda por la Resolutividad de las Necesidades. Se constató que el acogimiento se presentó como un organizador del trabajo dentro del CAPS Castelo y un impulso para cambiar el modelo de atención centrado en la enfermedad para otro que todavía está en construcción, centrado en el ser humano, considerando toda su subjetividad. Además de posibilitar la inversión de la atención centrada en las tecnologías leves-duras y duras, para una atención centrada en las tecnologías leves y leves-duras. También constatamos que la relación entre el profesional y el usuario puede ser humanizada y formadora de vínculo entre usuario/profesional/servicio, reconociendo la escucha como un instrumento importante del acogimiento. Y también que las necesidades son complejas y, para su resolución, es necesario involucrar otros servicios de salud y otras tecnologías tales como las duras. Al final de este estudio, pretendemos contribuir a la organización de los servicios de salud mental, para establecer una atención integral y centrada en el usuario, que posibilite el seguimiento más resolutivo de la necesidad del usuario, y que también pueda ayudar en las reflexiones acerca del trabajo de salud, practicando una atención acogedora, humanizada, que escuche las necesidades del sujeto.

Palabras Claves: Proceso de Trabajo, Salud Mental, Acogimiento

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

APRESENTAÇÃO 01

1 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO 09

Objetivos 18

Objetivo Geral 18

Objetivo Específico 18

2 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO 19

2.1 O ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO EM 21
SAÚDE MENTAL

2.2 PERCURSO METODOLÓGICO 37

2.2.1 Tipo de estudo 37

2.2.2 Local de estudo 38

2.2.2.1 O estado do Rio Grande do Sul e o Município de 38

Pelotas

2.2.3 Delimitação do campo de coleta de dados – O CAPS 42

Castelo

2.2.4 Entrada no Campo de Estudo 55

2.2.4.1 Princípios Éticos 55

2.2.4.2 Sujeitos da Pesquisa	56
2.2.5 O trabalho de campo	57
2.2.5.1 A Observação	58
2.2.5.2 Entrevistas	62
2.2.6 Análise de dados	64
3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
3.1 A APRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS	67
3.2 APRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS	69
3.3 O FLUXOGRAMA ANALISADOR DOS USUÁRIOS ACOLHIDOS	73
3.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
3.4.1 O Acolhimento e a Organização do Trabalho no CAPS Castelo	82
3.4.2 O Encontro do Profissional com o Usuário e a Formação do Vínculo: a busca pela resolutividade das necessidades	120
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
5 ANEXOS	147
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	160

APRESENTAÇÃO

Faz-se necessária uma apresentação de minha trajetória acadêmica/profissional para entender como nasceu a necessidade de fazer este estudo sobre o acolhimento. Iniciei a graduação em 1997, na Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul. No final daquele ano comecei a participar do Diretório Acadêmico da Enfermagem, que “abriu meus olhos” para as questões políticas, sociais e econômicas presentes no dia-a-dia de nosso país e também nas relações de poder existentes dentro da Universidade.

Na época, queria, enquanto graduanda e membro do Diretório Acadêmico, condições adequadas para estagiar. Uma de nossas lutas era a oportunidade de todos os alunos estagiarem, durante o estágio curricular, no, até então único, Centro de Atenção Psicossocial do município de Pelotas - o Castelo. Como pensávamos que a Faculdade de Enfermagem formava enfermeiros generalistas, os alunos deveriam conhecer um pouco de cada área de atuação deste profissional.

O estágio no Castelo era oferecido na disciplina de Saúde Pública e não havia rodízio de alunos, privando, assim os outros alunos de conhecerem este tipo de serviço aberto de saúde mental, incluía-me neste grupo, mas, vale ressaltar que, o Centro de Atenção Psicossocial Castelo, sempre esteve aberto para estágios voluntários.

Ainda como participante do Diretório Acadêmico, organizamos Semanas Acadêmicas e por várias vezes convidamos os profissionais do Castelo para palestrar e também o Coral dos usuários do Castelo para apresentações nas atividades culturais.

Em 2000, tive a oportunidade de participar voluntariamente da iniciação científica na área de saúde mental. Nessa experiência, tive contato teórico com questões como Reforma Psiquiátrica e o novo modelo de assistência aos portadores de transtorno mental, ou seja, um serviço de “portas abertas”.

Conheci, na teoria, como era a estrutura do Centro de Atenção Psicossocial Castelo, quantos e quais profissionais que trabalhavam no serviço, qual era a proposta deles, como era organizada sua assistência. Fiquei encantada com o serviço, assim, o que até então não estava definido (em qual área gostaria de trabalhar) definiu-se, gostaria de trabalhar com saúde mental.

Nessa época, estava cursando a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, e cada vez mais confirmava a minha escolha. Estagiava em um Hospital Psiquiátrico, onde aprendi a importância da escuta e pude perceber o quanto os pacientes precisavam ser acolhidos pelos profissionais.

Um dos requisitos para a conclusão do Curso era elaborar uma monografia, e decidi desenvolvê-la na área da saúde mental. A monografia tinha como objeto a saúde mental do enfermeiro, e tinha como pressuposto que se o enfermeiro trabalhar com o que gosta, as dificuldades poderiam ser superadas e a relação prazer/sofrimento no trabalho poderia ser melhor enfrentada.

Após a conclusão da Faculdade, fui trabalhar no interior do estado de Goiás em uma equipe de Saúde da Família, onde também pude trabalhar com saúde

mental. Nessa experiência, percebi a dificuldade que a maioria dos usuários tinha no acesso ao serviço (distância geográfica, número de consultas, horários de atendimentos, dentre outros).

A área de abrangência da equipe a qual pertencia era a zona rural, o atendimento acontecia uma vez por mês em cada localidade (o local de atendimento era muitas vezes improvisado em escolas, igrejas ou casa de usuários), no horário da manhã e nas primeiras horas da tarde – 8 horas consecutivas – e a assistência era feita a todos que chegassem no local (não havia número de consultas estabelecidas). Fazia um trabalho de educação em saúde, consulta de enfermagem, pré e pós-consulta médica e cuidados de enfermagem mais especializados.

Hoje, percebo que a chamada pré-consulta era um esboço do acolhimento, pois, ao chegar, o usuário era entrevistado através de um roteiro e, se necessário, encaminhado para a consulta médica ou era, naquele momento, feito a consulta de enfermagem; a intervenção dependia de sua queixa principal. Percebi que, muitas vezes, a necessidade dos usuários era a escuta de seus problemas de saúde, sociais econômicos, afetivos, dentre outros. Sempre que possível tentava resolvê-los através das outras secretarias municipais (educação, assistência social, entre outras) acompanhando até sua resolução ou não.

Era um esboço de acolhimento, pois se apresentava muito limitado, o envolvimento não era de toda a equipe. Trabalhávamos com um roteiro limitado sobre a história de saúde do usuário, tínhamos dificuldades na referência e contra-referência; a autonomia do usuário muitas vezes não era respeitada. Neste contexto, o objeto de estudo - o acolhimento - já estava presente, mas não sabia.

Em 2002, iniciei o Curso de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e cursei algumas disciplinas que foram importantes para a construção do objeto de estudo. A partir dessas disciplinas tive contato com textos sobre acolhimento, Centro de Atenção Psicossocial, trabalho em saúde, dentre outros.

No segundo semestre, tive a oportunidade de participar do Projeto de Aperfeiçoamento de Ensino. Neste projeto, conheci dois serviços de psiquiatria, o primeiro, um Hospital Psiquiátrico em vias de desinstitucionalização, que através de pensões protegidas, centros de convivência, casas assistidas, vila terapêutica, vem rompendo com o modelo manicomial e reorganizando sua assistência para poder transcender os “muros” do hospital.

O outro serviço foi um Núcleo de Atenção Psicossocial, no qual o usuário utiliza o serviço durante o dia participando de oficinas, atendimento individual e de grupo, grupos de ginástica e dança. Este serviço possui um Ambulatório de Saúde Mental, que atende pessoas de sua área distrital encaminhadas pela Unidade de Emergência ou pela Unidade Básica de Saúde, através do grupo de acolhimento que agenda para as consultas médicas. O Núcleo de Atenção Psicossocial está passando por uma reformulação, de acordo com a portaria 336/02, do Ministério da Saúde¹, ou seja, devendo se transformar em um Centro de Atenção Psicossocial.

¹ Esta portaria dispõe que todos os Centro de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial devem ser transformados em CAPS I, II, III de acordo com o nível de complexidade da assistência prestada ao usuário.

Assim, o quê estudar estava definido, seria o acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial, mas... onde?. Foi nesse momento que despontou a vontade de ir “*Em Busca do Tempo Perdido*” no que se refere a conhecer o novo modelo de atenção de saúde mental. Surgiu o interesse de pesquisar o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes, em Pelotas, do qual havia escutado diversas vezes sobre a qualidade de sua assistência, voltada para a inserção social e a liberdade de ir e vir das pessoas com transtornos mentais.

Com isso, o objeto de estudo foi sendo delimitado como o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes, em Pelotas, pois acredito ser uma estratégia que pode organizar o serviço de maneira que fique centrado no usuário, e através de um dos seus instrumentos, como a escuta, pode oferecer escolhas de possíveis soluções ao problema trazido pelo usuário, possibilitando a este, autonomia e cidadania.

Desta forma, esta pesquisa tem como tema “o acolhimento” e como objeto de estudo “o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes do município de Pelotas-RS”.

No primeiro capítulo, faço uma revisão bibliográfica sobre o acolhimento, abordando alguns aspectos do tema, segundo autores como: Mehry (1994, 1997), Matumoto (1998), Franco et al (1999), Pitta et al. (1995), dentre outros. Ainda, apresento na construção do objeto de estudo considerações sobre a assistência à saúde mental.

O acolhimento, em uma de suas expressões, apresenta-se como reorganizador do serviço de saúde, visando o acesso universal, a melhoria na qualidade da assistência, favorecendo a relação usuário/trabalhador, e ampliando a intervenção.

A atenção à saúde mental no Brasil, ao longo dos anos, com a Reforma Psiquiátrica veio modificando-se, ou seja, em muitos municípios o atendimento nos hospitais psiquiátricos foi sendo substituído por serviços comunitários. Esses novos dispositivos, como os Centros de Atenção Psicossocial, podem transformar a assistência em saúde mental. O que anteriormente funcionava a partir da lógica da exclusão dos portadores de transtorno mental, atualmente visa a sua inserção social.

Sendo assim, o acolhimento pode centrar o atendimento no usuário, o eixo de trabalho da equipe pode ser interdisciplinar, e tem como uma das propostas a autonomia do usuário para decidir sobre sua saúde.

O presente estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes, localizado no município de Pelotas, situado no extremo sul do Rio Grande do Sul. O Castelo funciona há dez anos na casa de cultura João Simões Lopes Neto, sendo o mais antigo do município.

O estado do Rio Grande do Sul historicamente apresentou resistência ao modelo hospitalocêntrico da psiquiatria tradicional. O município de Pelotas conta, atualmente, com uma rede de saúde mental bem ampla, possui seis Centros de Atenção Psicossocial e uma equipe volante que é responsável pelo apoio técnico e suporte nas ações de saúde de algumas Unidades Básicas de Saúde.

No segundo capítulo, abordo o referencial teórico-metodológico utilizado na pesquisa, tendo como referência a produção teórica de Emerson Elias Mehry sobre o tema.

O acolhimento é uma tecnologia leve – tecnologia de relações – que se produz no trabalho vivo. Quando ocorre o encontro trabalhador/usuário operam-se as

tecnologias de relações, assim pode-se ter o trabalho vivo em ato, que visa o processo de escuta das necessidades.

O acolhimento como processo intercessor² (a relação produção/consumo) estabelece com a criação de intervenções para os problemas de saúde e se traduz no trabalho vivo.

Para analisar o processo de acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes, utilizei o fluxograma analisador do modelo de atenção do serviço de saúde de Merhy (1997), porque pretendemos desenhar a organização de trabalho no serviço.

Neste sentido, esta pesquisa foi do tipo estudo de caso, pois o acolhimento como objeto de estudo é uma unidade que vai ser analisada profundamente. Também foi descritiva e analítica, porque pretendeu descrever e analisar o processo de acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes.

A coleta de dados foi feita através da observação do acolhimento com objetivo de acompanhar os usuários que entraram no serviço e como foi sua trajetória dentro dele – as intervenções terapêuticas operadas. A análise dos dados foi realizada a partir dos registros da observação e da transcrição das entrevistas realizadas com usuários e profissionais envolvidos no acolhimento. Os dados foram analisados através da análise temática, ou seja, foram agrupados elementos em torno de um tema capaz de englobar os aspectos analisados.

² Merhy (1997) usa espaço intercessor para designar o encontro do usuário e trabalhador, e intercessores o que se produz desta relação. Merhy (1997) no livro *Agir em Saúde* usa a grafia “interseçor” com o significado de interseção/intervenção, como forma de ampliar o termo “intercessor” utilizado por Gilles Deleuze no livro *Conversações*, pois o autor entende que neste livro o termo se restringe à intervenção. Utilizarei a palavra intercessor no mesmo sentido de interseção/intervenção que Merhy (1997), mas escrita como Gilles Deleuze.

No terceiro capítulo apresento os profissionais entrevistados, abordando como cada um realiza o acolhimento, em seguida apresento os usuários observados, a necessidade que o levou a procurar o serviço, e também o fluxograma de cada usuário acolhido mostrando como foi sua entrada, recepção, decisão das intervenções e como foi sua saída do acolhimento, quais os encaminhamentos que o usuário recebeu.

Ainda neste capítulo, analiso e discuto os dados. A análise foi organizada a partir de dois temas centrais: A Organização do Trabalho no CAPS Castelo e O Encontro do Profissional com o Usuário, a Formação de Vínculo: a busca pela resolutividade das necessidades.

No primeiro recorte discuto como está sendo organizado o trabalho no CAPS Castelo, o processo de trabalho e como os profissionais dispõem dos recursos terapêuticos disponíveis do serviço.

No segundo recorte discuto as relações entre o profissional e o usuário, a formação do vínculo entre usuário/profissional/serviço e a escuta, e apresento como foi a busca pela resolutividade das necessidades dos usuários.

No quarto capítulo, para finalizar, apresento uma síntese da pesquisa e como este estudo sobre o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial é de grande relevância, porque pretende ajudar na construção e organização de uma assistência em saúde mental de qualidade.

1 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o acolhimento dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes do município de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul. Para dar suporte ao objeto de estudo o referencial teórico utilizado será baseado na produção científica de Emerson Elias Merhy sobre acolhimento no processo de trabalho em saúde.

O acolhimento vem sendo discutido, recentemente, por autores como: Merhy (1994, 1997), Matumoto (1998), Franco et al. (1999), Leite et al. (1999), Malta et al. (2000). Estes autores trabalham com acolhimento, principalmente, como um dos instrumentos para a reorganização do serviço em saúde. Já Miranda & Miranda (2002) e Pitta et al. (1995) discutem acolhimento, através das relações humanas. Assim, o acolhimento, dentre as referências citadas foi abordado desde como estratégia para reorganização do serviço, passando por uma abordagem de relações.

No dicionário Aurélio acolhimento é definido como: o ato ou efeito de acolher; recepção; atenção; consideração; refúgio; abrigo; agasalho. E acolher significa dar acolhida ou agasalho; hospedar; dar crédito; ouvir; admitir; aceitar; tomar em consideração (Ferreira, 1988). Discordo desta definição de acolhimento, quando considerada apenas como recepção, pois limita sua aplicabilidade nos serviços de saúde,

ficando restrito apenas à atividades de “porta de entrada”. O acolhimento não é apenas receber bem, implica também atendimento humanizado e resolutividade da necessidade de saúde de cada usuário que procura o serviço, em razão do acolhimento permear todo o processo de trabalho (Matumoto, 1998).

Por conseguinte, ao definir acolhimento como ouvir, aceitar, atender, considerar; percebemos que amplia um pouco seu conceito. O mesmo passa a englobar a noção de proximidade entre trabalhador e usuário a partir de uma assistência que englobe as diferentes demandas do sujeito e promova a escuta de suas necessidades.

Bueno (1997) ressalta que o acolhimento na saúde, vai além da recepção, ele é um produto da relação trabalhador/usuário, passando pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito. É a construção de novos valores de solidariedade, responsabilidade social, compromisso e construção da cidadania, e pelo estabelecimento de vínculo³.

Na primeira abordagem do acolhimento temos autores como Franco et al. (1999) que definem acolhimento como uma estratégia para a reorganização do serviço de saúde que garante o acesso universal, a resolutividade⁴ e o atendimento humanizado. Desta forma, o acolhimento atende às mudanças que vêm ocorrendo no setor saúde, a inversão do modelo de atenção atual, e respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde.

³ Vínculo está sendo considerado como a responsabilização e compromisso da equipe pela saúde da população da área abrangente; é um elemento essencial para uma prática de qualidade; seria um contrato de cuidados, de direitos e deveres do usuário/família e da equipe de saúde; contrato esse que significa a explicitação do projeto terapêutico, as possibilidades de acesso, dentre outros (Campos, 1994).

⁴ Resolutividade está sendo considerada como a solução encontrada pela equipe de saúde para as queixas do usuário, colocando a disposição do usuário toda a tecnologia disponível a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde, para eliminar o sofrimento do usuário (Merhy, 1994).

Segundo Campos (1997a), o SUS seria um sistema centrado na democratização, descentralização, modernização da gestão e reformulação dos modelos de atenção à saúde⁵, e estes modelos deveriam assegurar acesso, acolhimento, aumento da capacidade resolutiva, inclusive com ampliação do grau de autonomia do usuário.

Sendo assim, os princípios do SUS estabelecem diretrizes para toda a organização dos serviços de saúde como a integralidade da assistência à saúde, direito à informação, divulgação de informações, são alguns dos princípios do SUS que norteiam a assistência à saúde mental prestada por um CAPS. E acrescento ainda, que muitos desses princípios são contemplados pelo acolhimento, enquanto uma estratégia para a organização dos serviços de saúde.

Concordo com Peduzzi (2000) quando a autora relata que o modo com que os serviços de saúde são organizados e oferecidos à população pode transformar as práticas dominantes, fragmentadas e excludentes, em práticas mais dignas e assim conferindo maior integralidade e equidade à saúde.

De acordo com Merhy (1994), o modelo atual de atenção à saúde vem sendo responsável pela construção de uma postura dos trabalhadores de saúde médico-centrado, que trata o usuário de forma impessoal e descompromissada, além de enquadrar o que são ou não necessidades do usuário e determinando como estas deverão ser abordadas, tratadas e solucionadas. Assim, o acolhimento, não como um modelo

⁵ O modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial significa a forma como é organizada a produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais (Merhy, 1991). Neste estudo o acolhimento não está sendo considerado como um modelo assistencial, mas sim uma estratégia para a mudança do modelo curativo para um baseado na promoção da saúde, qualidade de vida, autonomia e integralidade da assistência da população. Acredito que o acolhimento é uma estratégia porque propõe a integração das atividades, a organização da demanda com vistas à saúde

assistencial, mas como uma alternativa para a mudança do processo de trabalho, favorecendo a relação usuário/trabalhador, formando vínculo e ampliando a intervenção.

Sendo assim, apresento o meu **primeiro pressuposto**, ou seja, que o acolhimento teria potencialidades para organizar o processo de trabalho em saúde da equipe interdisciplinar⁶ transformando o serviço usuário-centrado, e disponibilizando um atendimento eficiente.

Neste momento de mudança na assistência psiquiátrica⁷, o acolhimento aparece como uma estratégia importante na organização dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços deveriam ser centrados nos usuários; tendo como um dos eixos centrais do processo de trabalho a equipe multiprofissional⁸, visando o atendimento da necessidade de saúde do usuário e grupos; e uma relação trabalhador/usuário mais humanizada que possibilite a cidadania.

Para Campos (1994), o acolhimento vai desde a abertura dos serviços públicos para a demanda, até a responsabilização de todos os problemas de saúde de uma região. O acesso que o acolhimento oferece deve ser interno e externo a Unidade

do indivíduo/família, interfere no processo de trabalho e no estabelecimento de uma relação mais próxima do profissional/usuário/serviço.

⁶ Atuação da equipe não se limita exclusivamente ao campo biológico ou dentro do trabalho, ou seja, há o envolvimento da equipe com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do sujeito como um todo, considerando seu contexto sócio-econômico-cultural. O trabalho interdisciplinar envolve conhecimentos que permeiem todas as profissões, respeitando a especificidade de cada área do conhecimento. Nesta concepção a interdisciplinaridade respeita os fragmentos de saberes, procura-se estabelecer e compreender a relação entre uma totalização em construção a ser perseguida e continuamente ampliada através de novas relações e novas partes (Rio Grande do Sul, 2001).

⁷ A mudança da assistência a saúde mental é a substituição da prática basicamente asilar (hospitais psiquiátricos), ou seja, de isolamento do sujeito de seu meio social que retornaria para a comunidade posteriormente, para uma assistência dentro da própria comunidade através de uma rede de saúde mental, que contenha serviços regionalizados.

⁸ Neste estudo equipe multiprofissional deve ser entendida como: composição de diferentes processos de trabalho preservando as diferenças técnicas entre os trabalhadores especializados (Peduzzi, 2000).

Básica, ou seja, o acolhimento não é apenas receber bem, ele passa pela estrutura adequada e agradável da unidade, pelo acesso geográfico, pelo atendimento humanizado e pela resolutividade dos problemas.

A responsabilização pelos problemas de saúde, de acordo com Merhy (1994), é a formação de um compromisso entre a equipe e cada usuário/família da área de abrangência. Ainda acrescento, que é firmar um vínculo entre equipe/usuário, tornando a equipe mais sensível com o sofrimento do usuário.

O **segundo pressuposto** seria que o acolhimento poderia estabelecer relações de proximidade entre o profissional/usuário, onde a escuta deveria estar presente, e de modo que possa transformar o usuário em um co-responsável por sua saúde, possibilitando, assim, sua autonomia e cidadania.

Autonomia do usuário neste estudo deve ser entendida, de acordo com a definição de Campos (1994), como sendo a capacidade dos indivíduos e das comunidades de lidarem com suas dificuldades, eliminando-as ou recebendo apoio para reduzir seus efeitos maléficos. Na saúde mental, alguns usuários talvez não tenham plena autonomia de decisão sobre sua saúde, mas acredito que os trabalhadores desta área poderão ajudar a reconhecer a necessidade, a vontade, e o desejo de cada usuário, para que ele entenda melhor sua doença e contribua para a melhoria de sua qualidade de vida.

Concordo com Mehry (1994), que autonomia para o usuário também seria a esperança de que as ações de saúde consigam melhorar sua vida e consigam lhe dar mais capacidade para enfrentar seus problemas e necessidades, ele espera ir se tornando cada vez mais sadio, para ir resolvendo, por si, parte de seus sofrimentos e

para ir solucionando parte dos obstáculos que lhe têm causado problemas, ou seja, o usuário tem interesse em ser cada vez mais autônomo diante do seu caminhar na vida.

Neste momento percebo ser importante definir o que seria autonomia para o profissional, já que o acolhimento também visa esta autonomia profissional que, de acordo com Campos (1997a), corresponde à liberdade para novas definições de Campo de competência⁹ e de Núcleos de competência¹⁰ para cada um, dentro do contexto de cada equipe, e ao mesmo tempo não se deixaria de atribuir responsabilidades muito bem definidas para cada grupo-tarefa. Sendo assim, autonomia para o profissional significa a capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros.

Já cidadania, neste estudo, como a busca de outro “lugar social” para a loucura, ou seja, o doente mental também é um ser social, com direitos e deveres (Birman,1992). Acrescento que uma das formas de cidadania é através do acesso à saúde, pois este é um direito de todos e dever do Estado.

De acordo com Silveira (2003) existe necessidade de novas relações entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. É preciso que estas relações permeiem o processo de subjetivação do sujeito em sofrimento, instigando o comprometimento de responsabilização na articulação das novas estratégias de cuidado para as pessoas com sofrimento, e nesse sentido, surge o acolhimento como uma estratégia que estabelece um encontro entre a queixa do usuário e a escuta oferecida pelo serviço de saúde.

⁹ São saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades, é todo saber básico, como por exemplo sobre o processo saúde/doença, relação profissional/usuário, promoção da saúde, organização do serviço, processo de trabalho em saúde, dentre outros (Campos, 1997a).

¹⁰ É todo o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade, ele demarca a diferença entre os membros de uma equipe, são os elementos de singularidade que definem a

Além disso, apenas com o reconhecimento da necessidade de saúde do usuário é que o profissional vai conseguir estabelecer uma intervenção adequada, ou seja, tentar atender o problema de saúde do usuário através da identificação das habilidades que o usuário apresenta para escolher o melhor processo de reabilitação psicossocial¹¹.

De acordo com Merhy (1994), ter uma ação resolutiva não se limita a ter apenas uma conduta clínica, consiste também em oferecer possibilidades de usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. Todo este conjunto de ações deve trazer benefícios e satisfação ao usuário. Este deve sair do serviço certo que foi feito tudo para resolver seu problema e que a equipe de saúde está interessada na sua melhora.

Outra abordagem do acolhimento, ainda dentro da organização do serviço, é a humanização da assistência. Segundo Merhy (1994), o acolhimento se traduz como a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, estabelecem com os diferentes tipos de usuários que chegam ao serviço. Isto nos remete a pensar sobre as nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários e em nossa própria formação.

A formação dos profissionais da saúde está ligada, muitas vezes, a um modelo biologicista, centrado na doença, impossibilitando, assim, a percepção de outras

identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão (Campos, 1997a).

¹¹ Reabilitação Psicossocial pode ser entendida como o processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração, com o melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade (Pitta, 1996) ou também como o processo de remoção de barreiras, as quais impedem a plena integração de um portador de transtorno mental na comunidade e o pleno exercício de seus direitos de sua cidadania (Bertolote, 1996).

dimensões do problema do usuário como a mental, social, econômica, cultural, epidemiológica. Muitas vezes, o que acontece nos serviços de saúde é o desrespeito, descaso, indiferença com os usuários, como, por exemplo, filas na madrugada para conseguir fichas, demora no atendimento, negar atendimento, e, até mesmo, condutas desrespeitosas de alguns trabalhadores para com os usuários

Humanização da assistência segundo Matumoto:

“(...) diz respeito ao resgate do humano no trabalho (...) resgate do homem no processo de trabalho em saúde; o trabalho humanizado é percebido como necessário ao desenvolvimento da essência humana.” (Matumoto, 1998, p.16)

Pitta et al. (1995), definem acolhimento como modo humanizado (cortesia, afabilidade, discrição, solidariedade e atenção) da assistência prestada ao usuário e família. Assim, o acolhimento está diretamente ligado ao relacionamento trabalhador/usuário e a humanização da assistência no setor saúde deve percorrer todos os níveis profissionais, desde o porteiro até o gerente da unidade.

Já Miranda & Miranda (2002) comparam o acolhimento com as relações humanas, principalmente, a de ajuda. A relação de ajuda ocorre quando há o encontro de duas pessoas (o ajudador acolhe o ajudado), deste modo, acolher, significa receber o ajudado transmitindo-lhe receptividade e interesse de modo que se sinta valorizado.

Esses autores ainda ressaltam, que a relação de ajuda possui fases para o ajudado, que através delas ele vai se envolver (capacidade de envolvimento com o processo de ajuda); explorar (capacidade de avaliar a situação que se encontra no processo de ajuda); compreender (capacidade de estabelecer ligações de causa e efeito

entre os elementos presentes na sua vida); agir (capacidade de escolher o melhor caminho para prosseguir).

Neste sentido, o usuário, no encontro com o trabalhador de saúde, espera ser escutado – acolhido – para que possa expor suas necessidades e conseqüentemente obter uma solução (que ele, o usuário, vai escolher, a partir das alternativas expostas pelo trabalhador) para seu problema, de maneira que satisfaça sua necessidade.

Merhy (1997) entende que no espaço intercessor (encontro trabalhador/usuário) ocorre um processo de escuta dos problemas, troca de informações, reconhecimento de direitos e deveres num processo de decisões que pode possibilitar intervenções. Esta afirmação nos remete para o segundo pressuposto no qual enfatizamos o acolhimento enquanto espaço de escuta, o qual converge para as especificidades do cuidado ofertado nos serviços de saúde mental, ou seja, o acolhimento é uma estratégia importante para os novos serviços de assistência a saúde mental – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹².

Os Centros de Atenção Psicossocial são estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização integral e a vida comunitária, sendo responsáveis por cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos; egressos de internações psiquiátricas; encaminhados de centros de saúde; de pronto atendimento; de ambulatorios; de hospitais gerais e da comunidade em geral (Pitta, 1994). Assim, os

¹² Os CAPS foram regulamentados através das portarias 189, 19/11/1991 (esta portaria abriu a possibilidade da implantação de serviços que substituíssem o modelo tradicional dos hospitais psiquiátricos aprovando os procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial) e na portaria 224, 29/01/1992 (esta portaria definiu as normas e regulamentou o funcionamento do atendimento ambulatorial de todos os serviços de Saúde Mental como: Centros de Saúde, Ambulatórios, Unidades Básicas e Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2000b).

Centros de Atenção Psicossocial destinam-se a acolher, escutar¹³, tratar, reintegrar e oferecer liberdade de ir e vir¹⁴ aos usuários, tendo a comunidade e outros setores como parceiros.

A denominação de Centro de Atenção Psicossocial foi advinda da Nicarágua revolucionária de 1986, que, apesar de todas as dificuldades materiais, da economia de guerra, cuidava responsabilmente das pessoas com problemas psiquiátricos. Foi utilizado líderes comunitários, profissionais da saúde, materiais improvisados e sucatas, para desenvolver uma experiência criativa de reabilitar pessoas excluídas da sociedade, por portar algum transtorno mental (Pitta, 1994).

O Centro de Atenção Psicossocial não pretende curar o usuário “*mas adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais*” (Birman & Costa, 1994, p.52). A psiquiatria vem tentando mudar seu objeto, da doença para o indivíduo e como tratamento tenta utilizar as possibilidades de reinserção social do usuário.

A equipe de atuação no Centro de Atenção Psicossocial deve ser multiprofissional, e deve estar voltada para facilitar a interação paciente/família/comunidade, através de atividades desenvolvidas no serviço (Kantorski et al., 2000a). Faço, neste momento, uma ligação com o acolhimento que busca também a intervenção de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que ficaria encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário.

¹³ É necessário diferenciar ouvir de escutar. *Ouvir* possui um sentido fisiológico por natureza, ou seja, basta ter uma integridade biológica associada a um bom desempenho neurofisiológico das funções. Já *escutar* significa uma disposição interna de acolher sinais, ora claros, ora obscuros e buscar alcançar algum registro que viabilize um campo de trocas (Pitta, 1994).

¹⁴ Consiste em criar um serviço que elimine os meios de contenção e restrição do sujeito, significa trabalhar a partir do estabelecimento de limites técnicos dialogados e negociados, onde a liberdade é um

“Processa-se uma mudança no fluxo de entrada, de modo a não mais ocorrer de forma unidirecional (agendando-se para o médico todos os pacientes que chegam). Toda a equipe participa da assistência direta ao usuário. O fazer em saúde, seja nas relações interpessoais (profissionais com os usuários e dos profissionais entre si), seja no diagnóstico e terapêutica, passa a ser o resultado da complementação dos saberes e práticas específicos e comuns das diversas categorias, assim como da interpenetração crítica desses diversos saberes e práticas. A escuta do usuário, o diagnóstico e a prescrição, a realização de procedimentos, o ministrar de cuidados não mais se daria em operações isoladas e desarticuladas, mas como resultado da integração das atividades e da parceria de todas as categorias” (Malta et al., 2000, p.24)

Considero, como Mehry (1991), o acolhimento como momento de encontro de possíveis interações entre usuários e trabalhadores da saúde, na produção de ações de saúde, nas decisões, e uma estratégia para a (re)construção do modelo assistencial, e ainda seria responsável pela organização da demanda e pela modificação no processo de trabalho. O objeto deste estudo é o acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes do município de Pelotas-RS.

Deste modo, tenho como **objetivo geral** deste estudo, analisar o processo de acolhimento do usuário que busca atendimento num Centro de Atenção Psicossocial.

E como **objetivo específico**, analisar o acolhimento do usuário do Centro de Atenção Psicossocial no processo de trabalho em saúde, em seus diferentes momentos: entrada, recepção, decisão de oferta, intervenção terapêutica e saída.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Antes de apresentar o referencial teórico é necessário explorar um pouco o trabalho humano e o processo de trabalho em saúde.

Segundo Kantorski (1997), o trabalho é uma categoria central na vida do homem. A autora destaca cinco dimensões que traduzem mais claramente a importância do trabalho que são:

"Primeira: o homem ao produzir a sua própria existência produz a si mesmo (...) o trabalho foi o meio pelo qual o homem se diferenciou da sua condição animal e constitui-se como ser humano.

Segunda: a práxis do trabalho revela uma relação metabólica entre o homem e a natureza. O homem ao trabalhar transforma a natureza de acordo com o projeto construído conscientemente, no entanto, o homem ao mesmo tempo é também transformado pela natureza.

Terceira: o trabalho gera relações sociais. Ao garantir os meios necessários a sua sobrevivência através do trabalho, o homem estabelece relações sociais com outros homens.

Quarta: o trabalho é fundamental para a criação da identidade do homem. Ao trabalhar, o homem deixa a sua face na natureza, reconhece a si mesmo e produz sua identidade social.

Quinta: o trabalho, enquanto práxis propriamente humana é a maneira pela qual o homem transcende-se no espaço e no tempo, pois através do trabalho o homem imprime no mundo material um conhecimento acumulado ao longo da história, constituindo-se, assim, produtor de sua própria história" (Kantorski, 1997, p. 5).

Sendo assim, o trabalho é a atividade pela qual o homem domina as forças naturais, humaniza a natureza. É a atividade pela qual o homem cria a si mesmo. E ele é caracterizado por um processo de transformação que ocorre porque os indivíduos têm necessidades que precisam ser satisfeitas, e essa transformação acontece mediante a atividade do trabalho, realizada com o consumo produtivo de forças de trabalho e a intermediação de instrumentos que o agente insere entre ele próprio e o objeto, para dirigir sua atividade a uma dada finalidade (Mendes Gonçalves, 1992). O trabalho é ação dirigida a um dado fim, ou seja, ação que busca um determinado resultado.

O resultado do trabalho será um produto com valor de uso ou de troca. O valor de troca garante que os produtos circulem como mercadorias, não é o caso da saúde, pois saúde não pode ser tratada como uma mercadoria. O valor de uso expressa a utilidade do produto e permite seu consumo, esta utilidade do produto pode ser como um bem (por exemplo, uma escova de dentes) ou como um serviço (por exemplo, uma consulta médica). Sendo assim, a saúde é um produto que tem um valor de uso, e este produto é utilizado como um serviço (Campos, 2000).

O processo de trabalho em saúde acontece por que alguém procura o serviço de saúde com uma necessidade a ser satisfeita, assim a finalidade do trabalho será suprir esta necessidade, o produto será consumido em ato. A força de trabalho são os profissionais de saúde que utilizará alguns instrumentos para intervir sobre o objeto, que no caso da saúde é o homem/família/comunidade. Estes instrumentos serão as tecnologias leves, leves-duras ou duras.

Sendo assim, neste capítulo abordarei o referencial teórico-metodológico que foi utilizado para analisar o acolhimento no Centro de Atenção

Psicossocial, compreendendo o acolhimento como parte do processo de trabalho em saúde e a metodologia que será usada para operacionalizar a pesquisa. Este capítulo foi dividido em dois momentos, no primeiro abordei o acolhimento no processo de trabalho em saúde mental e no segundo apresentei a metodologia que foi adotada.

2.1 O ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

O acolhimento no processo de trabalho em saúde mental foi abordado no presente estudo tomando como referência a produção teórica sobre a temática trabalho em saúde, de Emerson Elias Merhy, que discute como os trabalhadores de saúde e os usuários relacionam-se e de que modo representam e vivenciam as necessidades (Merhy, 1997).

Para trabalhar com o dia-a-dia dos trabalhadores e usuários, e mais especificamente com o modo como ocorre o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Castelo, é necessário olhar primeiro para o processo de trabalho em saúde, porque o acolhimento *“consiste na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender todos os que procuram os serviços de assistência à saúde”* (Malta et al., 2000, p.24).

No trabalho em saúde tem-se homens em relação com outros homens, com a natureza, e com outros trabalhos, mas de forma específica, em um dado processo sócio-histórico (Mendes Gonçalves, 1992). Assim, o trabalho na saúde se diferencia de outros trabalhos porque seu objeto é o homem e seu produto é consumido no ato.

No entanto, se o objeto de trabalho é o homem este deverá ser compreendido em sua objetividade, o que inclui a sua subjetividade¹⁵ (Mendes Gonçalves, 1992). O acolhimento, trabalha com esta subjetividade do sujeito, escuta necessidades, desejos, dificuldades; tenta ver o homem além da dimensão da doença, fazendo com que o trabalho em saúde seja mais humanizado.

Neste sentido, tanto as necessidades de saúde quanto à intervenções, deslocam-se de uma abordagem unicamente biológica e individual para uma abordagem que considera o contexto histórico-social (Peduzzi, 2000).

As necessidades de saúde, não constituem objetos naturais, não existem enquanto objetos de intervenção em saúde, mas são construídos historicamente pelos sujeitos em sociedade, a depender do modo de organização social e das concepções predominantes acerca do processo saúde-doença, sendo assim, as necessidades são sempre sociais e coletivas, embora se manifestem concretamente de forma individual, em cada um dos sujeitos portadores de necessidades (Mendes Gonçalves, 1992).

A cada época e sociedade, o objeto de trabalho na saúde muda, um exemplo contemporâneo é a psiquiatria, seu objeto antes era a doença, desejava-se a cura e para isso instituiu-se a internação do doente nos hospitais para tratamento. Entretanto, nem sempre esse tratamento ajudava o doente a melhorar suas relações com a família e sociedade. Outro fato que se agrega a este contexto, é a concepção que o doente não tem desejo, que os técnicos podem decidir quais são as necessidades de cada paciente. Hoje, com a mudança do paradigma da psiquiatria, seu objeto também está

¹⁵ Subjetividade é utilizada para referir-se às “*relações, mediadas por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser, e com*

mudando, agora o objeto de trabalho é o sujeito, sua família e a própria comunidade em que está inserido. Os profissionais ao reconhecerem o homem como objeto de trabalho, reconhecem toda sua subjetividade.

O modelo brasileiro de atenção à saúde mental, vem passando por uma transformação assistencial expressiva, com uma tendência à redução de um sistema predominantemente hospitalocêntrico. Essa reorientação do modelo, tem possibilitado a criação de novos serviços que seriam serviços não só extra-hospitalares, mas que teriam uma complexidade de funções envolvendo um caráter, não só de atendimento centrado no diagnóstico da doença, mas, sobretudo, de produzir também novas intervenções sociais e novas concepções culturais da loucura.

Costa-Rosa (2000) refere que o objeto do modo asilar, dos hospitais psiquiátricos, é a doença e seu tratamento é hospitalar e medicamentoso. Neste caso, não é considerada a existência do sujeito, ocorre a objetificação do sujeito, ele não participa do seu tratamento. O trabalho dos profissionais é fragmentado, assim como o sujeito. Já no modo psicossocial de assistência, segundo o autor, o objeto é o sujeito e este possui participação no seu tratamento, visa-se a sua permanência na família e na comunidade, o trabalho visa o intercâmbio teórico-técnico dos profissionais.

Para Amarante (1996), a doença deve ser colocada entre parênteses, com isso o olhar deixa de ser exclusivamente técnico ou clínico, a pessoa passa a ser o objeto de trabalho, a ênfase não será mais no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente¹⁶.

suas partes, incluindo ele próprio, e que fazem dele um sujeito” (Mendes Gonçalves, 1992, p.27).

¹⁶ A definição de inventar saúde e de reprodução social do paciente baseia-se nas idéias de Franco Basaglia. Esta noção está profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa, ou seja, o

É necessário explicar melhor esta mudança de objeto de trabalho na psiquiatria, que não significa que se ignora a doença, até porque não se pode ignorá-la na psiquiatria, mas trata-se de reconstituir as pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos (Rotelli et al., 1990), e para isso é necessário ter um olhar ampliado sobre a doença.

Campos (1997b) cita que em caso de doenças ou deficiências crônicas, deve-se pensar na Clínica do Sujeito¹⁷. Nesses casos, tais pessoas são muito dependentes de algum tipo de acolhimento e de apoio técnico (escuta, medicação, reabilitação física, dentre outros), pois estão sujeitas à variação de humor em virtude de suas enfermidades.

Neste sentido, o objeto de trabalho sendo a doença, o indivíduo passa a ser fragmentado, esse reducionismo leva a uma assistência voltada para a cura, o que também fragmenta o processo de trabalho em saúde (Campos, 1997b). Logo, se essa assistência está voltada para a cura, pode conseguir eliminar os sintomas, mas muitas vezes, não satisfaz as necessidades individuais, e o olhar fragmentado do indivíduo impede o trabalhador da saúde de perceber a subjetividade do sujeito.

As práticas atuais identificam as necessidades constituídas em um processo sócio-histórico que se expressam de várias formas e que podem ou não ser reconhecidas e tomadas como objeto, o acolhimento se dá nessa relação ao reconhecer as necessidades individuais/coletivas, transformando estas em objeto das ações de saúde (Matumoto, 1998).

reconhecimento do paciente como pessoa com direitos, mas, ao mesmo tempo, construindo um mundo melhor para o sujeito e para os outros (Basaglia, 1985).

¹⁷ Campos (1997b, p.4) define Clínica do Sujeito como “*uma clínica centrada no Sujeito, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências*”.

As necessidades, como já foi citado, são sócio-históricas¹⁸ e se apresentam para o trabalho em saúde como “necessidades sociais”¹⁹. O novo modelo da assistência psiquiátrica, visa a satisfação dessas “necessidades sociais”/individuais, defende o direito de cidadão do indivíduo com transtorno mental, o direito de possuir um atendimento digno, em que não aconteça sua despersonalização e reclusão.

Ressalto que as “necessidades da sociedade”²⁰, aos poucos vêm se transformando. O que antes era a exclusão dos doentes mentais da sociedade, para “livrar a sociedade dos incapazes e da periculosidade”, atualmente, está se transformando, com a necessidade de reinserção desses, então excluídos. Eles estão passando a ser compreendidos como seres humanos, dotados de direitos, que com uma assistência integral podem viver na comunidade.

Neste sentido, a necessidade de saúde para o usuário:

“está sendo representada e sentida como ‘um problema’ que ele ‘sinceramente’ vive, como um sofrimento, ou risco de sofrimento, e que ele ‘traduz’ como uma ‘questão de saúde’ a ser enfrentada com a ajuda de ‘alguém’” (Merhy, 1997, p.78).

Este autor ressalta, ainda, que, o usuário, ao trazer uma necessidade de saúde ao profissional, procura obter, neste encontro, uma relação de compromisso (sinceridade, responsabilização e confiança na intervenção para solução). Já o profissional procura nessa relação alguma coisa, que nem sempre tem algo a ver com o

¹⁸ “Constituem um conjunto de necessidades de toda ordem que devem estar presentes à reprodução do homem em um certo período e em uma certa sociedade, e eventualmente, em cada grupo particular de homens nessa sociedade” (Mendes Gonçalves, 1992, p.20)

¹⁹ “Trata-se sempre de necessidades individuais, que como são sempre de indivíduos sócio-historicamente determinados, isto é, estão em relação sócio-históricas com outros indivíduos, são produzidas por essas relações e para essas relações, sem deixarem de serem individuais” (Mendes Gonçalves, 1992, p.20)

que o outro espera (Merhy, 1997). O profissional ao não reconhecer a necessidade trazida pelo usuário pode acarretar a não solução do problema de saúde, o que torna o serviço pouco eficaz.

Este encontro trabalhador/usuário acontece no espaço intercessor que revela questões sobre os processos de produção em saúde (processo saúde-doença e processo de trabalho). Segundo Merhy (1997) todo lugar que ocorre esse encontro se opera a tecnologia das relações, ou seja, em todo lugar que ocorrer esse processo tecnológico se terá o trabalho vivo em ato, que visa o processo de escuta das necessidades, para uma troca de informações, para o reconhecimento mútuo de direitos e deveres, para um processo de decisões que possibilita intervenções. Assim sendo, o acolhimento pode acontecer no processo intercessor, ou seja, é na relação produção/consumo que se estabelece como o movimento de criação de intervenções para os problemas de saúde se traduz muitas vezes no trabalho vivo.

O trabalho vivo é aquele trabalho em ato que ocorre no momento singular do encontro dos sujeitos, ou seja, é o momento da criação, exercido de forma autônoma (Malta et al., 2000). O trabalho em saúde pode ser trabalho vivo, quando não é aprisionado pelas normas, rotinas, organização do serviço, pelo uso de equipamentos, dentre outros, ou seja, é capturado pelo trabalho morto²¹. O trabalhador nesta captura não consegue estabelecer seus padrões de assistência, não produz livremente seu trabalho, fica preso ao trabalho morto.

²⁰ “É a problemática envolvida em opções que, definidas por um presumível ‘interesse geral’, passam por cima das necessidades consistentes dos indivíduos e justificam-se, antes e depois, por seus resultados técnicos” (Mendes Gonçalves, 1992, p.21).

²¹ Trabalho morto são todos aqueles produtos que são resultados de um trabalho anterior, que apesar de ser produto de um trabalho vivo é incorporado como uma “cristalização” deste trabalho vivo (Merhy, 1997).

Merhy (1997) ressalta que o trabalho vivo em ato é quase plenamente capturado pelas tecnologias duras (equipamentos e normas de rotinas), leve-duras (saberes estruturados) – trabalho morto – e pelas necessidades (modo de satisfazer).

Assim, o trabalho vivo, apesar de não poder se libertar totalmente do trabalho morto, poderia comandá-lo, através de alternativas, para que atendam a necessidade do usuário (Merhy, 1997). Essas alternativas poderiam ser aplicadas no processo de intervenção, onde as tecnologias leves operam, e onde as subjetividades estão presentes.

O trabalho vivo na saúde pode ocorrer através das tecnologias leves, entendidas como *“tecnologias de ação mais estratégicas, elas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades”* (Merhy et al., 1997, p.121).

Merhy et al. (1997) classifica as tecnologias em leves (as tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho); leve-dura (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde) e dura (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Assim, o acolhimento é uma tecnologia leve (tecnologia de relações) que se produz em ato dentro do trabalho vivo.

“(...) é neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final, que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos interseções, as das relações, que se configuram, por exemplo, através das práticas de acolhimento, vínculo (...)” (Merhy et al., 1997, p.122).

Para Franco & Panizzi (2003), o acolhimento aparece como uma estratégia para inverter as tecnologias de trabalho, de um modelo centrado nas tecnologias duras e leve-duras, para outro, com hegemonia das tecnologias leve-duras e leves.

O acolhimento, então, está ligado ao processo de trabalho em saúde de forma a atender todos os que procuram os serviços de assistência à saúde, assume assim uma postura acolhedora, de escuta e de dar respostas adequadas à necessidade de cada usuário (Malta et al., 2000).

O acolhimento é uma tecnologia leve e pode ser fonte de trabalho vivo, mas, muitas vezes, quando usado como uma outra maneira de recepcionar o usuário, pode ser capturado pelo trabalho morto, através das normas, protocolos de acolhimento, que, muitas vezes, apenas definem o que é a queixa principal do usuário e estabelece que esta é a sua necessidade, ou o serviço oferece a sala de acolhimento onde o atendimento ao usuário é feito através de vidros, de forma impessoal.

Acredito que o acolhimento deve estar presente em todo o ambiente, de forma que o usuário se sinta confortável, e possa descrever o que trouxe ao serviço de uma forma informal, através de uma conversa que transmita confiança e que o usuário fique certo que foi feito tudo o que podia ser feito pelo profissional de saúde para solucionar sua necessidade de saúde.

A relação do serviço/profissional/usuário no modo psicossocial, visa um espaço de interlocução, em que a subjetividade aparece e o acolhimento se encaixa. Nesta interlocução, o usuário fala e o profissional escuta, mas não é um monólogo e sim uma troca de informações e uma criação de vínculo (Costa-Rosa, 2000). No modo

asilar, esta relação poderia ser descrita como um “*espaço de relação entre loucos e são*”, pois as relações são verticais e impessoais.

As instituições do modo psicossocial são organizadas de forma horizontal, visando à descentralização, com o deslocamento para os municípios da gestão dos recursos e demandas, e com a participação popular e fiscalização dos conselhos municipais (Costa-Rosa, 2000).

Neste contexto, faremos a ligação com as transformações que aconteceram e estão acontecendo na área da assistência à saúde mental. Essas transformações tiveram seu início no surgimento das instituições psiquiátricas, passando pelas comunidades terapêuticas, pela psiquiatria preventiva, pela desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, e a construção de um novo modo de assistência à saúde mental, baseado em serviços extra-hospitalares.

Desde o surgimento do hospital, como forma de exclusão, de depósito dos inadaptados, até a transformação desde em uma instituição medicalizada pela ação da disciplina e da organização médica, esta assistência mostrou-se como cronificante (Amarante, 1998).

As comunidades terapêuticas surgiram para transformar o hospital psiquiátrico em uma instituição de cura. Segundo Amarante (1998), as comunidades terapêuticas modificaram o hospital, mas não conseguiram resolver o problema da exclusão. O autor ainda ressalta que a intervenção terapêutica na comunidade diminuiu o espaço asilar, mas sem discutir a reclusão no asilo, ou seja, a assistência é centrada no espaço institucional, resumindo-se na reforma asilar, sem discutir a função social da psiquiatria, não objetivando transformar o saber psiquiátrico sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade.

Outra transformação na psiquiatria, que podemos citar, é o surgimento da psiquiatria preventiva, que instaurou a crença que todas as doenças mentais podem ser prevenidas ou detectadas precocemente, sendo assim, a psiquiatria preventiva significou um projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos-médicos para o conjunto de normas e princípios sociais (Amarante, 1998).

A psiquiatria preventiva deu início aos cuidados de saúde mental na comunidade, apesar de ter uma concepção saúde-doença que considerava a natureza multifatorial das doenças mentais - fatores físicos, psicossociais e sócio-culturais, e seu objeto de trabalho fosse a doença mental, a psiquiatria preventiva tinha como seu local de intervenção a comunidade e a prática assistencial já trazia a noção de trabalho em equipe (Caplan, 1980).

Para romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando transformar o valor do saber médico da explicação, compreensão e tratamento das doenças mentais surge a desinstitucionalização - conceito este elaborado no sentido de desconstrução. (Amarante, 1998).

Após anos de uma assistência psiquiátrica basicamente manicomial – modelo assistencial centrado no leito psiquiátrico, estamos vivenciando novos rumos do modelo de assistência em saúde mental, os hospitais estão sendo substituídos por uma rede de serviços de atenção integral à saúde.

A partir do final da década de 70, com a redemocratização do país, surge concretamente a reforma psiquiátrica brasileira, que tem como objetivo e estratégia, a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico da psiquiatria (Amarante, 1998). Assim a reforma psiquiátrica apresentava-se como um movimento contra-hegemônico ao sistema asilar, que defendia outras formas de cuidados aos

portadores de transtornos mentais, ou seja, uma assistência comunitária contínua e participativa.

“Agrega-se, ainda, o desafio de se estar criando estruturas ‘culturalmente sensíveis’, substitutivas dos habituais sentimentos de distanciamento e repulsa que costumam prevalecer na relação entre cuidadores e usuários de instituições psiquiátricas que deveriam ser públicas no seu amplo sentido de acolher e de tratar os que delas necessitem” (Pitta, 1994, p.648).

Esta nova conjuntura da psiquiatria brasileira, toma forma, a partir de 1987, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental; com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, em 1987, em São Paulo – Centro de Atenção Psicossocial Luís da Rocha Cerqueira; com a criação do projeto de Lei 3.657/89²²; e com a Declaração de Caracas²³, que orientava a reestruturação da assistência psiquiátrica, através da adequação das legislações, de tal forma que assegurasse o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, e a reorganização dos serviços para a superação dos modelos convencionais de assistência psiquiátrica (Rotelli & Amarante, 1992).

²² Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, esta lei visa a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta Lei teve sua aprovação apenas em 2001 (Brasil, 2000a).

²³ A Declaração de Caracas foi proclamada em 14 de novembro de 1990, durante a Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, em 1990, com o patrocínio das Organizações Pan-americanas e Organização Mundial de Saúde com a participação dos Ministérios de Saúde, Seguridade Social e Justiça, os Parlaentos e outras políticas nacionais de vários países. A Declaração de Caracas apesar de abordar a questão psiquiátrica de uma forma genérica e pouco precisa declarou a necessidade de reestruturação da atenção psiquiátrica na região com revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços psiquiátricos. Também houve o compromisso dos participantes em criar programas que visassem esta reestruturação e que através da legislação garantissem os direitos humanos e civis dos doentes mentais e que promovessem a organização de serviços comunitários, e que quando necessário a internação psiquiátrica, esta fosse feita em hospitais gerais. Participaram desta Conferência 11 países latino-americanos, entre seus representantes encontravam-se profissionais de saúde, ministros de saúde, senadores, deputados, juristas e alguns usuários (Rotelli & Amarante, 1992).

A Reforma Psiquiátrica desejava, e deseja, a reversão do ciclo vicioso crise – internação – novas crises, mas para isto faz-se necessário uma rede básica habilitada para interromper este ciclo e garantir a continuidade da vida em sociedade para os portadores de transtornos mentais.

A mudança da lógica de exclusão para inserção social, também está apoiada em portarias como a 189/91, 224/92 e 336/02 do Ministério da Saúde, e pela diminuição dos incentivos financeiros para os hospitais psiquiátricos. Há um redirecionamento dos recursos financeiros para as modalidades assistenciais alternativas, abrindo caminho para os Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, dentre outros.

Segundo Alves et al. (1994)

“a regulamentação e a definição de padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental no Brasil, visa à construção de um modelo assistencial em saúde mental diversificado e de qualidade” (Alves et al., 1994, p.199).

As importantes mudanças no sistema de saúde brasileiro - como o Sistema Único de Saúde - privilegiaram a implantação e as transformações efetivas na área de saúde mental, pois este sistema de saúde objetiva a descentralização, a universalidade, serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada, a integralidade da atenção e a participação social, tudo visando o direito à saúde e à cidadania (Alves et al., 1994). No ano de 1990, o Brasil possuía 3 Centros de Atenção Psicossocial, no ano de 2001, o número de CAPS passou para 266, mas, apesar deste avanço, o processo de reestruturação enfrenta ainda desafios como os gastos desproporcionais entre as internações psiquiátricas em hospitais especializados e os gastos com a assistência comunitária na consolidação desta assistência, ou seja, 90%

dos recursos financeiros da saúde mental são destinados à assistência hospitalar, e apenas 10% são destinados a programas de saúde mental na comunidade, sendo que a atenção primária não possui financiamento para desenvolver ações de saúde mental (Delgado et al., 2001).

A remuneração dos CAPS é pautada no sistema de pagamento por laudos, ou seja, por número de usuários em tratamentos intensivos, semi-intensivos ou não intensivos, neste sentido, o modelo de alocação de recursos parece não levar em consideração o conjunto de inovações que os serviços substitutivos propõem. A portaria 336/02, do Ministério da Saúde, instaura noções de tratamento vinculado ao agravamento da sintomatologia e isso de certa forma, caminha no sentido oposto ao das transformações no campo da saúde que deram origem a estes serviços (Freire, 2003). Os Centros de Atenção Psicossocial poderiam também receber recursos financeiros pelas atividades voltadas para a reinserção, ressocialização e atividades comunitárias do portador de transtorno psíquico.

O processo de transformação da assistência em saúde mental no Brasil, a reforma psiquiátrica caracterizou-se pela criação de novos serviços e de novas estratégias de cuidados. Este processo marca a reflexão crítica sobre os conceitos fundamentais da psiquiatria tradicional, tais como doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade, que operam uma profunda transformação no modelo assistencial, construído sobre a égide de novos conceitos, tais como desinstitucionalização, territorialização, acolhimento (Yasui, 2003).

Os novos serviços de saúde mental pretendem estabelecer uma relação serviço/usuário/profissional universal, integral, humanizada e resolutiva, na qual o

acolhimento possa representar um momento do trabalho em saúde, em que a subjetividade do sujeito e suas necessidades sejam resgatadas.

Assim, estes também são alguns dos objetivos dos Centros de Atenção Psicossocial que através do acolhimento garantem o acesso universal dos usuários, são organizados de forma regionalizada (divisão por distritos sanitários), intersetoriais (trabalha com outros setores públicos, como, por exemplo: secretarias da cultura, educação, dentre outros) e contam com a participação da comunidade no desenvolvimento de suas ações, garantindo a cidadania dos doentes mentais até então excluídos da sociedade.

Nesses novos serviços de saúde mental, em especial os Centros de Atenção Psicossocial, a escuta é muito importante, pois o usuário, através da sua fala, cotidianamente, revela à equipe de saúde, as representações do que causa o seu sofrimento, suas necessidades, e a sua história de vida.

Segundo Leitão (1995), escutar o usuário implica em:

“perceber o outro como indivíduo; compreender e valorizar as experiências de vida do outro; apreender a relação trabalhador/usuário como troca de saberes, sem o poder e autoridade; interpretar o pensar, sentir e agir do outro de acordo com a realidade onde este está inserido” (Leitão, 1995, p.49).

A escuta e os atributos a ela relacionados podem ser considerados como premissas da assistência nos Centros de Atenção Psicossocial. Nesse contexto, a escuta é um instrumento necessário, porque possibilita a relação mais próxima entre usuário/trabalhador.

Desta forma, o acolhimento tem um papel fundamental na saúde mental porque ele vem como uma estratégia de reorganizar o serviço, além de proporcionar a escuta, o que é fundamental na psiquiatria.

“(...) os loucos gostam de ser escutados, de ter a sua palavra valorizada; gostam de saber que a sua própria palavra pode ser um instrumento para ajudá-los.(...) cada psicótico é diferente do outro. Nessas novas formas de atendimento há lugar para as diferenças. Há valorização de cada diferença. Nesses lugares já sabe que enlouquecer é diferente para cada um; e que qualquer semelhança é mera coincidência.” (Corbisier, 1992, p.9).

Os Centros de Atenção Psicossocial são organizados para acolher pessoas a qualquer momento do dia, o trabalho é pouco hierarquizado, e com pequena divisão, no sentido de que as responsabilidades de decisão e as competências não são separadas, os trabalhadores assumem estas ao mesmo tempo; isto flexibiliza a organização do serviço e eleva o uso dos centros pelos usuários (Rotelli et al., 1990).

Para Campos (1992), a (re)organização das práticas e o intercâmbio de conhecimentos com os usuários dos serviços, objetiva alcançar a ampliação da autonomia dos pacientes, dos grupos, da coletividade, repensando a condição de sujeitos sociais capazes de autocuidarem-se e de cobrarem das instituições o atendimento das suas necessidades.

Malta et al. (2000) apontam questões chave para a organização dos serviços em saúde: identificação da situação de risco, avaliação da gravidade; acesso a todos usuários, permitindo que estes expressem seu sofrimento; oferta de uma abordagem integral (contemplar aspectos biológicos, psíquicos, culturais e sociais) do problema do usuário; construção de uma assistência multiprofissional.

Na organização dos serviços de saúde mental do estado do Rio Grande do Sul estas questões chave foram contempladas nas Diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde Mental: acolhida (permite o acesso universal); vínculo e humanização da atenção; responsabilidade das ações; contrato de cuidados (considera a subjetividade do sujeito); assistência interdisciplinar; integralidade das ações (promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação); intersetorialidade; resolutividade; capacitação, investigação, pesquisa e avaliação contínua da equipe e do serviço (Rio Grande do Sul, 2001).

O acolhimento permite o acesso de todos os usuários, através da escuta, pode-se ter uma abordagem integral do usuário, e este pode ser realizado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Neste sentido, Merhy (1997) diz que ao olhar para um serviço de saúde, de qualquer natureza, para perceber algumas situações características importantes sobre o “fazer saúde” é necessário identificar certos aspectos do serviço como: quem trabalha, como trabalha, para quê, por que, a quem serve. Assim, quando falo em acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial se torna fundamental identificar estes aspectos, *quem acolhe, como acolhe, para que acolher, por que acolher, quem acolher*. Para subsidiar a identificação destes aspectos no estudo, vamos utilizar o “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” de Merhy (1997)

Os símbolos utilizados no fluxograma são universais, a elipse mostra o começo e o fim da cadeia produtiva, para o serviço de saúde significa a entrada e a saída do usuário. O retângulo mostra os momentos em que se realizam as etapas do trabalho na cadeia produtiva, é onde se realizam consumos de recursos e produção de produtos bem definidos que vão servir para abrir novas etapas na cadeia. O losango

representa os momentos que a cadeia produtiva enfrenta um processo de decisão de caminhos a serem seguidos, são momentos de decisões e de possibilidades de percursos para atingir etapas seguintes e distintas (Merhy, 1997).

Este fluxograma vai nos ajudar a representar o que acontece no processo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes, desde a entrada do usuário até a saída ou não²⁴ deste do serviço, e que processos chave que ocorrem e caracterizam o serviço. Os usuários que chegam também vão ser conhecidos e analisados através do fluxograma, para caracterizar melhor o serviço, assim será possível verificar *quem são, são da área de abrangência, por que procuraram o serviço*, assim como descrever o que se faz com os que entram.

Mehry (1997) cita ser importante descrever cada etapa do fluxograma dos usuários que saíram do acolhimento, para poder analisar o processo intercessor trabalhador/usuário e como foram feitos os encaminhamentos. A análise da saída pode proporcionar a visualização do processo de acolhimento, e verificar se este permeou todo o processo de trabalho e se a necessidade foi resolvida ou encaminhada de uma

²⁴ Utilizo a palavra saída ou não por que nos Centro de Atenção Psicossocial alguns usuários podem ficar em tratamento intensivo (aquele destinado a pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário); semi-intensivo (é destinado aos pacientes que necessitem de acompanhamento freqüente, fixado em seu plano terapêutico, mas não precisam estar diariamente no

maneira satisfatória para o usuário. O fluxograma analisador do acolhimento é uma alternativa para o serviço de saúde centrar sua assistência no usuário, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo.

O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Castelo pretende transformar a prática da assistência à saúde na área da saúde mental. Esta assistência voltada para a qualidade de vida, cidadania, autonomia, inserção social e liberdade de ir e vir para os portadores de transtornos mentais.

2.2 PERCURSO METODOLOGICO

2.2.1 Tipo de estudo

Este estudo se caracterizou por ser um estudo de caso, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa dos dados.

O estudo de caso é uma pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente, e uma de suas características é dada por duas circunstâncias principais, que são a natureza e a abrangência da unidade (Triviños, 1987). Assim, o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial é a unidade que permeia todo o processo de trabalho, organiza a assistência, escuta os usuários. O estudo de caso favorece o conhecimento de uma realidade delimitada e seus resultados podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas (Triviños, 1987).

Segundo Lüdke & André (1986), o estudo de caso possui uma fase exploratória que consiste no contato com o fenômeno observado. Essa fase colocou-se

Centro de Atenção Psicossocial); não intensivo (é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor ao serviço) (Brasil, 2002).

como fundamental para a definição mais precisa do objeto de estudo. Essa fase iniciou-se durante a elaboração do projeto de pesquisa, onde fui conhecer o CAPS Castelo, e através do relato de um dos profissionais da equipe técnica, explorei o cotidiano do serviço em busca de elementos que ajudasse na construção do objeto de investigação.

A outra fase da delimitação do estudo, foi a seleção dos aspectos mais relevantes e a determinação do recorte. Esta etapa foi importante para atingir os propósitos do estudo de caso e para chegar a uma compreensão mais completa da situação estudada. Nesta pesquisa, o recorte estudado foi o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes do município de Pelotas-RS.

Esta pesquisa também foi descritiva porque observou, registrou, analisou e correlacionou fatos sem manipulá-los (Cervo & Berviam, 2002). Segundo Triviños (1987), o estudo descritivo, quando junto com o estudo de caso, têm por objetivo, aprofundar a descrição de determinada realidade. A presente pesquisa foi descritiva e analítica, porque pretendeu descrever e analisar o processo de acolhimento do usuário e o acolhimento no processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial.

A abordagem qualitativa apresentou-se como suporte para o estudo do acolhimento por este ser uma parte de uma realidade complexa. Sendo assim, a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significados, das ações, motivos, crenças, aspirações, valores, atitudes e relações humanas, captadas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, preocupa-se principalmente em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais (Minayo, 1994).

2.2.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes, situado no município de Pelotas, localizado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul. Para que se entenda o porquê da escolha deste local de estudo se faz necessário uma apresentação do contexto histórico de resistência ao modelo da psiquiatria tradicional do estado do Rio Grande do Sul e do município de Pelotas.

2.2.2.1 – O estado do Rio Grande do Sul e o município de Pelotas

No Rio Grande do Sul, no final da década de 50 e início de 60, houve a criação de ambulatorios públicos vinculados às universidades e ao Hospital Psiquiátrico Estadual. Na década de 70 houve a instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ocorreu a implantação da saúde comunitária através da atenção primária e de uma residência multiprofissional na unidade do Murialdo, e também a experiência de comunidade terapêutica na Clínica Pinel, em Porto Alegre, uma das primeiras do Brasil (Fagundes, 1992).

Na primeira metade da década de 80, a Secretaria Estadual de Saúde e a Superintendência Regional do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social estruturaram o Plano Estadual de Saúde Mental. Este delimitou prioridades, elaborou manuais e programas de cuidados primários de saúde mental, realizou treinamentos para técnicos e auxiliares de saúde da rede pública de serviços estaduais (Fagundes, 1992). O Rio Grande do Sul, por muitos anos, foi considerado o “*berço do preventivismo nacional*”²⁵ (Amarante, 1998, p.89).

O estado, também, foi um dos primeiros a decretar a Lei estadual (Lei nº 9.716, de agosto de 1992) de substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental, determinando regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico.

Atualmente, no Rio Grande do Sul, cinquenta e três municípios têm serviços de atenção integral à saúde mental, com isto é o estado que mais avançou na estruturação de serviços de atenção psicossocial do país. Assim, ele conta, hoje, com diversas iniciativas em saúde mental municipais muito bem sucedidas, sendo que em cerca de 85,5% dos mesmos (ANEXO A) oferece algum tipo de atenção na área (Rio Grande do Sul, 2001).

O município de Pelotas, escolhido para realizar o estudo, foi um dos municípios pioneiros no Rio Grande do Sul na organização de serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos.

Pelotas é um município situado na região sul do estado do Rio Grande do Sul, localiza-se a 250 Km da capital do estado, Porto Alegre.

A população do município é de aproximadamente 323.158 habitantes, destes, 153.342 habitantes são homens, e 169.816 habitantes são mulheres, a maioria da população vive na zona urbana (IBGE, 2002). O município de Pelotas possui a gestão Plena do sistema municipal, pois assumiu a responsabilidade pela assistência à saúde da população.

²⁵O Rio Grande do Sul, a partir de 1979, através da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, adotou a estratégia da Atenção Primária à Saúde, dentro da política de serviços básicos de saúde, por recomendação do Ministério da Saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, que elegeu a Atenção Primária à Saúde como caminho para atingir a meta “Saúde para todos no ano 2000” (Feix, s.d.).

O setor saúde no município, destaca-se tanto na formação de profissionais quanto na prestação de serviços. Conta com uma universidade pública (Universidade Federal de Pelotas) e outra privada (Universidade Católica de Pelotas) com cursos na área de saúde como: enfermagem, medicina, odontologia, farmácia e bioquímica, psicologia, fisioterapia, e outros. Possui uma importante estrutura de estabelecimentos de saúde – três Centros de Saúde²⁶, noventa e nove Unidades Básicas de Saúde²⁷ e seis Hospitais totalizando 1321 leitos hospitalares – que prestam assistência à saúde para o município e região (IBGE, 2002).

O município faz parte da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, possui uma rede de atenção à saúde mental bem estruturada, há dez anos vem se adaptando às novas políticas nacionais da Reforma Psiquiátrica, priorizando o atendimento fora dos hospitais psiquiátricos (Rio Grande do Sul, 2001).

Entretanto, o município de Pelotas, apesar de incentivar através das políticas públicas, o atendimento em saúde mental, em serviços não hospitalocêntricos, conta com dois hospitais psiquiátricos, os quais totalizam 400 leitos, tornando o município referência de atendimento psiquiátrico (que consistem as internações em hospitais psiquiátricos) de toda região sul do estado do Rio Grande do Sul.

A rede de saúde mental, é, composta por seis Centros de Atenção Psicossocial, sendo que somente três são cadastrados²⁸ de acordo com a portaria 336/02

²⁶ São unidades de referência para as Unidades Básicas, possuem uma assistência especializada (ginecologia, pediatria, neurologia entre outros) e laboratorial.

²⁷ São unidades básicas de saúde, que, em sua maioria, possuem um auxiliar de enfermagem, um médico generalista, uma enfermeira, que prestam assistência de imunização, consultas e cuidados de enfermagem básicos.

²⁸ Os três Centros de Atenção Psicossocial cadastrados são CAPS Castelo, CAPS Baronesa e o CAPS Fragata. O Ministério da Saúde estipulou uma cota de cadastro de 253 CAPS em todo o país, sendo 53 no Rio Grande do Sul, o município de Pelotas teve a princípio apenas o CAPS Castelo cadastrado, após uma negociação entre a Coordenadoria Estadual e Regional de Saúde, e uma inspeção de todos os CAPS

do Ministério da Saúde, e cada um possui uma área de abrangência de 50 mil habitantes e assistem crianças, adolescentes, adultos, idosos; fazem consultas individuais e grupais, atendimento e orientação a familiares; possuem oficinas terapêuticas; e realizam visitas domiciliares (Méndez, 2003a).

Os seis Centros de Atenção Psicossocial estão localizados em diferentes bairros da cidade Centro de Atenção Psicossocial Baronesa – Bairro Areal e Praias; Centro de Atenção Psicossocial Escola – Centro; Centro de Atenção Psicossocial Castelo - Bairro Simões Lopes; Centro de Atenção Psicossocial Fragata – Bairro Fragata; Centro de Atenção Psicossocial Porto – Bairro Várzea e Porto e Centro de Atenção Psicossocial Zona Norte – Bairro Zona Norte (ANEXO B).

Além disso, conta com uma equipe volante de saúde mental que fica responsável por 20 unidades básicas, esta equipe dá suporte nas ações de promoção de saúde, prevenção e consultoria (Méndez, 2003b).

A rede de saúde mental de Pelotas ainda possui programas como: saúde escolar²⁹; programa de avaliação epidemiológica dos serviços de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar; associação de usuários dos serviços de saúde mental de Pelotas e parcerias intersetoriais na atenção em saúde mental - Secretaria Estadual do Trabalho; Cidadania e Assistência Social; Secretarias Municipais de Cultura, Cidadania e Direitos Humanos e Desenvolvimento Econômico (Pelotas, 2001).

selecionadas, alguns foram excluídos do cadastramento por não cumprirem as exigências do Ministério da Saúde, neste momento o município obteve o cadastramento de mais dois CAPS, totalizando, assim, três CAPS cadastrados.

²⁹ É a oferta de atendimento psicológico e acompanhamento a adolescentes da rede pública de ensino (Pelotas, 2001).

A Prefeitura Municipal junto com a Secretaria Municipal da Saúde e Bem-Estar de Pelotas e a Universidade Federal de Pelotas, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, firmaram um convênio com a Universidade de Turim, na Itália, e com a Cooperação e Província de Piemonte, para um intercâmbio de profissionais e troca de experiências na área de saúde mental (Méndez, 2003a).

2.2.3 Delimitação do campo de coleta de dados – O CAPS - Castelo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial do Castelo Simões Lopes, situado no bairro Simões Lopes Neto, na Casa de Cultura João Simões Lopes Neto, também conhecida como Castelo. A escolha foi intencional, uma vez que o serviço funciona há dez anos e o acolhimento é realizado por uma equipe multiprofissional.

O acolhimento surgiu como uma proposta da Coordenação de Saúde Mental de Pelotas para toda a rede de saúde mental do município. O acolhimento foi implantado em 2001, para substituir a triagem, que era feita em grupo. Os profissionais estabeleceram uma escala de trabalho no acolhimento, de maneira que sempre houvesse algum integrante da equipe de saúde (de nível superior) disponível para acolher os usuários. Em média são acolhidos no Centro de Atenção Psicossocial Castelo 18 usuários/mês. Durante o período de coleta de dados houve 11 acolhimentos.

O Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes iniciou seu funcionamento em setembro de 1992. No início, era um serviço de saúde mental dentro da unidade de saúde do bairro. O serviço contava com uma equipe formada por (01) psiquiatra, (01) assistente social, (01) psicólogo e (01) enfermeiro (Kantorski et al., 2000b).

A equipe realizava intervenções na comunidade, sem muitos resultados, isto os levou a criar estratégias que pudessem facilitar um diagnóstico mais correto das pessoas com transtornos psíquicos da comunidade. Assim, foram realizadas visitas domiciliares a essas pessoas e suas famílias, tentando mobilizá-las para a criação de um serviço de saúde mental no bairro. As reuniões passaram a ser realizadas na Casa de Cultura João Simões Lopes Neto (Kantorski et al., 2000b).

Em novembro de 1993, mês em que hoje se comemora o aniversário do serviço, a Casa de Cultura João Simões Lopes Neto, o "*Castelo*", abriu suas portas e recebeu o novo trabalho (Oliveira, 2000a).

O Castelo, como é conhecido no município, é um serviço Centro de Atenção Psicossocial tipo II, de acordo com a portaria 336, 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde, pois têm capacidade operacional para atender 70.000 habitantes, e é um dos três CAPS do município de Pelotas cadastrados no Ministério da Saúde.

Este serviço adota algumas premissas que visam desconstruir a relação manicomial, presente nas mais variadas modalidades de atenção à saúde, destacando-se a liberdade de ir e vir e a reintegração social (Kantorski et al., 2000a). O serviço tem como objetivo, o atendimento às necessidades individuais, o respeito à diferença e as práticas de reabilitação e reinserção social (Oliveira, 2000a).

A liberdade de ir e vir do serviço visa a não imposição de rotinas e horários de participação ao usuário, a equipe discute que atividades oferecem mais benefícios ao usuário e conversa com ele e sua família. Na reintegração social, o usuário utiliza as oficinas, o acompanhamento individual e grupal, dentre outras atividades, para treinar sua socialização, compartilhar seus sentimentos, estabelecer um diálogo com a família e uma interação com a comunidade (Kantorski et al., 2000a).

Sendo assim, o CAPS Castelo se caracteriza por ser um serviço do tipo aberto, os usuários podem vir e ir livremente. Tem como objetivo, reabilitar as pessoas com algum tipo de transtorno psíquico, para que estes possam viver em sociedade. Tem como característica, o envolvimento da família no tratamento.

O CAPS Castelo funciona de segunda a sexta, durante a manhã e tarde (quarta pela manhã é expediente interno, não há atendimento) das 8:00 às 12:00 horas e das 13:30 às 18:00 horas. No horário do meio-dia, as portas são fechadas, mas o serviço continua funcionando para os usuários que estão em tratamento intensivo que almoçam no local. As atividades sempre começam a partir das 9:00 horas da manhã e vão até 12:00 horas e à tarde começam às 14:00 horas e vão até às 17:00 ou 17:30 horas.

Os usuários recebem um lanche pela manhã e à tarde, e somente os intensivos recebem almoço e sempre há um técnico (profissional de nível superior) responsável para ficar durante o almoço.

O CAPS atende encaminhamentos de qualquer serviço de saúde de qualquer parte da cidade, desde que este esteja especificado para o CAPS Castelo e que a pessoa encaminhada seja moradora da área adscrita no serviço. Este encaminhamento é atendido pelo profissional responsável pelo acolhimento, que avalia se esta pessoa necessita ser acompanhada pelo Castelo, e de acordo com esta avaliação a pessoa é encaminhada para uma avaliação psiquiátrica, psicológica ou para qualquer outra intervenção terapêutica oferecida pelo serviço, na qual irá se encaixar melhor, ou se a pessoa necessita apenas ser acompanhada uma vez por mês.

Os usuários são pessoas moradoras da área adscrita no serviço (Bairro Simões Lopes, Guabiroba, Sul do Bairro Fragata, Porto). Atende pessoas com transtorno psíquico como: esquizofrenia, transtorno bipolar afetivo, pessoas com

problemas com álcool e drogas, portadores de necessidades especiais. Também atende de adolescentes a idosos, mulheres e homens, de todo nível de escolaridade e profissão que foram ou são encaminhados de outros serviços de saúde da cidade e necessitem ser reabilitados ou ser acompanhados para controlar uma crise.

Para cada usuário em tratamento, a equipe estabelece um plano terapêutico individual, este é feito de acordo com as necessidades do paciente, sendo dirigido à pessoa e não somente a sua patologia. A equipe procura utilizar as atividades do CAPS Castelo que mais oferecem a ajuda ao usuário, garantindo assim a participação do paciente e da família no tratamento.

Segundo Pitta (1996), a proposta terapêutica do tratamento dos portadores de transtornos psíquicos deve levar em consideração as variantes que tais indivíduos apresentam, essas diversidades exigem múltiplas intervenções.

A família dos usuários participa de grupos de medicação, de familiares de usuários com recaídas de drogas, de grupos de familiares com e sem os usuários, algumas mães de usuários freqüentam e orientam as oficinas de culinária e de costura. Todos os usuários têm um familiar que fica responsável e que deve vir participar dos grupos quando necessário ou acompanhar nas consultas psiquiátricas e de psicologia. O usuário é livre para participar dos grupos, se este não quiser não é forçado, eles participam das oficinas que gostam e vão ao serviço porque querem. A equipe não força o usuário a ir ao serviço, mas se este estiver em tratamento intensivo e não vem por três ou quatro dias, a equipe faz as visitas domiciliares para saber o que está acontecendo, e mantém um controle mais rígido com os usuários intensivos que faltam por muitos dias.

O Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes possui área física de dois andares. No primeiro piso possui uma sala de recepção, uma sala de reuniões, uma sala de grupos, um salão de festas, uma sala de televisão e recreação, três banheiros, uma sala de costura, uma sala para consulta da assistência social, da psicologia, do enfermeiro, uma sala para consulta psiquiátrica (também é utilizada pelos outros profissionais quando está desocupada), uma sala de grupos ou de oficina de música (há um armário de vidro onde estão expostos os trabalhos feitos na oficina de costura e marcenaria), uma sacada, uma cozinha, um refeitório, uma sala de enfermagem.

Já no segundo piso possui três salas para atividades com madeira, um banheiro, um terraço que é utilizado para grupos de conversação e expressão. Há, ainda, um pátio amplo e arborizado, no qual realizam-se jogos de vôlei, futebol e exercícios físicos.

As salas de atendimento individual também são usadas para realizar o ato do acolhimento, são bem privativas, pois, quando fechadas, só podem ser abertas por dentro e as salas de grupo podem ser abertas por fora, mas tenta-se respeitar a privacidade quando está havendo reunião de grupo. Estas salas de atendimento se adequam às atividades realizadas, ou seja, na sala de grupo existe um sofá redondo que faz a volta em toda sala.

O CAPS Castelo possui uma boa iluminação no salão e nas salas de atendimento individual, de grupo e na recepção, mas o refeitório, cozinha, corredores e sala de TV são menos iluminados e o corredor que dá acesso aos consultórios é escuro. Quanto à limpeza existem duas serventes que limpam o Castelo duas vezes ao dia (manhã e tarde), os banheiro são limpos, nas salas e no salão há cestos de lixo, o

ambiente é limpo, é permitido fumar apenas na rua ou na frente do Castelo, onde há uma caixa para jogar as baganas de cigarro.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, segundo a portaria 336/02 do Ministério da Saúde, deve ser composta por 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 6 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

Desta forma, o CAPS Castelo obedece esta lógica, tendo dois técnicos a mais que o mínimo exigido, mas falta um profissional de nível médio. Entretanto, o CAPS Castelo conta com vários voluntários (acadêmicos e professores da Faculdade de Letras e Artes, estagiários de psicologia, de enfermagem, dentre outros).

A equipe do Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes é multiprofissional, com uma abordagem interdisciplinar. Sua equipe técnica é composta por 2 enfermeiros (20 horas semanais), 2 psicólogas (20 horas semanais), 1 assistente social (20 horas semanais), que são concursados e contratados pela prefeitura; 1 médico psiquiatra (20 horas semanais), 1 artista plástica (20 horas semanais), que são contratados pela prefeitura em regime de emergência; 1 médico psiquiatra (20 horas semanais) é concursado pela Universidade Federal de Pelotas e foi cedido por esta, para atuar no CAPS Castelo.

A equipe de apoio é composta por 1 auxiliar de enfermagem (20 horas semanais), 1 agente administrativa (30 horas semanais), 1 servente (40 horas semanais) são concursados pela prefeitura e contratados; 1 cozinheira (40 horas semanais), 2

recepcionistas (40 horas semanais) são contratados pela prefeitura em regime de emergência; 1 servente (40 horas semanais) de firma particular que presta serviços a prefeitura; 2 guardas são municipais cedidos pela Secretaria de Segurança.

A equipe técnica, apesar de ser contratada por 20 horas semanais, em sua maioria faz horas extras, para que o serviço funcione durante todo o dia e para não prejudicar o funcionamento do CAPS; um dos enfermeiros ficava no serviço durante toda a semana, mas foi transferido para o CAPS da zona rural, agora faz somente horas extras no Castelo; o outro enfermeiro assumiu no mês da coleta de dados e trabalha apenas pela manhã, cumprindo suas 20 horas semanais de seu contrato.

A equipe técnica se reúne todas as quartas pela manhã, sendo que, as primeiras três reuniões são realizadas pela equipe técnica, a qual discute sobre diretrizes, clientes e assuntos técnicos. Na última quarta-feira do mês, a reunião é realizada com a equipe técnica e com a equipe de apoio, abrangendo assuntos mais direcionados ao funcionamento e gerenciamento da instituição. Mas sempre que há necessidade de reunir toda a equipe, os profissionais o fazem.

O atendimento prestado ao usuário pelo CAPS Castelo inclui as seguintes atividades, de acordo com a portaria 336/02 do Ministério da Saúde: atendimento individual (consultas psiquiátricas, psicológicas, de enfermagem, de assistência social), atendimento de grupos, oficinas, atividades físicas, visitas domiciliares a faltosos ou para acompanhamento de usuários, atendimento à família além de uma atividade volante, acolhimento este para novos ou dos próprios usuários e familiares, banca de venda dos trabalhos do Castelo. Para os usuários que não moram perto do serviço, dependem de ônibus e não têm carteira de passe livre, o serviço fornece passe para ir e voltar, assim como, se um familiar for chamado ao serviço, o

usuário leva passe também para ele, estes passes são distribuídos no final da tarde: um para ir e outro para voltar no outro dia.

Farei agora uma descrição de algumas atividades do CAPS Castelo:

1. Grupo de Prevenção de Recaída de álcool e drogas: realizado semanalmente (segunda pela manhã), coordenado pelo Psiquiatra, por uma Professora Doutora em Enfermagem e pelo Enfermeiro. Este tem como objetivo reunir homens e mulheres com problemas com álcool e drogas, para prevenir recaídas e mantê-los em abstinência.

2. Oficina de vídeo/ Cultura geral e Momento Cultural: realizada semanalmente (segunda à tarde), coordenada pela Artista Plástica. Esta oficina tem como objetivo reunir os usuários em geral, para ver filmes, informar sobre as atividades artísticas que o CAPS realiza, como, por exemplo, festas comemorativas, exposição de trabalhos, dias comemorativos e suas atividades, dentre outros.

3. Atividade Física: realizada semanalmente (segunda à tarde) coordenada pela Artista Plástica. Esta atividade pretende desenvolver a coordenação motora dos usuários e fazer com que estes pratiquem algum esporte, normalmente é jogado vôlei; os times são escolhidos pelos usuários que querem participar.

4. Visita Domiciliar: realizada semanalmente (segunda à tarde, terça e sexta pela manhã), coordenada pela Assistente Social, pela Psicóloga, pelo Enfermeiro e por Acadêmicos de enfermagem. Os profissionais visitam os usuários faltosos, principalmente os intensivos e semi-intensivos, ou aqueles usuários que foram atendidos e apresentaram dificuldades familiares ou pessoais.

5. Atividade Volante: realizada semanalmente pela Psicóloga (terça pela manhã). O trabalho volante caracteriza-se por consultas psicológicas e apoio técnico para a Unidade Básica de Saúde Simões Lopes.

6. Oficina de Arte: realizada semanalmente (terça pela manhã), coordenada por uma Acadêmica da Faculdade de Artes. Esta oficina tem como objetivo reunir os usuários, em geral, para realizar trabalhos manuais como pintura, desenho, esculturas em argila, dentre outros.

7. Oficina de Costura: realizada semanalmente (terça à tarde), coordenada pela Auxiliar de Enfermagem. Esta oficina tem como objetivo reunir os usuários, principalmente mulheres, para realizar trabalhos em costura, como, por exemplo, almofadas, palhaços, guardanapos, roupas em crochê para crianças, dentre outros.

8. Oficina de Madeira e Pintura em Madeira: realizada semanalmente (terça à tarde), coordenada pela Artista Plástica. Esta oficina tem como objetivo reunir os usuários, principalmente homens, para realizar trabalhos em madeira, como, por exemplo, suporte para ferro de passar, suporte para chimarrão, porta-jóias, porta-esmalte, dentre outros.

9. Oficina de orientação artística: realizada semanalmente (terça à tarde), coordenada pela Artista Plástica. Esta oficina tem como objetivo reunir os usuários, em geral, que tenham aptidão pela arte, para orientar os trabalhos manuais.

10. Assembléia Geral: realizada semanalmente (quarta à tarde), coordenada pelo Enfermeiro, pelas Psicólogas, pela Assistente Social, pela Artista Plástica. Esta assembléia tem como objetivo reunir todos os usuários intensivos para discutir como está o atendimento, informar sobre mudanças no cronograma, informar

sobre as datas comemorativas, passeios, e assuntos administrativos, como eleição de representantes dos usuários, familiares, comunidade, técnicos e equipe de apoio no conselho distrital de saúde, dentre outros.

11. Grupo de Medicação: realizado semanalmente (quarta à tarde), coordenado pelo Enfermeiro e pelo Psiquiatra. Na primeira quarta do mês, é realizada uma discussão sobre os reguladores de humor e distribuídas receitas dos medicamentos aos usuários. Na segunda quarta, sobre antipsicóticos e distribuídas às receitas. Já na terceira quarta, é sobre antidepressivos e distribuídas as receitas. Na última reunião do mês, o grupo realizado concentra usuários que necessitam de acompanhantes para tomar os remédios e também são distribuídas às receitas. Estes medicamentos são fornecidos na farmácia da prefeitura.

12. Grupo de Conversação: realizado semanalmente (quarta à tarde), coordenado pela Psicóloga e pelo Psiquiatra. Este grupo abrange usuários com dificuldades e que necessitam de uma atenção especial neste aspecto.

13. Grupo de Expressão: realizado semanalmente (quarta à tarde), coordenado pela Psicóloga e pela Assistente Social. Este grupo tem por objetivo um atendimento mais específico aos portadores de necessidades especiais.

14. Oficina de Pintura e Acabamento Artístico e Artesanato: realizada semanalmente (quinta pela manhã), coordenada pela Artista Plástica. Esta oficina tem por objetivo um atendimento mais próximo dos trabalhos manuais realizados no Castelo, para que possam ser vendidos.

15. Oficina de Rádio: realizada semanalmente (quinta pela manhã), coordenada pela Artista Plástica. Esta oficina tem por objetivo reunir usuários para conversar, escutar e dançar músicas de seu gosto.

16. Grupo de familiares de prevenção de recaídas: realizado na primeira e terceira semana do mês (quinta pela manhã), coordenada pelo Enfermeiro. Este grupo tem por objetivo reunir familiares dos usuários com problemas com álcool e drogas, que participam do grupo de prevenção de recaídas, para conversar sobre suas dificuldades e como o usuário está se comportando em casa.

17. Oficina de culinária: realizada semanalmente (quinta à tarde), coordenada por uma mãe de usuário. Esta oficina tem por objetivo reunir usuários, principalmente as mulheres, que se interessam por cozinhar.

18. Grupo de Usuários e Familiares: realizado na primeira e quarta semana do mês (quinta à tarde). O grupo da primeira quinta do mês é coordenado pelo Enfermeiro e pela Assistente Social. O outro grupo da quarta quinta do mês é coordenado pela Assistente Social e pela Psicóloga. Este grupo tem por objetivo intermediar a relação dos usuários com seus familiares, beneficiando ambas partes.

19. Grupo de Familiares: realizado na segunda quinta do mês (à tarde), coordenado pela Psicóloga e a Assistente Social. Este grupo tem por objetivo trabalhar com as necessidades dos familiares em relação aos usuários e buscar uma participação mais efetiva da família no tratamento.

20. Oficina de Contação de História: realizada semanalmente (quinta à tarde), coordenada por uma Professora de Literatura, voluntária. Esta oficina tem por objetivo fazer que o usuário, em geral, desenvolva o gosto pela leitura e discuta os poemas, histórias lidas por todos.

21. Grupo de mulheres: realizado semanalmente (quinta à tarde) coordenado pela Assistente Social e pela Psicóloga. Este grupo tem por objetivo

trabalhar com as necessidades das mulheres da comunidade, como, por exemplo, auto-estima, problemas familiares, problemas pessoais, dentre outros.

22. Grupo de orientação e preparação para o Trabalho: realizado semanalmente (sexta pela manhã), coordenado pela Psicóloga e pela Assistente Social. Este grupo tem por objetivo trabalhar com os usuários, em geral, que querem começar ou voltar a trabalhar. Neste grupo as dificuldades e sentimentos dos usuários são discutidos e trabalhados para que estes se sintam mais seguros para procurar emprego ou iniciar seu trabalho

23. Grupo de Pintura em tecido e Psicomotricidade: realizado semanalmente (sexta pela manhã), coordenado por Acadêmicas da Faculdade de Artes. Este grupo tem por objetivo trabalhar com os usuários com deficiência mental, para melhorar a psicomotricidade.

24. Oficina de Higiene e Beleza: realizada semanalmente (sexta à tarde), coordenada pela auxiliar de enfermagem. Este grupo tem por objetivo trabalhar com os usuários, principalmente as mulheres, para melhorar o autocuidado.

25. Oficina de teatro: realizada semanalmente (sexta à tarde), coordenada pela auxiliar de enfermagem. Este grupo tem por objetivo trabalhar com os usuários, em geral, para desenvolver os aspectos de expressão.

26. Acolhimento: realizado semanalmente (todos os dias, pela manhã e tarde) pelo Enfermeiro, pelas Psicólogas e pela Assistente Social, de acordo com suas escalas de trabalho. Este atendimento tem como objetivo acolher, escutar e encaminhar os usuários novos que chegam ao serviço encaminhados por outros serviços de saúde da cidade ou a familiares de usuários, ou aos próprios usuários que necessitem de ajuda, que não estiverem se sentindo bem.

Quadro 1 - Cronograma das atividades do CAPS Castelo

Mês/ano 05/2003	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	10h Grupo de Prevenção de Recaídas Acolhimento	9h Oficina de Arte Reunião Coordenação Atividade Volante Visita Domiciliar Acolhimento	Reuniões Expediente interno (acolhimento apenas de urgência)	9:30 oficina de Pintura e Acabamento artístico Oficina de artesanato Oficina de Rádio 10h 1º e 3º semana Grupo de Familiares da Prevenção de Recaídas Acolhimento	8:30 Grupo de orientação e preparação para o Trabalho 9:30 Pintura em Tecido Psicomotricidade Visita Domiciliar Acolhimento
Tarde	14h Oficina de Vídeo/Cultura Geral e Momento Cultural 16:30	14h Oficina de costura Oficina de Marcenaria 15:30 Orientação	14h Assembléia Geral 15:30 Grupos de Medicação 1º semana: antipsicóticos	14h Oficina de Arte Oficina de Culinária Oficina de	14h Oficina de Higiene e Beleza 15h Oficina de teatro Acolhimento

	Atividade Física	artística	2º semana: Reguladores do Humor	Marcenaria	
	Visita Domiciliar	Acolhimento	3º semana: antidepressivos	Grupo de Familiares 1º e 4º semana	
	Acolhimento		4º semana: com acompanhantes	usuários e familiares	
			Grupo de Expressão	2º semana só familiares	
			Grupo de Conversação	15:30 Oficina de Literatura	
			16:30 Reunião	Grupo de Mulheres	
			Acolhimento só de urgência	Acolhimento	

2.2.4 – Entrada no Campo de Estudo

2.2.4.1 Princípios Éticos

A ética pode ser definida como a forma de explicar o comportamento dos homens, da moral, levando em conta sua totalidade, diversidade e variedade, ou ainda, deve formar a compreensão racional de um aspecto real, efeito do comportamento dos homens.

O Código de Ética dos profissionais de enfermagem, em seus artigos 35 e 37, prescreve que é dever do enfermeiro:

“solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e

benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e à intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação, no momento em que desejar, cabe ao enfermeiro ser honesto no relatório dos resultados da pesquisa.” (COREN-RS, 1997, p.31)

Desta forma, por envolver seres humanos neste estudo, foi encaminhado projeto de pesquisa juntamente com o formulário da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, para serem apreciados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo C), tendo sua aprovação na reunião ordinária do dia 19 de março de 2003, sob o número de protocolo 0347/2003, bem como solicitamos a permissão da Coordenação da Saúde Mental de Pelotas (Anexo D), para realizar o trabalho de campo.

Minha entrada no campo de pesquisa deu-se gradualmente, primeiro apresentei o estudo aos profissionais do CAPS Castelo, mencionando o objetivo da pesquisa, tempo provável de duração do pesquisador no campo, técnicas de pesquisa utilizadas (observação e entrevista).

Em seguida foi pedido consentimento livre e esclarecido dos observados (ANEXO E), ou seja, dos usuários e profissionais, que concordassem em participar do estudo.

Assegurei aos entrevistados o sigilo das informações e o anonimato, bem como o direito de desistir durante qualquer etapa da investigação, através do Consentimento Livre e Esclarecido do Participante (ANEXO F). Considerando que um dos grupos de sujeitos estudados, consistiu num grupo frágil, a saber portadores de transtorno psíquico, o consentimento de alguns dos observados e entrevistados foi

autorizado por seus representantes legais, entretanto não se descartou a consulta aos mesmos.

A partir da relevância atribuída aos princípios éticos, anteriormente descritos, de grande importância para o desenvolvimento do estudo, foi garantido aos participantes:

- sigilo e anonimato;
- os sujeitos foram identificados por nomes de personagens dos contos do escritor pelotense Simões Lopes Neto, o qual dá nome ao CAPS Castelo;
- respeito à privacidade;
- direito de acesso aos dados coletados, bem como esclarecimentos necessários;
- respeito aos valores morais, culturais e espirituais de cada um dos sujeitos envolvidos no estudo;
- direito de desistir do estudo quando assim o desejar.

2.2.4.2 – Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram 11 usuários acolhidos no CAPS Castelo e os 4 profissionais que são responsáveis pelo acolhimento

Os 11 usuários observados foram selecionados a partir de um critério único que foi de serem acolhidos no serviço dentro do período de coleta de dados.

Dos 11 usuários acolhidos foram selecionados para a entrevista os usuários que contemplassem os seguintes critérios:

- ser acolhido no CAPS Castelo dentro do período de coleta de dados;
- deveriam permanecer no serviço para acompanhamento;
- pertencer à área adscrita do serviço;
- estar em condições (orientação espaço-temporal, consciência íntegra) de responder a entrevista.

Dos 11 usuários apenas 1 não preencheu os critérios de seleção para a entrevista, pois não pertencia a área adscrita CAPS - Castelo

Os 4 profissionais observados e entrevistados foram somente aqueles que realizam o acolhimento no serviço, que também são a totalidade dos que fazem o acolhimento no serviço.

2.2.5 - O trabalho de Campo

A coleta de dados deu-se através de duas técnicas de pesquisa: a observação e as entrevistas. Estas duas técnicas complementaram-se e a partir delas coletei as informações necessárias para analisar o acolhimento no CAPS Castelo.

O trabalho de campo foi realizado no período de 19 de maio a 4 de junho de 2003, pelo período da manhã e tarde de acordo com o expediente externo do CAPS Castelo, que funcionava de segunda à sexta das 8:00 às 12:00 horas e das 13:30 às 18:00 horas, menos nas quartas pela manhã, que era destinado ao expediente interno, para reuniões de equipe ou reuniões da coordenação dos CAPS, não funcionando, assim, para qualquer tipo de atendimento.

2.2.5.1 – A Observação

A principal técnica de coletas de dados, para alcançar o objetivo deste estudo, foi a observação, a qual me aproximou do cotidiano das práticas de acolhimento no CAPS Castelo. A observação é importante nas ciências, porque dela depende o valor de todos os outros processos, sem ela o estudo da realidade e suas leis se reduzem à simples adivinhação (Cervo & Bervian, 2002).

Segundo Cruz Neto (1994), o observador ao se inserir no contexto da situação observada, estabelece uma relação mais próxima dos observados e nesse processo, ao mesmo tempo, pode modificar ou ser modificado pelo contexto.

Nesta investigação, a minha inserção no campo se caracterizou ora como observador participante e ora como participante observador, pois segundo Cruz Neto (1994), no primeiro caso há um distanciamento total de participação da vida dos observados, tendo somente a observação como prioridade, no segundo caso tem-se a participação plena, um envolvimento por inteiro em todas dimensões dos observados.

Sendo assim, minha participação no campo deu-se como participante observador, quando alguns usuários pediam informações sobre o funcionamento do serviço, ou quando se fazia necessário algum manejo. Mesmo pedindo que estes perguntassem aos recepcionistas, intervi em algumas situações.

Desta forma, iniciei a observação, aplicando atentamente os sentidos a um objeto (o ato de acolher) para adquirir um conhecimento claro e preciso, para isso foi necessário certas regras – atenção, exatidão, precisão, sucessivas observações (Cervo & Bervian, 2002).

As observações foram registradas no diário de campo, seguindo um roteiro (ANEXO G). No diário de campo foram anotadas as observações e reflexões das expressões verbais e ações dos sujeitos. Segundo Triviños (1987), a descrição é uma

etapa da observação, o autor recomenda algumas técnicas de descrever como: descrever os comportamentos, ações, atitudes, tal como foram observadas; descrever os sujeitos não em forma abstrata, mas por seus traços concretos; descrever o ambiente físico; descrever as atividades específicas; descrever os diálogos; e em seguida deve-se fazer anotações de campo de natureza reflexiva.

A observação contou com duas etapas que aconteceram concomitantemente. Na primeira etapa, foi realizada uma observação livre, totalizando 48 horas e 90 minutos, durante o período que não houve acolhimento, foram observados aspectos como: espaço físico, recursos materiais, recursos humanos e organização do serviço.

A observação livre visou estudar a dimensão singular dos atos, atividades, significados, relações, no sentido de descobrir os aspectos mais evidentes e se possível capturar sua essência, identificando contradições e relações (Triviños, 1987).

Na segunda etapa de observação, foi observada a entrada e a recepção de todos os acolhimentos realizados durante o período da coleta de dados, totalizando 16 horas e 50 minutos de observação. A observação dos usuários acolhidos seguiu a lógica do atendimento da demanda espontânea.

O usuário foi acompanhado a partir de sua chegada na recepção do CAPS Castelo. Neste momento foi anotado dados pessoais como: nome, de qual serviço veio encaminhado, se pertencia à área adscrita do serviço, comportamento durante a espera para ser acolhido. Durante o ato do acolhimento foi observado que problema o levou ao serviço, sua comunicação, comportamento durante o acolhimento, sua aceitação as indicações terapêuticas.

Ao mesmo tempo observei os recepcionistas, dando ênfase na relação e comunicação com o usuário, sua conduta frente ao caso, explicação e informações aos usuários.

Em relação aos profissionais responsáveis pelo ato de acolher, observei sua relação e comunicação com o usuário, escutas, conduta frente ao caso, as informações e explicações repassadas ao usuário, como foi ofertado os recursos terapêuticos, a identificação do problema e o tempo de atendimento.

Com a observação consegui fazer uma identificação do usuário, atentando para o acompanhamento do percurso percorrido por ele dentro do CAPS Castelo, e o conhecimento do problema que o trouxe ao serviço. Neste momento pude verificar como os usuários foram recebidos, espaço físico do serviço destinado ao ato de acolher, como os profissionais selecionaram os critérios de intervenção terapêutica dos usuários e seu envolvimento com o serviço.

A observação do acolhimento foi fundamentada no “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” de Merhy (1997), observei a entrada do usuário no serviço até a saída dele do acolhimento.

Ao término da observação de um acolhimento, retornava à recepção do CAPS Castelo, para iniciar o acompanhamento de outro usuário. Em alguns momentos não foi possível observar a entrada do usuário na unidade, pois estava participando do acolhimento de outro usuário. Para obter esses dados de como foi à entrada do usuário no serviço perguntava ao próprio usuário e depois perguntava ao recepcionista para cruzar as informações.

A coleta de dados foi encerrada por exaustão das informações e após a entrevista dos profissionais responsáveis pelo acolhimento e dos usuários acolhidos que

pertenciam a área adscrita do CAPS Castelo. Sendo assim, considerei para a análise dos dados da observação, o acolhimento de 11 usuários.

O quadro 1, a seguir, apresenta o esquema de dias e horas de observação.

Quadro 2 – Observações realizadas

Data	Início	Término	Duração	Observação
19/05/03	8:30	15:30	7h	Observação de 2 acolhimentos Observação livre Paralisação do CAPS Castelo
20/05/03	8:30	12:00	3h e 30'	Observação livre
20/05/03	13:30	18:00	4h e 30'	Observação de 3 acolhimentos Observação livre
21/05/03	13:20	15:00	1h e 40'	Observação livre Paralisação do CAPS Castelo
22/05/03	8:30	10:30	2h	Observação livre Paralisação do CAPS Castelo
23/05/03	8:30	12:00	3h e 30'	Observação Livre
23/05/03	13:30:	18:00	4h e 30'	Observação de 2 acolhimentos Observação livre
26/05/03	8:30	12:00	3h e 30'	Observação livre
26/05/03	13:30	18:00	4h e 30'	Observação livre Observação de 1 acolhimento
27/05/03	8:30	18:00	9h e 30'	Observação de 1 acolhimento Observação livre
28/05/03	13:30	16:00	2h e 30'	Observação livre Paralisação do CAPS Castelo
02/06/03	8:30	12:00	3h e 30'	Observação livre
02/06/03	13:30	18:00	4h e 30'	Observação livre
03/06/03	8:30	12:00	3h e 30'	Observação livre
03/06/03	13:30	18:00	4h e 30'	Observação de 1 acolhimento Observação Livre
04/06/03	13:30	16:30	3h	Observação livre Paralisação do CAPS Castelo

*Total de horas – 65h e 40'

A duração média dos acolhimentos foram de 25 minutos e 55 segundos, tendo como duração máxima 36 minutos e a menor duração foi de 7 minutos. O tempo médio de espera para ser acolhido foi de 46 minutos e 30 segundos, o maior tempo foi de 1 hora e 25 minutos e o menor tempo foi de 20 minutos (ANEXO H)

As observações neste estudo foram identificadas por OBS mais o número, indicando qual foi o acolhimento observado.

2.2.5.2 – Entrevistas

Foi utilizada a técnica de entrevistas com questões semi-estruturadas, partindo das questões norteadoras, com a finalidade de aprofundar o objeto estudado. A entrevista enquanto técnica para Cruz Neto (1994) é:

“o procedimento mais usual no trabalho de campo. Ela, possibilita o pesquisador obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva” (Cruz Neto, 1994, p.57).

A entrevista semi-estruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também a explicitação e a compreensão da totalidade, no interior de uma situação específica, bem como em situações de dimensões mais complexas (Triviños, 1987).

Segundo Minayo (2000), a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, com isso o entrevistado tem

possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem resposta ou condição prefixadas pelo pesquisador. Desta forma, foi construído dois roteiros de entrevistas, um voltado para os profissionais e outro para os usuários (ANEXO I e J).

A escolha dos profissionais entrevistados foi de forma intencional, uma vez que tinha interesse de trabalhar com os profissionais ligados diretamente com o ato de acolher, logo, o número total de entrevistados foi de 4 profissionais. Dos usuários acolhidos no período de coleta de dados, foram entrevistados aqueles que preenchessem os critérios de seleção, sendo assim foram entrevistados 10 usuários.

O roteiro aplicado aos profissionais visou saber quem era o profissional responsável pelo ato de acolher no CAPS Castelo, como entende o acolhimento que realiza, como vê o acolhimento no seu trabalho, como seleciona as intervenções terapêuticas. As entrevistas foram agendadas previamente com os profissionais durante todo o período de coleta de dados no dia e hora marcados por eles. As entrevistas foram realizadas no CAPS Castelo durante o expediente do profissional, e foram gravadas e em seguida transcritas. O tempo das entrevistas com os profissionais teve uma média de 16 minutos.

Triviños (1987) recomenda a gravação da entrevista, uma vez que esta técnica permite contar com todo material fornecido pelo informante. Desta forma as entrevistas foram gravadas e depois transcritas. A transcrição foi feita de forma literal, garantindo, assim, a fidedignidade das informações.

O roteiro dos usuários teve o intuito de saber quem era a pessoa que procurou o CAPS Castelo, qual foi o problema que o levou ao serviço, se o serviço ajudou-o a resolver ou encaminhou da maneira que ele esperava. Algumas entrevistas foram realizadas após a intervenção terapêutica e outras alguns dias antes. As

entrevistas foram realizadas durante todo o período de coleta no CAPS Castelo ou na casa do usuário, estas foram gravadas e depois transcritas. O tempo médio das entrevistas com os usuários foi de 12 minutos.

2.2.6 Análise de dados

Após a fase de coleta de dados, a partir dos registros da observação e da transcrição das entrevistas, foram realizadas leituras sucessivas do material coletado, a fim de extrair das falas e da observação, situações de maior relevância, as quais respondessem aos objetivos do estudo.

Segundo Triviños (1987), o uso de diferentes instrumentos permite um confronto de dados para obter uma descrição, explicação e compreensão da realidade em estudo.

A análise dos dados foi através da análise temática que segundo Minayo (2000, p.209) “*consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado*”. Serviu para estabelecer classificações, ou seja, significou agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de englobar os aspectos analisados (Gomes, 1994).

A análise temática segundo Minayo (2000), apresenta três etapas. A primeira consistiu na leitura flutuante – leituras exaustivas do material – para a constituição do corpus – a organização do material de maneira que contemplou os aspectos levantados no roteiro, represente o universo pretendido e que esteja de acordo com os objetivos – na formulação de objetivos – os dados devem responder as questões

teóricas colocadas. Após estas fases, procurei uma unidade de registro (palavra-chave ou frase) que orientasse a análise dos dados.

Sendo assim, dividi os dados em dois grandes temas: Tema 1 – A Organização do Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes; Tema 2 - O Encontro do Profissional com o Usuário, a Formação de Vínculo: A Busca pela Resolutividade das Necessidades

A segunda etapa consistiu em explorar os dados, que foram classificados de acordo com as unidades de registro. Na terceira etapa ocorreu a análise dos dados através de interpretações teóricas e pessoais sobre o tema.

Sendo assim, a análise das informações foi feita a partir das unidades de registro em confronto com a bibliografia disponível sobre o assunto, e com base em minha experiência e interpretação.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste momento se faz necessário apresentar os sujeitos que participaram da pesquisa, tanto os usuários como os profissionais, para caracterizar as necessidades que levaram os usuários a procurar o serviço e como foi a oferta de assistência. Esta caracterização é importante para o estudo do acolhimento, considerando que cada serviço de saúde e assistência prestada por ele criou-se como resposta a uma dada necessidade em saúde.

Shraiber & Mendes Gonçalves (1996) referem que o modo de organizar socialmente as ações de saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será, não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades, assim, há uma ligação entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviço e o seu consumo.

Ainda citando Shraiber & Mendes Gonçalves (1996), instaurar necessidades com base na produção de serviço significa criar valores quanto ao cardápio das necessidades ou padrão de necessidades da sociedade, quanto aos seus conteúdos e quanto aos critérios os quais foram agrupados. Como conjunto, esse processo acontece por meio do valor que atribui à satisfação das necessidades da sociedade.

O acolhimento surge como uma estratégia instaurada pela necessidade de uma prática dos profissionais de saúde e da organização do serviço mais acolhedor, humanizado, resolutivo, formador de vínculo e que valorize a subjetividade dos usuários. E os CAPS surgiram como serviços substitutivos a uma prática em saúde mental, até então, basicamente hospitalocêntrica, que já não estava respondendo às necessidades das demandas.

Sendo assim, iniciei com a apresentação dos 4 profissionais entrevistados, dando seguimento com apresentação dos 11 usuários acolhidos e do fluxograma de cada usuário acolhido, e finalizando com análise dos dados, agrupados a partir das temáticas A Organização do Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes e O Encontro do Profissional com o Usuário, a Formação de Vínculo: A Busca pela Resolutividade das Necessidades.

3.1 A APRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

Os profissionais são um dos grandes elementos que constituem o acolhimento, pois são eles que produzem as ações de saúde que serão consumidas em ato. Também são eles que podem facilitar a entrada do usuário no serviço e que podem manter uma relação de escuta com o usuário.

Os 4 profissionais envolvidos na pesquisa foram identificados com os seguintes nomes: Nunes, Moura, Aparecida e Jarau. Estes foram extraídos do livro “Lendas do Sul”, do escritor pelotense Simões Lopes Neto, o qual dá o nome ao Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes Neto e são personagens principais dos seguintes contos: A Salamandra do Jarau e O Negrinho do Pastoreio.

O Quadro 3 apresenta os profissionais entrevistados quanto a sua identificação no trabalho, a idade, tempo de formação e tempo que trabalha com saúde mental.

Quadro 3– Apresentação dos profissionais entrevistados

Nome	Profissão	Idade	Tempo de formação	Tempo que trabalha em saúde mental
Nunes	Enfermeiro	41	17 anos	10 anos
Moura	Psicóloga	42	18 anos	12 anos
Aparecida	Assistente Social	39	16 anos	12 anos
Jarau	Psicóloga	31	9 anos	1 ano e 2 meses

A idade dos profissionais entrevistados ficou na faixa etária de 31 a 42 anos, com o tempo de formação maior de 18 anos e menor de 9 anos, e o tempo que trabalha com saúde mental de 12 anos a 1 ano e 2 meses. Estes profissionais são responsáveis pelo ato de acolher do serviço, os usuários são recebidos pelos recepcionistas, que encaminham para o atendimento de acolhimento.

Os profissionais envolvidos no acolhimento são especialistas em saúde mental e qualificados, demonstrando que o acolhimento é uma tecnologia leve, altamente complexa, pois é nele que se identifica a necessidade do usuário, é o momento da decisão sobre que intervenção terapêutica o usuário será encaminhado, e o momento onde está sendo construído o vínculo entre o usuário e o serviço. Neste sentido o acolhimento transcende a recepção do usuário.

Cada profissional tem características assistenciais próprias, tem sua subjetividade, o que transforma a prática do acolhimento, diferente para cada profissional. Mas o que foi comum para todos foi a apresentação pessoal dizendo o nome e a profissão ao usuário antes de começar o acolhimento e chamar o usuário pelo

nome. Estes aspectos são valiosos para iniciar a formação do vínculo do usuário/profissional/serviço de saúde. Miranda & Miranda (2002) enfatizam a importância do primeiro contato, chamar o usuário pelo nome, cumprimentar, individualizar o atendimento, estar disponível para escutar a história de vida, os problemas, as necessidades.

Os CAPS do município têm um roteiro de acolhimento normatizado pela Prefeitura Municipal (ANEXO K), mas raramente os profissionais do CAPS Castelo utilizam este roteiro rigidamente.

Segundo Pitta (1994), o acolhimento busca obter através da escuta a história de vida da paciente, da dinâmica familiar, de tratamentos anteriores e tudo o que seja possível, para que se possa responder às questões do paciente e do que ele necessita. Por exemplo Jarau utiliza um roteiro próprio para realizar o acolhimento, que contempla os dados de identificação do usuário, a queixa principal, a história pregressa do usuário, e a história familiar. Nunes e Moura fazem um acolhimento mais sintético, ao contrário de Aparecida que faz um acolhimento bem descritivo e detalhado.

3.2 APRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS

Os usuários envolvidos na pesquisa foram identificados com os seguintes nomes: Chico, João, Lalica, Juca, Rosa, Tudinha, Maria, Tanásia, Talapa, Lessa, Bonifácio. Estes foram extraídos do livro “Contos Gauchescos”, do escritor pelotense Simões Lopes Neto, e consistem em personagens principais dos seguintes contos: O Jogo do Osso, O Mate de João Cardoso, Os Cabelos da China, O Negro Bonifácio, No Manantial, Melância e Coco Verde, e Deve um Queijo.

A caracterização dos usuários fornece subsídios importantes para estudar o acolhimento porque se pode através deles identificar como se processou o atendimento a partir das necessidades e como foi a relação usuário/profissional.

Onze usuários fizeram parte da observação no momento do acolhimento, sendo 10 entrevistados. Apenas um não foi entrevistado porque era fora da área de abrangência do CAPS Castelo, não atendendo aos critérios estabelecidos para a seleção dos sujeitos.

O Quadro 4 apresenta os usuários através de dados de identificação como idade, escolaridade, ocupação e necessidade que o levou a procurar o serviço. De acordo com Matumoto (1998), o conhecimento de dados como sexo, idade, ocupação/situação, de onde veio encaminhado e sua necessidade, é pertinente para o estudo do acolhimento no sentido de desencadear uma reflexão sobre estas características e a relação com as ofertas de ações em saúde.

Quadro 4– Apresentação dos usuários acolhidos

Nome	Idade	Escolaridade	Ocupação/ situação	Unidade que o encaminhou	Necessidade
Chico	33	2º grau incompleto	Operário	Assistente social do serviço que trabalha	Crise de ansiedade e uso de drogas
João	55	1º grau incompleto	Aposentado	Não veio encaminhado	Alcoolismo
Lalica	17	1º grau incompleto	Estudante	Parente de usuário	Falta de memória, problemas de concentração na escola
Juca	68	1º grau incompleto	Aposentado	Parente de usuário	Insônia, cansaço e inquietação
Rosa	43	3º grau completo	Doméstica	Médico Particular	Falta de memória, cansaço, insônia, falta de apetite
Tudinha	37	1º grau incompleto	Desempregada	Não veio encaminhado	Depressão e pensamentos suicidas
Maria	55	1º grau incompleto	Doméstica	Unidade Básica de Saúde	Depressão e falta de memória
Tanásia	52	1º grau completo	Do lar	Médico Particular	Falta de memória e desânimo

Talapa	57	1º grau completo	Do lar	Hospital Psiquiátrico	Não estava tomando os medicamentos, início de uma crise psicótica
Lessa	26	1º grau incompleto	Guardador de Carro	Unidade Básica de Saúde	Ingestão de álcool com remédios controlados
Bonifácio	34	2º grau incompleto	Desempregado	Hospital Psiquiátrico	Alcoolismo, egresso do hospital psiquiátrico

Na distribuição em relação ao sexo dos usuários acolhidos, observei que houve uma pequena diferença entre os sexos, 5 homens e 6 mulheres. Em relação à idade, a faixa etária variou de 17 a 68, destaco o predomínio da faixa etária de 30 a 60 anos, característica de uma demanda em idade produtiva. Na questão em relação à ocupação, 4 trabalhavam, 2 eram aposentados, 2 do lar, 2 estavam desempregados, 1 era estudante.

Dentre os usuários acolhidos que trabalhavam, Chico estava de licença saúde, Maria trabalhava meio período, Lessa trabalhava no período da noite, e apenas Rosa trabalhava tempo integral. Estes dados foram levados em conta pelos profissionais durante a decisão das ofertas e da disponibilização do cardápio.

Um usuário aposentado - Juca - procurou o CAPS Castelo para poder distrair-se trabalhando na oficina de madeira. E uma usuária desempregada - Tudinha - foi ao CAPS Castelo procurando, além de resolver sua necessidade, também ajuda para arrumar um emprego ou conseguir um benefício de auxílio doença, para poder ter uma renda e sustentar o filho.

Apenas 1 dos usuários, Tanásia, não era da área de abrangência do CAPS Castelo, os CAPS são serviços de referência e trabalham com a lógica de regionalização e da territorialização.

Faz-se necessário, neste momento, definir alguns conceitos, como o de área de abrangência ou adscrita, que é toda a área delimitada, onde a equipe do CAPS Castelo atua e onde a população residente nesta área está sob sua responsabilidade. Os serviços de referência ou especializados, que são aqueles que têm como característica atender à população, através do encaminhamento de outros serviços da rede de saúde, caracterizam-se por serem um setor de atendimento secundário.

Já a regionalização trata-se de um processo de delimitação de uma região geográfica do município, onde existe a coordenação entre estes três setores - primário, secundário e terciário. Com a regionalização existe um vínculo bem estabelecido entre a atenção primária, a secundária e a terciária, estes serviços são organizados conforme as necessidades da população e são projetados de forma que existam profissionais e unidades suficientes em cada nível, para cuidar das necessidades naquele nível (Starfield, 2002). No caso o CAPS, fica responsável pela saúde da população desta região, sendo um local de referência da atenção à saúde mental.

A territorialização trata-se de um processo de apropriação do espaço local por parte da equipe de saúde, esta apropriação do espaço local é fundamental, pois compreende sua inserção, e nesse espaço os profissionais de saúde e população podem desencadear processos de mudança das práticas de saúde, tornando-as mais adequadas aos problemas concretos daquela realidade local, no processo saúde-doença, é também nesse espaço local que se materializa a possibilidade de construção de novas práticas sociais, enquanto proposta de ação para o controle social dos serviços de saúde (Mendes et al., 1995).

Dos 11 usuários observados, 4 chegaram ao CAPS Castelo acompanhados. João chegou acompanhado na primeira vez, pela empregada doméstica

da irmã e em sua segunda ida ao Castelo foi acompanhado pela irmã. Lalice foi ao Castelo acompanhado de sua mãe e na outra ida ao serviço foi com a sua irmã. Já Tanásia chegou ao Castelo acompanhada por sua irmã e Talapa chegou ao CAPS Castelo acompanhada de sua filha.

A questão da necessidade de encaminhamento para o CAPS Castelo não é rígida, pois dois usuários foram atendidos, sem um encaminhamento prévio, e dois eram parentes de usuário.

3.3 O FLUXOGRAMA ANALISADOR DOS USUÁRIOS ACOLHIDOS

Apresentarei o fluxograma analisador (Mehry, 1997) de cada usuário acolhido, para visualizar como foi a entrada, recepção, decisão de ofertas, cardápio e saída dos usuários no CAPS Castelo. Este momento é importante para compreender, inicialmente, como é a organização do trabalho no CAPS, o estabelecimento de critérios do serviço para selecionar sua demanda e apreender como foi a relação profissional/usuário.

O que pude notar é que todos os usuários acolhidos no CAPS Castelo, no primeiro momento, foram até a recepção relataram o que desejavam ou mostraram o encaminhamento aos recepcionistas, estes preencheram os dados pessoais da ficha de acolhimento e aguardaram para ser acolhidos pelo técnico de nível superior responsável pelo acolhimento naquele dia. Outro fato importante a ser destacado é que todos os usuários acolhidos saíram do CAPS Castelo encaminhados ou para consultas

no próprio serviço, ou para outro serviço de saúde do município, com dia e hora marcados.

CHICO

que teria que vir todos os dias, na parte da manhã, durante uma semana, a princípio, e data e horário de sua consulta psicológica.

JOÃO

Chegou à recepção, acompanhado da doméstica da irmã, em uma segunda-feira, às 11h e 5 min.

Foi recebido pelo recepcionista. Tempo de recepção: 5 min. Tempo de espera para ser acolhido: 20 min. Profissional que acolheu: Aparecida. Tempo de acolhimento: 7 min.

Foi definido que o usuário deveria voltar outro dia ou à tarde acompanhado de um familiar para um novo acolhimento. Para a definição da intervenção terapêutica necessitaria de um familiar que pudesse esclarecer a história do usuário, já que este, no momento, não estava em condições de responder às perguntas feitas. Voltou dois dias depois do acolhimento, na quarta-feira pela manhã (dia de expediente interno), com a irmã e foi atendido pela psiquiatra que orientou que João frequentasse o CAPS Castelo, diariamente, durante à tarde para ressocialização.

Foi definido que João deveria voltar à tarde ou em outro dia acompanhado de um familiar para esclarecer aspectos relacionados ao problema trazido pelo usuário.

Saiu do acolhimento às 11 h e 37 min. João saiu sabendo que poderia voltar à tarde com um familiar ou outro dia que desejasse, menos na quarta-feira pela manhã, pois o CAPS Castelo funciona em expediente interno. João teve seu próximo atendimento no serviço, dois dias depois de ter sido acolhido.

LALICA

Chegou na recepção acompanhada da mãe, em uma terça-feira, às 13 h e 52min.

Foi recebida pelo recepcionista. Tempo na recepção: 3 min. Tempo de espera para ser acolhida: 1 h e 25 min. Profissional que acolheu: Jarau. Tempo de acolhimento: 35 min.

Foi definido que a usuária era demanda para o CAPS, pois apresentava-se triste, chorosa, relatando dificuldade de concentração, memória e interação social prejudicada, sugerindo acompanhamento semi-intensivo.

Deveria voltar nove dias após o acolhimento, para uma consulta psicológica e após esta consulta, iria participar do grupo de adolescentes todas as sextas-feiras.

—> Saiu do acolhimento às 15 h e 45 min. Lalica saiu sabendo o dia e horário da consulta psicológica e que poderia voltar, caso sentisse necessidade, antes desta consulta psicológica. Lalica foi novamente atendida no CAPS Castelo, sete dias após ter sido acolhida.

JUCA

ROSA

TUDINHA

MARIA

→ Saiu do acolhimento às 17 h e 22 min. Maria saiu sabendo o dia e horário da consulta psiquiátrica e que poderia voltar antes, caso sentisse necessidade.

TANÁSIA

TALAPA

LESSA

BONIFÁCIO

participar das atividades do CAPS Castelo, uma vez por semana.

3.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo procederei à análise e discussão dos dados, buscando analisar o processo de acolhimento no CAPS Castelo, da chegada do usuário até este ser referenciado a outro serviço, ou seu seguimento ser realizado no Centro de Atenção Psicossocial Castelo.

Os resultados serão apresentados através de dois grandes temas selecionados, durante o percurso metodológico. Desta forma, seguirei a apresentação, discutindo o resultado dos seguintes temas: Tema 1 – **A Organização do Trabalho no CAPS Castelo**. Pretendi com este recorte discutir e analisar como está organizado o trabalho no CAPS Castelo, o processo de trabalho e como os profissionais dispõem dos recursos terapêuticos disponíveis do serviço.

O Tema 2 - O Encontro do Profissional com o Usuário e a Formação de Vínculo: a busca pela resolutividade das necessidades. Neste tema discutirei como se estabelece a relação usuário/profissional no ato do acolhimento e como este pode ser humanizado, a formação do vínculo entre usuário/profissional/serviço, bem como foi a busca pela resolutividade das necessidades.

3.4.1 O Acolhimento e a Organização do Trabalho no CAPS Castelo

O conceito de organização do trabalho neste estudo vai além da noção de estrutura e funcionamento do serviço de saúde ordenado segundo normas e rotinas de limites definidos. A organização do trabalho, aqui, pode ser entendida, também, como o conjunto de ações dos trabalhadores de saúde, que tem como objetivo e como tarefa, a produção de serviços, seja o acolhimento, consultas, grupos, dentre outros, que serão consumidos em ato, por uma população.

Este conceito de organização visa englobar além dos aspectos de normas preestabelecidas para o funcionamento do serviço de saúde, o espaço físico do CAPS Castelo, os recursos humanos, as tecnologias usadas no processo de trabalho, sejam elas tecnologias duras, leve duras ou leves, que são necessárias para responder ao problema de saúde do usuário, as relações estabelecidas entre os profissionais/usuários, a divisão do trabalho, a presença de trabalho vivo, a acessibilidade, por fim, a presença do sujeito, seja ele profissional/usuário/família, no modo de produzir o trabalho em saúde.

O conhecimento de como é a organização do trabalho, nos permite ver como os serviços de saúde estão buscando a efetiva concretização do Sistema Único de

Saúde (SUS), com base em suas diretrizes, como acesso universal, equidade, integralidade das ações, controle social.

Em se tratando de serviços de saúde mental, o conhecimento da organização do trabalho torna-se importante porque os CAPS trazem um novo caráter de assistência, ele envolve além de intervenções medicamentosas e de terapia, uma intervenção social, ou seja, o reinserção do portador de sofrimento psíquico na família e na sociedade. Sendo assim, no trabalho em um CAPS, pode se utilizar em grande quantidade das tecnologias leves duras e leves.

Entendo que o acolhimento pode ser uma estratégia para a organização do trabalho nos serviços de saúde, pois de acordo com Franco et al (1999d), o acolhimento parte das seguintes diretrizes: acessibilidade universal (atender todas as pessoas que procuram os serviços); reorganização do processo de trabalho (desloca o eixo central do médico para a equipe multiprofissional) e qualificação da relação trabalhador/usuário (unir o trabalhador e o usuário em torno de interesses comuns - constituição de um serviço de saúde de qualidade, atenção integral)

Assim, o acolhimento, aparece neste momento como um recurso para inverter a assistência na saúde, que está centrada nas tecnologias duras e leve duras, para uma assistência com hegemonia das tecnologias leves duras e leves (Franco & Panizzi, 2003).

Segundo Merhy (1997), as principais tecnologias estão centradas nos nossos conhecimentos de como trabalhar a relação cidadania entre o usuário e o serviço, o usuário e o trabalhador e as atividades de grupos. Estas tecnologias são quase todas do tipo leve, isto é, estão mais em nossas sabedorias, experiências, atitudes, compromissos,

responsabilidades, do que nos equipamentos, espaços físicos, apesar de dependerem destes de alguma maneira, mas de forma secundária.

Desta forma, cada serviço de saúde organiza o trabalho de uma forma, recebendo o usuário de maneiras diferentes, e um mesmo serviço pode receber diferente em cada dia e horário (Merhy, 1997). O CAPS Castelo organizou uma equipe de acolhimento para receber a livre demanda, ou seja, a cada turno de trabalho há um profissional de nível superior responsável pelo acolhimento dos usuários. Esta organização do trabalho visa receber todos aqueles que procuram o CAPS Castelo e fornecer uma resposta mais eficaz à necessidade do usuário.

Apresentarei, a seguir, como, cada um dos profissionais envolvidos com o ato de acolher, percebe o acolhimento dentro do seu processo de trabalho.

“Das pessoas que eu faço acolhimento parece que é muito mais fácil de lidar, manejar, é diferente de quando vêm pessoas que é outro que faz o acolhimento (...) eu me sinto mais vinculada, mais envolvida com a pessoa, tendo possibilidade de cuidar dela melhor, mas nem sempre a pessoa que vem, sou eu a técnica responsável (...) quando sou eu que faço acolhimento, sempre tenho um olhar sobre ela, é diferente quando um outro faz, mas pela ficha, pelos dados que a gente registra, facilita bastante o acolhimento do outro também, de te envolver na história dele também (...) eu me sinto assim a cuidadora” (Moura).

Na entrevista acima, identifiquei três aspectos importantes do processo de trabalho. O primeiro aspecto é o cuidado ser um dos instrumentos de trabalho. O fato da profissional relatar que a realização do acolhimento facilita seu trabalho, pois neste encontro, ela estabelece com o usuário uma proximidade, conhece a história, sente-se mais vinculada aos usuários que acolheu e mais cuidadora.

Percebi que as práticas de cuidar da saúde dos usuários realizada pelos profissionais, envolvidos no acolhimento, no CAPS Castelo foram além da intervenção sobre o objeto de trabalho, no caso da saúde, o indivíduo/família/comunidade, a atitude de cuidar não foi apenas uma pequena e subordinada tarefa das práticas de saúde, a atitude cuidadora perpassou por todas as intervenções oferecidas aos usuários no serviço.

Segundo Merhy (2000), a dimensão cuidadora visa produzir processo de falas e escutas, uma relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético e articulação de saberes para projetos terapêuticos³⁰ dos serviços de saúde. Esta relação cuidadora esteve presente em vários momentos do trabalho no CAPS Castelo.

O segundo aspeto da organização do trabalho no CAPS Castelo é a necessidade de profissionais que fiquem como técnicos de referência³¹ para alguns usuários. Na maioria das vezes, os profissionais são responsáveis pelos usuários que acolhem. O profissional passa a ser referência do paciente na instituição, fica a cargo deste a definição, comunicação e modificações do contrato de tratamento, os encaminhamentos aos atendimentos, os contatos necessários com familiares (Pitta, 1994).

³⁰ O Projeto Terapêutico relaciona-se ao projeto da instituição, seu objetivos enquanto serviço de saúde, suas intervenções oferecidas aos usuários.

³¹ Cada profissional fica responsável, ou seja, é referência para um grupo de usuários. O profissional encarrega-se acompanhar e responder a solicitação do usuário quando necessário. No CAPS Castelo normalmente o profissional que acolhe fica de técnico de referência para aquele usuário novo que foi acolhido, por exemplo, uma das psicólogas fica como técnica de referência para os adolescentes e a outra para mulheres.

O terceiro aspecto que destaco são as anotações, que também têm sua importância enquanto instrumento de trabalho. No trabalho em saúde, principalmente quando se trata de uma equipe, as anotações evitam que os usuários respondam várias vezes as mesmas questões, toda a equipe tem acesso à história de vida, necessidades, intervenções passadas e as futuras. Percebi que os trabalhadores não utilizam a ficha de acolhimento rigidamente, a ficha algumas vezes é utilizada apenas como uma forma de orientar o acolhimento. O levantamento dos dados relativos a sua história de vida, doença, vida familiar, trabalho, dentre outros dados dos usuários é feito a partir da necessidade que o levou até o CAPS Castelo.

A seguir estão expostos mais dois relatos de como os profissionais percebem o acolhimento dentro de seu processo de trabalho.

“Os usuários nos chegam e de uma forma rápida e acessível, a gente disponibiliza o acolhimento, onde nós, através desse processo, a gente determina e encaminha as pessoas de acordo com suas necessidades” (Nunes –P1).

“E acho que o acolhimento é esse momento que a gente monta a hipótese diagnóstica, que conhece a história da pessoa, vê com ela o que ela pensa em termos de tratamento, o que ela está vindo buscar, é um primeiro momento, onde já vamos traçar algumas coisas para ela. Eu vejo como um momento fundamental e acho que da forma que a gente tem feito, tem agilizado muito estes encaminhamentos, pode ser que outras formas que a gente venha a experimentar de acolhimento sejam tão bom como essa (...)” (Jarau).

Nas falas acima, os profissionais vêem o acolhimento como uma tecnologia leve, onde há uma resposta rápida às necessidades dos usuários e tem como um de seus instrumentos a escuta.

Nas falas anteriores os profissionais também relataram o momento de escolha das intervenções, como uma parte importante do processo de trabalho. As

intervenções no CAPS Castelo foram disponibilizadas de acordo com as necessidades, sintomas, história de vida do usuário. Durante a observação dos acolhimentos este contrato de cuidados³² foi estabelecido através de uma negociação onde o profissional disponibilizou intervenções e o usuário decidia se iria aceitar ou não. Segundo Campos (1994), neste contrato de cuidados está explicitado, de uma forma bastante concreta e operacional, direitos e deveres dos profissionais e dos usuários.

No acolhimento, os profissionais atentam mais para as necessidades trazidas pelos usuários, e a partir deste momento a equipe encaminha para as intervenções terapêuticas como vemos na fala a seguir.

“No acolhimento (...) encaminha as pessoas de acordo com suas necessidades. Então pode ser tanto numa consulta psicológica para um acompanhamento breve e focal ou então para uma consulta psiquiátrica para situação onde haja necessidade de medicação ou coisa do gênero.(...) já o nosso acolhimento agora é feito todos os dias e dá oportunidade para praticamente todos os técnicos participarem” (Nunes –P1).

O cardápio de intervenções disponibilizadas aos usuários do CAPS Castelo são a consulta psiquiátrica, que faz a avaliação do usuário e prescreve ou não medicamentos, a consulta psicológica, que faz uma intervenção mais de relações, ou para qualquer das atividades do CAPS Castelo, como grupos, oficinas de produção e/ou de expressão, que o usuário se adapte ou que necessite.

Segundo Mehry (1997), o cardápio é uma etapa onde se concretiza um trabalho centrado em um conjunto de sabedorias e de práticas com a finalidade de

³²O contrato de cuidados é elaborado através das informações aos usuários dos processos de atenção à saúde, individual ou coletiva, terapêutica ou preventiva, este deve considerar a história de vida, a cultura e

realizar uma intervenção sobre um certo problema de saúde do usuário, e considerando como um objeto de ação de saúde, o individual/coletivo, alterando a produção das relações sociais.

Percebi que em todas as etapas, a interação técnicos/usuários, esteve sempre muito presente, seja no acolhimento ou nas atividades coletivas do CAPS Castelo, como no lanche da manhã, no almoço, no lanche da tarde, ou até mesmo nos corredores.

Na observação, a seguir, este momento de decisão foi acolhedor, pois o profissional de saúde escutou e identificou a necessidade que levou o usuário a procurar o serviço, e o encaminhou para a próxima fase de intervenções terapêuticas do cardápio e após a consulta prévia do usuário.

A usuária (Rosa) acolhida era engenheira civil, veio encaminhada ao CAPS Castelo por um médico particular, porque relatava cansaço, perda de memória, durante o acolhimento a profissional descobriu que ela tinha alucinações visuais e auditivas há mais de 10 anos e que tinha lapsos de memória constantemente.

“Jarau disse que iria marcar uma consulta com o psiquiatra.

Rosa disse iria ser difícil de vir pois trabalhava.

Jarau perguntou se não poderia pedir liberação, pois o médico lhe daria um atestado.

Rosa ficou parada uns minutos e não respondeu nada.

Jarau perguntou se Rosa havia entendido.

Rosa disse que não, esqueceu tudo.

Jarau perguntou se ela costumava ter estes lapsos de memória (...)

Rosa respondeu que sim (...).

Jarau reforçou a necessidade da consulta com psiquiatra, o mais breve possível, para possivelmente iniciar o uso de medicação para aliviar estes sintomas (...) o primeiro encaminhamento seria a

consulta médica e depois, de acordo com a avaliação dele, faria outros acompanhamentos (...) explicou que o CAPS Castelo ajudava pessoas, assim, como ela, que estavam tendo problema para se organizar e que eles iriam ajudar nisto.

Jarau disse que elas estavam combinadas assim.

Rosa respondeu que sim.

Foram até a recepção e marcou a consulta, o recepcionista fez um bilhete com o horário e a data da consulta e entregou para Rosa.

Jarau comentou que Rosa era caso para acompanhamento intensivo, mas como ela trabalhava e não teria como vir todos os dias um período, e sendo que o trabalho ainda era uma fonte de ligação com o mundo e suporte para sua vida, não deveria mexer neste ponto” (OBS 5).

Percebi que a profissional decidiu qual a intervenção a usuária necessitava de acordo com a necessidade apresentada, e fez esta entender o porquê desta intervenção, além disso percebeu que o trabalho era o suporte da usuária, e que por isso não deveria retirar a mesma de seu trabalho.

Para Oliveira (2000b), qualquer atitude do profissional que tenha a intenção de ajudar alguém a reorganizar sua posição frente a sua doença e a seu sofrimento deve estar atento para todo o contexto familiar, social, e cultural no qual a pessoa encontra-se inserida, pois estes dados serão de extrema importância para a construção do Plano Terapêutico Individual.

O Plano Terapêutico Individual esteve presente em todas as falas dos profissionais, isto é importante para verificar como o usuário está se adaptando ao tratamento e ao longo do tempo aumentar o coeficiente de autonomia do usuário. Sendo assim, o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente (Campos, 1994).

O Plano Terapêutico Individual constitui uma rotina personalizada para cada usuário, de acordo com a necessidade terapêutica, visando melhora do quadro,

socialização, educação em saúde, cuidados pessoais ou de higiene, de acordo com os módulos oferecidos pela instituição referente, contemplando desde as atividades socioterápicas até tratamento individualizado, devem ser singulares de cada usuário (Rio Grande do Sul, 2001). Este plano é discutido e traçado na reunião de equipe, realizada uma vez por semana, após o usuário ser acolhido e das primeiras intervenções terapêuticas e pode ser redefinido de acordo com a resposta do usuário ao tratamento.

Em alguns serviços de saúde esta negociação não é feita, o profissional determina as intervenções sem a consulta do usuário, neste momento abre a possibilidade para os abandonos dos tratamentos, a busca por outros serviços, a não identificação da real necessidade do usuário.

O trabalhador de saúde em geral tem uma certa autonomia para “decidir coisas” neste seu encontro com o usuário (Merhy, 1997). Esta autonomia é relativa muitas vezes, pois após a negociação com o usuário sobre as intervenções terapêuticas e a decisão delas, os profissionais do CAPS Castelo discutem o Plano Terapêutico Individual em reuniões de equipe, podendo, assim, este, ser modificado.

A organização do serviço sendo usuário-centrada também foi citada como objeto de intervenção, como é possível verificar na fala a seguir:

“(...) em via de regra nós levamos para discussão dos casos em equipe. E a pessoa que chega aqui geralmente (...) ela é agendada para outros profissionais, além daquele que o acolheu, ou participa uma avaliação com o psiquiatra ou para definição do plano terapêutico, tudo muito de acordo como ela está, ou com a queixa principal que ela apresenta, ou por sua demanda mais importante e inicial. E com o passar do tempo vai surgindo outras coisas e a pessoa acaba sendo assistida por toda a equipe, mesmo naqueles casos mais simples, que têm, entre aspas, uma conotação mais ambulatorial, ela acaba de alguma forma sendo vista pelo mínimo mais dois profissionais, o paciente não fica sendo de um profissional,

ele é um usuário do serviço de saúde mental que é formado por uma equipe” (Aparecida).

A fala de Aparecida traz a substituição ao atendimento médico-centrado por um espaço coletivo de discussão em equipe, traz o trabalho interdisciplinar³³. O acolhimento é uma estratégia para organizar os serviços de saúde de forma que sejam usuários-centrados, ou seja, no eixo da organização do trabalho esteja o usuário. Neste sentido, o acesso, a integralidade das ações, resolutividade das necessidades poderá ser garantida. O CAPS Castelo foi organizado de maneira que fosse centrado no usuário.

A equipe de acolhimento garante o acesso universal, resolutivo e humanizado, assim como confirma a lógica do trabalho interdisciplinar no CAPS. Esta equipe ainda possui toda uma tecnologia assistencial voltada para a escuta e o encaminhamento das intervenções terapêuticas.

O trabalho interdisciplinar caracteriza-se pelo fato de que cada profissional da equipe tem suas responsabilidades individuais e ao mesmo tempo é co-responsável pelo conjunto de intervenções realizadas pela equipe, e ela responde pela obtenção dos resultados esperados frente às necessidades de saúde de cada usuário, família e comunidade (Peduzzi, 2000). No CAPS Castelo, o trabalho interdisciplinar acontece de forma que o Campo de Competência³⁴ e o Núcleo de Competência³⁵ dos profissionais interagem a maioria do tempo durante a execução do trabalho.

No CAPS Castelo, a equipe parece ser articulada, a equipe técnica todas as quartas-feiras se reúne para discutir os casos e o funcionamento do serviço

³³ Ver página 12

³⁴ Ver página 14

como um todo. A equipe de apoio só participa de uma reunião mensal onde discute-se apenas questões burocráticas.

Desta forma, percebi que no acolhimento do CAPS Castelo existe uma divisão social e técnica do trabalho, ou seja, uma divisão entre a equipe técnica (profissionais de nível superior) e a equipe de apoio (profissionais de nível médio).

A divisão técnica no acolhimento do CAPS Castelo ocorre no parcelamento do trabalho, os recepcionistas ficam responsáveis por recepcionar o usuário e encaminhar direto para o profissional responsável pelo acolhimento no dia. Os profissionais responsáveis pelo acolhimento (um enfermeiro, uma assistente social, e duas psicólogas) realizam o acolhimento e encaminham de acordo com a necessidade do usuário, para uma intervenção terapêutica. Os outros profissionais, como, por exemplo, o médico fica responsável pelos atendimentos mais complexos que necessitem de uma intervenção para avaliação ou medicamentosa, poderia se dizer que ele fica na retaguarda do acolhimento.

A divisão social do trabalho acontece através da divisão do trabalho intelectual e manual entre os profissionais. A equipe técnica responsável pelo acolhimento dos usuários elabora, pensa, define e realiza o mesmo, participando de todas as etapas do trabalho em saúde. Já os recepcionistas, que fazem parte da equipe de apoio, apenas participam da primeira etapa do acolhimento, que é estritamente manual (preenchimento dos dados pessoais do usuário), eles não participam da organização do acolhimento. Nessa divisão social do trabalho, o produto do trabalho de um profissional pertence a outro. No caso, o produto do trabalho do recepcionista pertence ao técnico responsável pelo acolhimento.

³⁵ Ver página 14

Ainda em relação ao trabalho dos recepcionistas, um dos profissionais entrevistados relatou.

"A nossa recepção encaminha, ela é uma parte importante do nosso serviço, como tal, é dada uma atenção especial a essa parte no serviço, na medida que as pessoas que fazem essa recepção são orientadas, são capacitadas para recepcionar as pessoas da melhor maneira possível, mostrando tranquilidade, empatia e uma serie de coisas que são necessárias para quem fica na porta de entrada do serviço" (Nunes).

Os recepcionistas, apesar de ter seu trabalho ser normatizado, ou seja, atos estabelecidos em seu "modo de atuar", eles estabelecem uma relação "acolhedora" com o usuário que chega ao CAPS Castelo. Mehry (1997) diz que o recepcionista pode decidir ser um “quebra o galho” do usuário, ou pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor “necessidade” por serviço, e assim por diante. Neste estudo observei que os recepcionistas têm importante papel no acolhimento, pois estes profissionais não barram os usuários na entrada, mesmo se o usuário não tem encaminhamento, possui encaminhamento para outro CAPS, dentre outros.

Um exemplo é o de Tanásia que veio encaminhada ao CAPS Castelo, mas o atual endereço ficava na área de abrangência do CAPS Baronesa, outro exemplo é o caso de Lessa, que foi ao CAPS Castelo com um encaminhamento para o CAPS Baronesa, não foi “barrado na porta”, ou seja, o recepcionista foi conversar com o profissional que estava responsável pelo acolhimento para explicar a história do usuário, e só depois fez a ficha de acolhimento, o endereço residencial de Lessa só foi confirmado no ato do acolhimento.

Desta forma concordo com Mehry (1994), quando diz que a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves que os profissionais dispõem, utilizando seus saberes nas relações.

Na maioria dos serviços de saúde, os usuários vão em busca de uma consulta médica para resolver suas necessidades, como se só este profissional fosse capaz de resolver seus problemas, mas o que percebi no CAPS Castelo foi que os usuários foram ao serviço buscando ser atendidos por algum profissional, não importando qual fosse sua formação, desde que este estivesse disposto a escutá-lo e entender suas necessidades. A lógica do trabalho interdisciplinar também está sendo entendida pelos usuários, pois, de todos os acolhidos, apenas um, foi ao CAPS Castelo querendo ser atendido pelo médico, como na observação a seguir:

“O receptionista perguntou se João já tinha consultado alguma vez no Castelo.

A acompanhante de João respondeu que não, e mostrou um papel de caderno escrito Dr. X.

O receptionista pegou uma ficha de acolhimento, pediu que eles sentassem, João ficou em pé sem falar nada.

O receptionista saiu da sala da recepção e foi falar com Aparecida para saber o que faria (...) se Aparecida iria atendê-lo.

Aparecida chamou João, levou-o até uma sala de atendimento, pediu que sentassem (...).

Aparecida perguntou qual o motivo da procura pelo CAPS Castelo

A acompanhante respondeu que a irmã de João pediu que ela o levasse até o Castelo para consultar com Psiquiatra X (...)

Aparecida disse que de acordo com o que fosse conversado com eles e com a equipe do Castelo sobre o caso de João iriam decidir o melhor atendimento, e que o psiquiatra X fazia parte dessa equipe e só se houvesse necessidade João seria encaminhado para o psiquiatra X.”
(OBS 2)

Nesta observação também temos que destacar alguns aspectos em relação à procura do usuário pelo Psiquiatra X, como, por exemplo, à construção do vínculo, pois percebemos que o usuário já conhecia o médico e confiava nele, sendo assim é normal que, ao chegar em um serviço de saúde novo, ele procure aquele profissional, o qual ele já criou um vínculo, ou seja, uma relação interpessoal mais próxima de responsabilização do profissional pela saúde do usuário. Outro aspecto que é necessário considerar, é que a procura do médico ocorreu porque em outro momento quando o usuário procurou o médico, este encaminhou ou resolveu a necessidade do usuário, tornando-se assim uma referência. Neste momento que o usuário estava apresentando uma necessidade, ele deduz que o profissional iria ajudá-lo novamente.

Além dos aspectos relacionados com a organização do serviço já apresentados, ainda apresento outros aspectos como a acessibilidade e a estrutura física do CAPS Castelo. O acesso dos usuários inclui a abertura do serviço de saúde e a capacidade dos profissionais de sensibilizar-se e responder a diferentes necessidades dos usuários de forma mais flexível e de maneira mais resolutiva (Campos, 1994).

No CAPS Castelo, as investigações dos endereços foram constantes nos acolhimentos observados, esta conduta dos profissionais em confirmar os endereços dados pelos usuários aos recepcionistas foi para ter certeza que o usuário pertencia à área adscrita do CAPS Castelo, pois este serviço funciona de acordo com a regionalização.

Dos usuários acolhidos, apenas Tanásia não era da área de abrangência do CAPS Castelo. Como apresentarei na observação a seguir:

“Moura perguntou onde Tanásia morava.

Tanásia respondeu que era separada do marido, e como o marido não pagava as contas e nem a ajudava com os filhos, ela foi morar com a mãe em outro bairro da cidade o Areal, mas seu endereço era no bairro Guabiroba (área do CAPS Castelo).

Moura disse que se Tanásia morava no bairro Areal este não era área de abrangência do CAPS Castelo, ela deveria ser atendida no CAPS Baronesa.

A irmã de Tanásia respondeu que elas queriam ser atendidas ali, porque o seu irmão trabalha perto do CAPS Castelo e seria ele que levaria Tanásia todos os dias (...)

Moura disse que as perguntas era para saber onde realmente Tanásia morava, pois o CAPS Castelo funciona com área adscrita, que isto serve para organizar a demanda de usuários, então o CAPS Castelo só pode atender quem pertence a área de abrangência do serviço, devido ao trabalho realizado de reuniões familiares e visitas domiciliares.

A irmã de Tanásia respondeu que o CAPS Castelo ficaria mais fácil, pois o irmão poderia trazer Tanásia e no CAPS Baronesa não haveria ninguém para levá-la (...)

Tanásia respondeu que poderia ir sozinha.

Moura disse que iria telefonar para o CAPS Baronesa para encaminhá-las, se possível, ainda neste dia (...)

Moura falou com a enfermeira do CAPS Baronesa por telefone (...)

Moura avisou Tanásia e sua irmã que no outro dia seria melhor, segundo a enfermeira do CAPS Baronesa, porque estavam em atividade grupal neste momento, mas que elas fossem no dia seguinte que estariam esperando” (OBS 8)

O encaminhamento que foi fornecido pelo médico particular de Tanásia era para o CAPS Castelo, devido a dois motivos: o primeiro que poderia ir com o irmão para o CAPS Castelo (desejo de sua irmã) e o segundo porque gostava muito do médico do CAPS Castelo, ignorando a regionalização. Moura fez alguns esclarecimentos sobre o funcionamento dos serviços de acordo com a área adscrita, enfatizou que o tratamento no CAPS significa dar mais autonomia para o usuário e que a equipe do CAPS Baronesa também era boa. Tanásia pareceu muito satisfeita com as informações dadas e pelo fato de já ter sido encaminhada a outro serviço, com hora e data marcada.

A área adscrita é uma maneira de organizar a demanda, e nos serviços de saúde mental é uma premissa de qualidade que precisa estar suficientemente clara para a equipe que atuará no acolhimento (Levcovitz, 2000). Alguns profissionais, de outros serviços de saúde, poderiam ter simplesmente "barrado" a entrada da usuária no serviço, por não pertencer à área adscrita. No CAPS Castelo, o usuário que é acolhido, sempre sai do acolhimento sabendo para onde deve ir (local, dia e horário).

Moura ofereceu uma alternativa de assistência ao alcance da usuária, o atendimento ocorreu de uma forma acolhedora, pois a profissional escutou a necessidade de Tanásia e seus motivos para querer consultar no CAPS Castelo, como também forneceu informações que facilitaram a localização da usuária quanto a que local procurar e a quem procurar no outro CAPS, a qual a usuária pertencia regionalmente.

O CAPS Castelo é um serviço especializado³⁶, isto é, atende apenas a população de sua área adscrita e que venham encaminhados por outro serviço de saúde. Neste sentido para um usuário ser atendido no CAPS Castelo é necessário que este venha com um encaminhamento. Entretanto, notei que esta exigência não é rígida, como é possível notar nas seguintes observações:

“O recepcionista perguntou o que Tudinha desejava.

Tudinha disse que mandaram ela ir hoje para falar com alguém, pois ela foi quarta-feira.

O recepcionista lembrou-se dela e pegou a ficha de acolhimento e perguntou alguns dados. O recepcionista pediu que sentasse e aguardasse até ser chamada, poderia esperar no salão. O recepcionista levou a ficha para Moura (P2).

³⁶ São serviços de saúde mental, com um nível de complexidade maior, este nível de atenção é preferencialmente de contra-referência para apoio, suporte, assessoria ou supervisão aos serviços de atenção básica, contudo, em muitas vezes, pode ser a porta de entrada do usuário com transtorno mental, considerando a gravidade e necessidade de atenção especializada e contínua (Rio Grande do Sul, 2001).

Moura chamou Tudinha e a levou até uma sala de reunião.

Moura perguntou como Tudinha estava.

Tudinha disse que foi ao Castelo quarta-feira para ser atendida e como não iria haver atendimento descontrolou-se e começou a chorar, por que não tinha dinheiro para o ônibus e agora não ia ser atendida, e encontrou umas conhecidas no Castelo, neste momento o psiquiatra Y a atendeu e receitou medicamento e pediu que ela voltasse hoje, pois o medicamento teria acabado” (OBS6).

Na observação a seguir, Tudinha foi ao serviço em uma quarta-feira, dia este que não há atendimento externo na parte da manhã, é reservado para as reuniões de equipe, e à tarde o acolhimento só ocorre para aqueles casos urgentes (crise aguda). Neste dia ainda aconteceria um churrasco comemorativo relativo ao Dia das Mães para os usuários.

“Bom, eu recém cheguei (...) cheguei naquele dia que teve o churrasco era o meu primeiro dia, cheguei muito abalada dos nervos, muita depressão até chorei muito, não consegui falar direito com o doutor” (Tudinha – U6).

O mesmo caso aconteceu com João, que na primeira vez que foi ao serviço, estava acompanhado pela doméstica da irmã, que não tinha muitas informações sobre o usuário, então Aparecida pediu que ele voltasse outro dia, de acordo com a observação a seguir:

“Aparecida disse que era melhor voltar à tarde ou em outro dia, menos quarta-feira, que o Castelo não atendia pelo período da manhã.

João não voltou a tarde. Voltou acompanhado da irmã na quarta-feira pela manhã (dia que foi dito que não haveria atendimento).

A irmã insistiu que precisava de ajuda, então o psiquiatra Y atendeu, não anotou nada na ficha de acolhimento, anotou na evolução e prescreveu medicamento, e pediu que João fosse ao Castelo, todos os

dias, à tarde, mais para uma (re)socialização, do que tratamento propriamente dito” (OBS 2).

Nestes dois casos a norma de encaminhamento não foi rígida, pois os dois usuários não tinham encaminhamento, e mesmo assim, foram atendidos pelo psiquiatra. Nesse caso, mesmo não tendo sido realizado acolhimento, pois nas quartas-feiras pela manhã não são realizados atendimentos externos, percebi que o trabalho vivo não foi capturado.

O ato de acolhimento, no caso de Tudinha, foi realizado em outro dia e não no primeiro dia que chegou ao serviço, mas notei que o acolhimento estava presente na acessibilidade, pois não foram negados os atendimentos e também porque após a consulta com o psiquiatra, foram convidados para ficar no CAPS Castelo e participar do churrasco comemorativo do Dias das Mães.

Os encaminhamentos também são pontos importantes para a organização da demanda, pois como já mencionei, o CAPS é um serviço de referência da atenção básica. Notei a dificuldade da rede de saúde no que se relaciona com as referências e contra-referências³⁷ na seguinte observação:

*“Aparecida perguntou por que Lessa foi até o CAPS Castelo se o encaminhamento era para o CAPS Baronesa.
Lessa respondeu que morava perto do CAPS Castelo.*

³⁷ Referência e contra-referência deveriam funcionar, segundo Mendes (2001), na perspectiva dos sistemas integrados de serviços de saúde, a oferta e a utilização dos serviços de saúde deveriam ser feitas por um conjunto de pontos de atenção à saúde que se articulam numa rede capaz de prestar atenção contínua a uma população adscrita. Os pontos de atenção devem ser organizados de acordo com o primeiro contacto (significa acessibilidade); longitudinalidade (pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo); integralidade (garantir à população todos os tipos de serviços de saúde); coordenação (garantir a continuidade da atenção à saúde); focalização da família (o sujeito da atenção é a família) e a orientação comunitária (reconhecimento das necessidades familiares).

Aparecida perguntou por que então ele consultou na UBS do bairro Bom Jesus, e por que o encaminhamento era para o CAPS Baronesa. *Lessa* respondeu que no bairro Bom Jesus (área do CAPS Baronesa) mora sua tia e ele não estava morando mais com ela, pois há alguns meses mudou-se para o bairro Simões Lopes (área do CAPS Castelo). *Aparecida* perguntou com quem Lessa morava. *Lessa* respondeu que morava com a tia. *Aparecida* indagou se a tia morava no bairro Bom Jesus. *Lessa* respondeu que a tia mora, mas que ele morava com a esposa, a qual também chama de tia. *Aparecida* perguntou se caso precisasse fazer uma visita domiciliar e fosse na casa da Simões Lopes iria encontrá-lo. *Lessa* respondeu que sim, menos no final de semana, que ele vai para a casa da tia na Bom Jesus. *Aparecida* perguntou se, então, ele mora realmente no bairro Simões Lopes. *Lessa* respondeu que sim, mora (...). *Aparecida* explicou que todas estas perguntas eram para ter certeza que ele mora no bairro, pois o CAPS Castelo trabalha com área de abrangência e não pode aceitar usuários fora de área, e também por que o Castelo faz visitas domiciliares e o bairro Bom Jesus é área do CAPS Baronesa” (OBS 10).

Neste caso, que o usuário teve todo um aparato para lidar com as condições impostas pela regionalização, Lessa consultou em uma UBS de um bairro, usando o endereço de um familiar, e por isso esta UBS encaminhou para o CAPS Baronesa, mas morava no bairro pertencente ao CAPS Castelo, o que provocou todo um desacordo no seu encaminhamento. Aparecida fez vários questionamentos para confirmar o endereço de Lessa, para não romper com o princípio da área adscrita. Apesar de Lessa trazer um encaminhamento que não era especificamente para o CAPS Castelo, ele não foi “barrado”, foi recebido e acolhido no serviço.

Na perspectiva de atuação de uma rede de atenção integral à saúde, os encaminhamentos exigem um cuidado especial, pois eles deveriam ser adequados e resolutivos para cada situação, além de ser uma forma de propiciar o acolhimento, pois evitaria que o usuário deslocasse a serviços de saúde desnecessariamente, tornando sua

busca pela resolução de seu problema demorada. A referência e contra-referência deveriam funcionar de acordo com a lógica da complexidade do caso, garantir o retorno do usuário ao local que deu origem ao encaminhamento, quando for esta a indicação.

Segundo Rio Grande do Sul (2001), para estabelecer uma rede de referência e contra-referência seria necessário mapear os locais que mantêm vínculo direto ou indireto com o serviço, especificando quais os critérios de admissão em cada serviço, modalidades de atendimento, bem como, estabelecer critérios para encaminhamentos para serviços de maior complexidade quando necessário e após seu tratamento o usuário deveria ser encaminhado ao serviço de origem com os dados relativos às intervenções que sofreu.

Notei que os profissionais que realizam o acolhimento no CAPS foram capazes de sensibilizar os usuários sobre a importância da área adscrita do serviço enquanto organizadora de demanda, como também se mostraram acolhedores em seus atendimentos. Pude perceber também que, a necessidade de um encaminhamento para o CAPS Castelo, poderia capturar o trabalho vivo, pois se trata de uma norma de disponibilização do atendimento, mas percebi que esta exigência para os encaminhamentos não é rígida em caso de crise ou urgência.

Outro fator importante na acessibilidade ao serviço são os critérios de seleção dos usuários do CAPS Castelo, que atende portadores de transtornos severos e persistentes, graves ou moderados. No mês de maio de 2003, mês da coleta de dados, o CAPS Castelo possuía 91 usuários em atendimento ambulatorial, 87 em atendimento não-intensivo, 51 em atendimento semi-intensivo, e 35 em acompanhamento intensivo, totalizando 264 usuários em atendimento neste mês.

Os profissionais nas entrevistas e durante as observações demonstraram seguir a lógica dos critérios de atendimento estabelecidos na Portaria 336/02 do Ministério da Saúde (atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo).

Na observação a seguir apresento um usuário que não se encaixava no perfil de usuário intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo e ele foi inserido na modalidade ambulatorial do serviço.

“Juca disse que estava com insônia, cansaço, inquieto, querendo fazer algumas coisas, quando ele cuidava da casa ele se sentia bem, mas quando estava parado começava a ficar com estes sintomas (...) que pensou que o CAPS Castelo poderia ajudá-lo, pois sua esposa (usuária do CAPS Castelo) quando vinha no CAPS sentia-se bem.

Jarau explicou que o CAPS não era para as pessoas se sentirem bem, apenas servia para ajudá-las a se sentirem bem em suas casas (...).

Juca pediu que gostaria de trabalhar na oficina de madeira, pois gostava de fazer cadeiras, vasos (...) no CAPS tem espaço, pessoas e ele poderia sair de casa.

Jarau explicou que o CAPS e suas atividades são para aquelas pessoas que estão desorganizadas e precisam de ajuda e não para uma distração. Jarau incumbiu Juca de procurar um grupo de idosos, de dança, algum clube para conversar com outras pessoas e se distrair.

Juca parou pensou alguns minutos e disse que ele só conhecia o CAPS.

Jarau sugeriu que Juca saísse com a esposa na avenida, na praça, na igreja e pediu que Juca voltasse para uma consulta psiquiátrica, para avaliar seu estado, e que iriam na recepção marcar e disse também que se Juca se sentisse mal antes da consulta com o psiquiatra, ele poderia ir no Castelo, mesmo sem consulta, que alguém iria o atender. Jarau comentou que define casos que são para CAPS e os que não são. Não descartou a possibilidade de Juca vir ao CAPS uma vez por semana ou no mês, mas não disse para ele, para ajudá-lo em seu problema, porque a rede de apoio do CAPS (associação de bairro, grupos extra CAPS, dentre outros), muitas vezes não existe e foi devido a isso que ele procurou o CAPS” (OBS4).

Apesar do desejo dos usuários em participar das atividades do CAPS Castelo, a profissional decidiu que ele iria apenas consultar com o psiquiatra e após a

avaliação deste, talvez o usuário poderia participar das atividades do CAPS Castelo. Concordo com esta seleção de deixar em acompanhamento intensivo ou semi-intensivo os casos mais graves, controlando o inchaço do serviço, e até porque o CAPS é um serviço especializado. Notei que existem lacunas na rede de serviços de saúde mental, para atender esta demanda, que não é específica para o CAPS, mas que necessita de algum tipo de assistência à saúde mental. Esta ausência de serviços extra-hospitalares, de caráter social, que dêem suporte ao CAPS e que possam assumir esta demanda que necessita de uma interação social, deveria também fazer parte das políticas de saúde mental dos municípios, como, por exemplo, os centros de convivência, ou que as comunidades através das associações de bairros, disponibilizassem atividades culturais, artísticas e de lazer em seu bairro com apoio das secretarias municipais.

Nesta outra observação, a seguir, a falta de uma organização no sistema de saúde faz com que casos que poderiam ser resolvidos na atenção básica à saúde passem para o CAPS, que devolve o usuário para a rede básica, pois entende que é um caso de transtorno leve, que poderia ser tratado a nível de Unidade Básica de Saúde. Se houvesse de um processo educação continuada sobre saúde mental para os profissionais da rede básica, muitos casos poderiam ser assistidos na atenção primária. Para Tenório et al. (2000), episódios como este, poderiam obedecer a uma outra dinâmica totalmente diferente se as Unidades Básicas de Saúde representassem uma oferta significativa de atendimento ambulatorial de qualidade.

“Maria disse que andava sentindo-se cansada, com insônia, acordando de hora, em hora para ver se o relógio estava para despertar, pois andava preocupada com a falta de dinheiro, e que estava ficando muito devagar, foi demitida da loja, onde fazia limpeza

e ficou só na casa da dona da loja para lavar roupa e ganhar meio salário (...).

Moura perguntou o que mais a preocupava.

Maria respondeu que era ficar igual a seu pai, que já morreu, pois ele começou a esquecer das coisas, não conseguia trabalhar e pagar as contas e ela estava sentindo as mesmas coisas que ele.

Moura disse que foi bom ela procurar ajuda cedo, assim não chegaria ao estágio que seu pai chegou, mas o caso dela não era para CAPS, pois este serviço era como se fosse um hospital psiquiátrico, só que aberto às pessoas. O serviço tratava de pessoas com problemas psiquiátricos mais graves, cuidam das emoções das pessoas e o seu caso não era para tratamento no local, mas ela iria ser encaminhada para uma avaliação psiquiátrica para saber se necessitaria de medicação, e que talvez o psiquiatra a encaminhasse para um acompanhamento com o clínico geral da Unidade Básica do bairro ou para o PSF que estava sendo implantado, e estes iriam acompanhá-la mais periodicamente” (OBS7).

O CAPS Castelo possui um trabalho volante, ou seja, existe um profissional que fica responsável para dar suporte à Unidade Básica de Saúde do bairro, uma vez por semana. Este trabalho tem o objetivo de qualificar e ajudar as unidades básicas de saúde no que se refere à saúde mental. Estes atendimentos conseguem, na maioria das vezes, atender aqueles casos mais leves de transtornos e diminuem a chegada destes casos nos CAPS.

Concordo com Tenório et al. (2000) que a substituição asilar depende da construção e do bom funcionamento de uma rede de atenção em saúde mental, rede que tem os CAPS como unidades estratégicas, mas que inclui uma série de outros serviços, como unidades psiquiátricas em hospital geral, ambulatorios, bom atendimento de saúde mental nas unidades básicas, programas de moradia terapêutica, um bom sistema de emergência e de controle das internações, e ainda acrescentaríamos uma rede social e educacional, como programas de alfabetização de adultos, grupos de idosos, atividades culturais, dentre outros.

Neste momento, vale ressaltar, três mecanismos administrativos de um CAPS, de acordo com Goldberg (1996). O primeiro é que o CAPS é uma instituição de referência e uma vez que o usuário foi atendido no CAPS, ele poderá retornar após sua alta ou afastamento, sem precisar ter um encaminhamento, e o serviço será uma referência para a família e usuário. O segundo mecanismo é que as atividades terapêuticas devem ocorrer todas em um mesmo local, para facilitar o seguimento do paciente, e o terceiro é que o CAPS não desvincula os seus pacientes quando encaminhados para outro serviço, mantém um acompanhamento até seu retorno.

Estes mecanismos administrativos ficaram evidenciados durante as observações dos acolhimentos, pois todos os usuários acolhidos, ou familiares de usuários, podem ser atendidos no CAPS Castelo, sem um encaminhamento prévio de outro serviço de saúde. E mesmo que este usuário acolhido não seja demanda para o CAPS, ele pode retornar quando sentir necessidade.

“(...) o momento do acolhimento da pessoa, tentando resgatar aquilo que ela está trazendo, que ela já passou, que já viveu, vê o que ela entende e está esperando também, como que ela entende em vir a um serviço, é uma coisa que agente tem que cuidar, qual a visão que ela tem de vir passar a frequentar um CAPS, não que isso seja critério para ela participar ou não, isso é um critério para determinar qual a intervenção que vais ter (...) quais as atividades que ela vai participar” (Jarau).

Concordo com a entrevistada, pois antes de oferecer as intervenções, tem-se que conseguir perceber qual o significado desta intervenção para cada usuário, ou como ele compreende a fase que ele está passando e se gostaria de passar a frequentar um CAPS. É, neste momento, que novamente aparece a negociação e o contrato de cuidados que o profissional faz com o usuário que foi acolhido.

O profissional deve levar em conta, na hora de atender o usuário, três grandes cenários: o ambiente familiar, a rede social e o trabalho com valor social, para garantir o processo de reconstrução do exercício pleno da cidadania (Saraceno, 1996).

O CAPS tem como uma de suas premissas a liberdade de ir e vir, por isso os profissionais deveriam cuidar para não impor as intervenções aos usuários, buscando evitar reproduzir as mesmas práticas assistenciais que tanto precisam ser superadas. O usuário pode escolher se vai participar das atividades ou não, mas isto não significa desresponsabilização dos profissionais ou do usuário perante seu tratamento, marca, sim, a necessidade da existência de uma abertura para o diálogo entre o profissional e usuário. Quando um usuário falta freqüentemente ou escolhe de não participar das atividades o profissional precisa entender seus motivos, para tal atitudes, e não obrigá-lo a participar das atividades.

Desta forma a organização das atividades dos CAPS devem oferecer atrativos para os usuários participarem, que estes sintam que estas atividades são para a melhora de seu quadro. Concordo com Saraceno (1998), quando refere que não precisamos de psicóticos pintores, necessitamos de psicóticos cidadãos, e os elementos que mais determinam o andamento de uma enfermidade mental estão parcialmente no tratamento, a outra parte não está tanto no tratamento que o sujeito recebe, mas no tipo de serviço que o atende.

A organização do trabalho no CAPS Castelo também passa pela acessibilidade no que se refere ao aspecto econômico, ou seja, a dificuldade ou não do usuário chegar ao serviço. Como apresento na observação seguinte:

“Moura acertou com Tudinha deveria vir para a consulta com o psiquiatra.

Moura pediu um telefone da mãe para falar do tratamento.

Tudinha disse que não tinha dinheiro para vir segunda e nem a irmã (...).

Moura disse que era só pedir vale na recepção, que ela iria autorizar 4 vales, para poder ir e voltar com a irmã na consulta. Moura pediu para ela esperar e foi na recepção, saiu da recepção e voltou com um papel com o dia e a hora da consulta com psiquiatra e falou para Tudinha ir na recepção mostrar o papel e pedir vales. Despediu-se e a levou até recepção” (OBS6).

Observei que o CAPS Castelo oferece passe de ônibus, como uma forma de acolher os usuários e de acesso ao serviço, já que, em sua maioria, são de famílias pobres. Segundo Montezuma (2000), um remédio pode ser dado para fazer falar ou fazer calar, assim como uma indicação de internação, já as oficinas podem oferecer um lugar de troca e de indagação para cada um, sobre a sua capacidade e não devem ser um jardim de infância e o passe de ônibus pode servir para acolher uma demanda no CAPS, para que o usuário possa voltar.

“Meu problema é difícil realmente (...) então estou pedindo um benefício se tiver para me ajudar, pois estou em situação precária, situação ruim mesmo, meu filho está crescendo tenho que comprar roupa para ele, tem que calçar, dar comida, e eu estou desempregada (...) Eu estou me sentindo melhor, agora vou conversar com a psicóloga para ver o que ela vai dizer do meu problema (...). Já conversei com o médico e que eu quero falar com a outra psicóloga e não a que me atendeu, porque aquela já me atendeu e já sabe mais ou menos qual é a minha situação, por isso quero conversar com a outra direto, para ver (...). O médico disse que era para mim trazer a minha carteira e eu já trouxe, eu ando sempre com os documentos na bolsa, esta até aqui a minha carteira se quisesse ver hoje daria (...)” (Tudinha – U6).

Neste caso o usuário tenta mobilizar toda a equipe em função de seu problema econômico. O acolhimento neste caso ocorreu na tentativa dos profissionais

encaminharem a usuária a buscar um auxílio doença, pois esta apresentava-se muito desorganizada para trabalhar. Os profissionais também acolheram a usuária nas explicações quanto a sua doença e que antes de arrumar um emprego ela deveria iniciar o tratamento. A usuária após o acolhimento foi encaminhada para uma avaliação psiquiátrica e prescrição de medicamentos, o psiquiatra a encaminhou para um acompanhamento psicológico e para a assistente social. A consulta com a assistente social seria para tentar encaminhá-la para um auxílio doença, já que estava impossibilitada de trabalhar neste momento.

Segundo Pitta (1994), após uma crise, a pessoa necessita de compreensão, apoio e cooperação para retomar a vida produtiva, isto ajudará a superar as dificuldades de ordem pessoal e social que enfrentam para se inserirem no mercado de trabalho.

A assistência social é uma característica do CAPS Castelo, pois é um serviço que também se preocupa com questões de ordem social. A assistência social apresenta-se como articuladora das necessidades sociais e de saúde dos usuários, possibilita uma assistência mais integral ao usuário (Siqueira, 2003).

A acessibilidade viabilizada no processo de acolhimento apresenta-se também em relação à localização geográfica do serviço.

“Gostei do atendimento, bastante espaço para a pessoa esperar com tempo, olha formidável, bem perto da minha casa, até ali é 8 ou 10 minutos (a pé) se levar, tomara que eu fique boa”(Maria).

A localização e a estrutura física do CAPS Castelo são bastante acolhedoras, pois por ficar em uma avenida conhecida da cidade; em um prédio

histórico; o que integra a comunidade ao serviço, muitas vezes pessoas da comunidade vão visitar o local e neste momento já conhecem o trabalho que é realizado pelo CAPS Castelo. A proximidade com os bairros de sua área adscrita e o fácil acesso geográfico também contribuem para o acolhimento dos usuários.

Para Campos (1994), o acolhimento vai desde a abertura dos serviços públicos para a demanda, até a responsabilização de todos os problemas de saúde de uma região. O acesso que o acolhimento oferece deve ser interno e externo ao CAPS, ou seja, o acolhimento não é apenas receber bem, ele passa pela estrutura adequada e agradável da unidade, pelo acesso geográfico e pela resolutividade dos problemas.

Outro aspecto importante para a organização do processo de trabalho é a estrutura física do CAPS Castelo como fonte de acolhimento ou não.

“Jarau disse que tinha dois encaminhamentos o primeiro seria uma consulta psicológica que iria marcar na recepção, mas nesta consulta ela deveria vir sozinha sem a mãe para poder conversar (...). E o outro encaminhamento é a participação no grupo de adolescentes que acontece todo as sextas.

Jarau perguntou se Lalica iria sozinha

A mãe de Lalica respondeu que quando Lalica disse que se gostaria de ir ao Castelo, ela sugeriu que ela viesse junto. A mãe de Lalica, ainda contou que Lalica tem medo da estátua que fica na frente do Castelo, pois um dia que Lalica foi sozinha no Castelo teve a impressão que a estatua olhou para ela.

Jarau perguntou a Lalica se o seu pensamento era confuso, se constantemente via coisas que não existem ou coisas se mexerem ou escutava vozes.

Lalica respondeu que só foi aquela vez” (OBS 3).

Talvez o dito popular “a primeira impressão é a que fica” não seja adequado em muitos casos, mas nos chama a atenção a influência que pode ter a apresentação da estrutura física de um serviço, pois esta pode causar boas ou más

impressões à primeira vista. No caso de Lalice pode ter acontecido isto, pois refere não gostar de ir sozinha ao CAPS Castelo, por causa de uma primeira impressão. No dia da consulta psicológica Lalice também não foi sozinha, levou a irmã como acompanhante.

Em se tratando de uma adolescente, o medo também pode ser da representação social que ela possui da loucura, pois por muitos anos e em muitos casos até hoje, a pessoa que sofre de algum transtorno psíquico é rotulado como "louco" e "agressivo". E ela por ter que frequentar um serviço como o CAPS poderia estar com medo de ficar "louca" ou ser rotulada como tal, ou mesmo com medo de ser agredida por um dos usuários.

No jogo de xadrez, uma vez que os primeiros lances sejam feitos, eles deixam em aberto inúmeras possibilidades para os lances futuros, mas já eliminaram muitas outras possibilidades, que são impossíveis de serem refeitas pela forma como as peças foram movimentadas de início (Tenório, 2000). O acolhimento pode ser decisivo para os lances futuros do tratamento e que pode já estar atravessado pelas questões que se colocam no início, que repercutem no tratamento como um todo. Esta reflexão enfatizava a idéia de que a estrutura física, a recepção no serviço, o relacionamento com os outros usuários e profissionais do CAPS Castelo, pode ser ou não terapêutica, e se definir ou não como espaços de possibilidade terapêutica.

Ainda apresentando o espaço físico como uma forma de acolhimento, as salas de atendimento individual do CAPS Castelo são bem privativas, e em apenas três acolhimentos dos onze acompanhados (dois feitos na sala de reuniões, e um realizado em uma das salas de atendimento individual) houve interrupções, ou seja, pessoas do serviço abriram a porta durante o ato de acolhimento.

“Rosa estava falando sobre seu relacionamento com a família, quando entrou uma pessoa na sala.

Jarau interrompeu Rosa para esperar que a pessoa saísse.

A pessoa que entrou na sala pegou a bolsa, pediu desculpas, fechou a porta e saiu”(OBS5).

“Tudinha estava explicando sua situação econômica e familiar quando uma pessoa abriu a porta cuidadosamente, sem fazer barulho.Tudinha não percebeu.

Moura olhou e continuou a escutar Tudinha.

Esta situação se repetiu por 4 vezes” (OBS6).

“Maria estava explicando como estava se sentindo no trabalho e qual era sua relação com a outra empregada, quando uma pessoa abriu a porta.

Moura olhou as pessoas e respondeu que não era ali, que estava na sala do lado.

Esta situação repetiu-se por 5 vezes, a reação de Moura foi sempre a mesma.

Maria não parou de falar em nenhuma dessas interrupções” (OBS7).

A escolha de um local tranquilo, privativo, no qual não possa haver interrupções, é fundamental para a escuta do usuário; parte do acolhimento, esta privacidade evita o constrangimento e mostra ao usuário que o profissional está dispensando aquele tempo para escutá-lo, está atento para a sua necessidade, seu sofrimento.

A apresentação do ambiente físico, quanto à limpeza, também foi relatado na entrevista como sendo algo acolhedor.

(...) quando nos respeitam, sendo atendida, quando o lugar é limpinho a gente já vê (...)” (Talapa)

A apresentação do espaço físico do serviço pelos profissionais aos usuários novos acolhidos, foi relatado em algumas entrevistas e observações como um momento acolhedor do processo de trabalho.

“Aparecida mostrou o serviço para Lessa, as salas, as atividades e os usuários.

Durante o dia no CAPS Castelo, Lessa conversou com outros usuários e pareceu à vontade no serviço” (OBS10).

“(...) acolher de fato é recepcionar, esclarecer, orientar, se apresentar, mostrar o espaço, enfim tem várias coisas que se faz no acolhimento” (Moura).

“(...) nós pedimos para ela, venha para o serviço e quando chega, a gente leva ela para conhecer as outras pessoas, esse acolhimento serve para ela se sentir em casa, sentir bem recebida, acho que essa é uma preocupação que a gente tem no Castelo (...) eu sempre faço uma analogia, é quando tu chegas numa festa de aniversário e tu não conhece ninguém, tu sempre quer que alguém venha e te receba, e sempre vejo o acolhimento pouco por aí, uma pessoa que está chegando, está sofrendo e não conhece nada e ninguém e precisa ser acolhida (...)” (Jarau).

A apresentação do espaço físico ao usuário realizada pelos profissionais do CAPS Castelo, é realmente um aspecto relevante para o acolhimento, pois estabelece uma aproximação entre a organização do serviço/usuário/trabalhador. Para Matumoto (1998), o espaço físico apresenta-se como um espaço necessário para viabilizar a interação entre usuário e profissional no momento do atendimento. Os profissionais lançam mão de tecnologias leves e de relação mais próxima com o usuário, como uma preparação e construção do vínculo com o serviço, dispensando as tecnologias duras, como placas informativas de salas.

Neste momento, se faz necessário, destacar o momento especial que o serviço estava vivenciando na época da coleta de dados, que foi as paralisações das atividades do CAPS Castelo, com o indicativo de greve dos municipais, que lutavam por melhores salários e pelo não corte das horas extras dos trabalhadores da saúde do município.

Abrirei um parêntese na apresentação dos dados, para discutir este fato, pois concordamos com Kantorski (1997), quando diz que pensar o processo de trabalho em saúde fora de um contexto de práticas de saúde como sociais, sujeitas a determinações históricas que estão presentes em uma sociedade capitalista, dependente e regida por uma política neoliberal, constitui-se em uma elaboração idealista que não aponta para uma prática transformadora.

Caso a greve fosse confirmada, as atividades do CAPS Castelo seriam paralisadas e se houvesse o corte das horas extras, o serviço funcionaria apenas um turno. Isto propiciou observar como os trabalhadores da saúde organizam o trabalho frente a decisões administrativas e como tais decisões são capazes de modificar o caráter assistencial de algum serviço de saúde, em especial os CAPS.

Os trabalhadores montaram estratégias, caso a greve fosse inevitável, de modo a minimizar os prejuízos da assistência aos usuários no CAPS Castelo. Foi decidido que caso a greve acontecesse, que os grupos de medicação (por causa da emissão de receitas) continuariam funcionando, assim como, o atendimento dos usuários intensivos que tivessem maiores dificuldades. Durante a coleta de dados vivenciei quatro dias de paralisação, e o serviço funcionou com a seguinte lógica de atendimento: os usuários eram esperados e avisados da paralisação, nos horários de abertura do CAPS, nos períodos da manhã e da tarde.

A greve não se concretizou, mas a questão administrativa municipal de cortar as horas extras dos trabalhadores foi concretizada. Trarei aqui uma reflexão de como o trabalho em saúde está sujeito a intervenções administrativas, que seguem a lógica da necessidade econômica, não importando-se com as necessidades da população usuária de um serviço de saúde. Segundo Campos (1997), o dinheiro fala, explica e

convence, já as mentalidades são destruídas e formadas conforme os modos de circulação e de distribuição do dinheiro, isso seria verdadeiro tanto para as pessoas que trabalham em situações típicas de mercado, quanto para as pessoas vinculadas a instituições teoricamente não lucrativas, no caso da saúde.

Sendo assim, o CAPS Castelo começou a funcionar apenas no turno da tarde. Esta decisão política descaracterizou o funcionamento de um CAPS II como o Castelo, pois este deve funcionar segundo a portaria 336/02 do Ministério da Saúde, das 8:00 as 18:00.

Neste contexto, irregular e atípico, destaco a atuação da Associação dos Usuários e Familiares dos Portadores de Transtornos Psíquicos, pois a organização levando o problema para o Conselho Municipal de Saúde, chamando a este cenário o controle social³⁸ das ações, teve uma grande importância neste momento. Percebi que a cidadania dos portadores de sofrimento psíquico, não é uma questão teórica, ela é praticada e conquistada a cada ação em defesa de seus direitos. Esta iniciativa em solicitar no Conselho, um espaço de acompanhamento da implantação da política de saúde mental no município, tensiona, democratiza e cria condições objetivas para a solução de problemas como estes gerados por medidas administrativas que, implicam prejuízos para os serviços.

Este momento especial acarretou uma dificuldade que interferiu no acolhimento e aprisionou o trabalho vivo, pois teve como consequência um acúmulo de

³⁸ O controle social foi conquistado no processo da Reforma Sanitária Brasileira, ele abre possibilidades da população definir e controlar a política pública de saúde, neste sentido deve-se ter setores populares organizados. O controle social foi institucionalizado pela lei federal nº 81440/90 da NOB/96, que regula a existência de Conselhos Municipais de Saúde, que passaram a ser uma condição para os municípios se habilitarem ao nível de gestão do Sistema Único de Saúde (Daron, 2001).

atividades dos profissionais devido as paralisações. Um exemplo disso foi o caso de Bonifácio que apresento na observação 11.

“Bonifácio chegou às 15:23, direto à recepção falou com o recepcionista, para saber como teria que fazer para pegar os remédios da receita.

O recepcionista disse que para isso ele precisaria falar com um dos profissionais do Castelo. O recepcionista pegou a receita anexou à ficha de acolhimento, pediu que Bonifácio sentasse e respondesse alguns dados para preencher a Ficha de Acolhimento do CAPS, depois pediu que esperasse no salão até ser chamado por Jarau.

Às 15h e 29 min, Bonifácio saiu da recepção, sentou-se no corredor e esperou.(...) resmungou da demora para ser atendido. Esperou por cerca de 1h e 22 min. O usuário parecia estar apreensivo, por ter esperado, já estava meio impaciente.

Jarau perguntou por que ele veio até o Castelo, e por que a receita do Hospital Psiquiátrico.

Bonifácio respondeu que havia saído da internação na sexta-feira e o hospital tinha o encaminhado para o Castelo, para receber as medicações.

Jarau perguntou por que ele havia sido internado no hospital Psiquiátrico.

Bonifácio respondeu que foi por causa da bebida (...)

Jarau disse que o CAPS era para isto, que iria marcar uma consulta com o psiquiatra, para ele começar a participar do grupo de prevenção a recaídas de álcool e drogas, que se reúne toda segunda-feira pela manhã” (OBS 11)

A princípio, o usuário chegou apenas querendo uma informação de como adquirir medicamentos prescritos, mas quando entrou no acolhimento deixou claro que queria ajuda para parar de beber. Jarau estava com pressa, seguiu o roteiro de acolhimento anotando tudo rapidamente, em forma de tópicos. Bonifácio pareceu frustrado por ter esperado tanto e o acolhimento ter sido rápido (feito em 11 minutos), parecia ter vontade de conversar mais, de contar mais coisas.

Neste dia iria acontecer uma reunião dos profissionais às 17h, para discutir questões ligadas às paralisações e possível corte de horas extras. Jarau estava

com pressa, pois teria que participar da reunião, Jarau demorou para atender Bonifácio, pois estava realizando as consultas de usuários remarcados devido às paralisações que aconteceram nos dias anteriores e as que ainda iriam acontecer na semana seguinte.

Durante a entrevista com o usuário, ele relatou que gostou do atendimento e que foi ao serviço para tentar deixar o álcool, gostou que foi encaminhado para uma consulta psiquiátrica e para o grupo de prevenção de recaídas, mas a contradição foi no momento que estava esperando para ser atendido, ter falado para que esperar tanto por apenas uma informação sobre como pegar os medicamentos.

“O atendimento foi bom, acho que vai me ajudar, por isso que eu vim aqui para ver se me ajudam a manter fora dos vícios das drogas e álcool” (Bonifácio).

A espera por atendimento também apareceu nas entrevistas dos profissionais, como nas falas a seguir.

“Um pouco vendo o acolhimento que a gente fez junto outro dia, aquele acolhimento um pouco corrido, isso também acontece, então não é sempre, isso é o que a gente tem costumado fazer, a demanda do próprio serviço te atropela, então tu acaba fazendo um acolhimento rápido, vendo o que aquela pessoa tem, não tendo toda aquela disponibilidade interna para ouvir de fato aquela pessoa, para ouvir não só o que ela fala, mas essa escuta que eu falo que é uma escuta de ir além do que a pessoa está falando, acho que às vezes o serviço faz isso, tu tens trezentas coisas para fazer e tu não consegue estar de fato acolhendo, escutando aquela pessoa, então acho que são poucas vezes, mas acontece” (Jarau).

“Quem é do acolhimento não fica responsável só pelos casos novos, também é responsável por olhar a lista dos intensivos e ver quem está vindo e quem não está, fica atenta a tudo isso. O dia do plantão do acolhimento é para isso também, para os que estão aqui que de repente ficam mal aquele dia, aí já se vê e

marca uma consulta para quem acompanha, para ver quem não veio, para fazer algum contato ou até mesmo agendar a próxima visita ou até mesmo buscar, dependendo da situação o acolhimento sai, aí pegamos o carro neste dia e saímos, às vezes a gente não consegue, pois não temos ainda aquela estrutura perfeita de CAPS” (Moura).

Com a grande demanda de serviço, dentro deste contexto especial de paralisações, houve uma sobrecarga dos profissionais, pois as consultas foram remarcadas e antecipadas. Sendo assim, a disponibilidade do profissional para escutar o usuário ficou reduzida em meio às atividades remarcadas. Assim, pensando que o acolhimento é um espaço de encontros, escuta, de trocas, de agenciamentos de subjetividades e que objetiva descobrir o que acontece que provoca sofrimento, angústia, delírio, dentre outros, é necessário que se crie um momento que possa acolher os usuários e que este sinta que o profissional está ali para escutá-lo, ajudá-lo, estar junto neste momento difícil de sua vida.

Com isso, concordo com Campos (1997), que o trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos, muitas vezes existe uma regularidade, padrões que se repetem, tendências que podem ser identificadas, mas posso afirmar que *"cada caso é um caso"*.

O acolhimento como organização do serviço em questão de agilidade de atendimento apresentou-se nas seguintes falas:

“Gostei muito, porque, quando vai consulta com o psiquiatra, leva dois ou três meses para consultar e então quando vou consultar eu nem tenho mais nada, quando eu estou com problema, não tem mais ficha, aí tenho eu consultar com o particular (...) mas aqui não foi marcado longe, até porque a Jarau disse que se eu me sentisse mal antes da consulta com o psiquiatra, eu podia vir aqui que ela ia me atender, eu gostei disso e me senti seguro” (Juca).

“Eu acho que se não fosse eles aqui do Castelo, eu não tinha força (...) no postinho (UBS), já fui umas quantas vezes e nunca consigo a ficha” (Maria).

O ato do acolhimento agiliza o atendimento, acabando com as filas de espera, ou com a distribuição de ficha, o usuário é atendido por um profissional no mesmo dia que procura o serviço e após seu acolhimento já sai com um encaminhamento de acordo com as necessidades apresentadas por ele. A disponibilização do serviço ao usuário, caso necessite antes da próxima intervenção, transmite a ele a noção de responsabilização da equipe/serviço de sua saúde.

A noção de responsabilização da equipe seria um processo de busca pela solução das necessidades de saúde do usuário/família, ultrapassando os limites da clínica biologicista, no qual se procura estabelecer um cuidado integral à saúde coletiva e individual (Campos, 1994).

A partir dessa noção de responsabilização dos profissionais sobre a saúde do usuário/comunidade, a Prefeitura Municipal de Pelotas elaborou um manual de acolhimento para a rede básica do município. Neste manual a equipe de acolhimento seria formada por um médico, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem. O acolhimento seria em grupo, neste grupo seriam identificadas as situações de urgência e seriam encaminhados a um pronto atendimento ou agendados para as consultas programáticas. O acolhimento funcionaria das 8:00-9:00, 14:00-15:00, 18:00-20:00, fora destes horários, somente se atenderia urgências. Acredito que o acolhimento permeia todo o processo de trabalho dentro de um serviço. Neste sentido levanto alguns pontos relevantes, que em minha percepção, poderiam estar presentes no manual de acolhimento da Prefeitura Municipal de Pelotas, como, para ser mais resolutivo, o

acolhimento deveria ser individual, e os profissionais responsáveis pelo acolhimento deveriam estar disponíveis aos usuários durante todo o tempo de funcionamento do serviço, e que a recepção é um ponto importante no acolhimento.

A coordenação de saúde mental pensando nesta responsabilização dos profissionais de saúde substituiu a triagem pelo acolhimento. Os profissionais em todas as entrevistas relataram a diferença entre a triagem e o acolhimento como apresento na fala a seguir:

“A nossa antiga triagem soava como um processo de seleção, onde fazíamos a seleção (...) separar o joio do trigo, uma coisa bem de seleção e não tem tanta solução, ela funciona de forma isolada e que não pensa no conjunto de uma rede de serviços que tem vértices, pensando numa população a ser assistida, ela fica muito nesta coisa de selecionar enquanto pólos e distanciando a assistência, aí entra aquelas filas de espera e todo aquele processo que a triagem acaba levando indiscriminadamente, sem levar em consideração a realidade daquela pessoa que te procura. E o acolhimento é muito isso, confrontando com a triagem, a pessoa procura, no momento, quando está disposta, em saúde mental funciona assim. Normalmente tu procuras uma atividade de saúde quando tens uma dor, um incomodo físico, e em saúde mental a pessoa procura no momento que ela se mobiliza, se ela vai entrar numa triagem, muitas vezes a triagem não é no dia que ela chega, muitas vezes ela passa pela triagem e só vai ser atendida no outro mês, isso distância, isso desmobiliza a busca pelo cuidado. Ao passo que a acolhida não, ela é vista, é uma forma de garantir a resposta do cuidado que esta pessoa busca” (Aparecida).

A expressão triagem alude ao interesse de instituição da filtrar quem pode e quem não pode ser atendido ali, enquanto a expressão acolhimento faz incluir a necessidade de “receber”, com a dimensão de acolher os usuários. Embora o ato do acolhimento seja um primeiro contato do usuário com o serviço, também é um lugar de iniciar o tratamento. Segundo Tenório et al. (2000), o acolhimento tem objetivo de

diminuir os efeitos terapêuticos mais imediatos (diminuição da ansiedade, evitação ou indicação de uma internação) e de começar um trabalho subjetivo mais de longo prazo (ao qual a recepção pode convidar ou que ela pode silenciar). Acrescentaria ainda que seus encaminhamentos são mais rápidos e efetivos.

Outro aspecto que demonstra a noção de responsabilização é a busca que os profissionais realizam daqueles usuários faltosos. De acordo com a observação a seguir:

"João após a consulta do dia 21/05/2003 não foi mais ao serviço. Aparecida notou a ausência de João dia 27/05/2003 e telefonou para a irmã pedindo que João fosse ao serviço para conversar e participar das atividades.

João foi ao serviço dia 28/05/2003 e participou da assembléia dos usuários" (OBS2).

Os profissionais do CAPS Castelo ao responsabilizarem pela saúde do usuário utilizam alguns recursos para trazer o usuário para o serviço, principalmente aqueles que são a clientela específica do CAPS, que são os transtornos graves ou severos, que estão em tratamento intensivo. A visita domiciliar é um recurso para buscar estes usuários, como mostro na entrevista do profissional a seguir:

"(...) os intensivos a gente fica mais atenta, pois temos a lista dos intensivos e a gente fica cuidando, se eles não estão vindo, se passa dois dias sem vir, a gente liga ou fazemos algum contato, temos a visita domiciliar agendada duas vezes por semana para isso, para as situações mais críticas e buscar os intensivos" (Moura).

Para facilitar o trabalho de busca dos usuários faltosos, os profissionais dispõem de uma lista que é atualizada semanalmente com os usuários que

fazem parte do tratamento intensivo. A responsabilização dos profissionais não acontece apenas na busca, mas também em saber o porquê do não comparecimento do usuário ao serviço.

"Eu falhei um dia, eu nem me recordava mais, problemas da vida do cidadão, eu não me recordei e não vim, mas hoje achei que era para comparecer e estou aqui (...) mas eu não me recordava que tinha que ter comparecido ontem, mas eu não tive condições de vir, mas vim hoje, e continuo encarando a coisa, porque é para o meu bem estar pleno" (João).

No caso de João, ele ficou com a indicação de participar das atividades diárias do CAPS Castelo, no turno da tarde, para uma ressocialização. Ele reconhece que o tratamento é para sua melhora. O usuário não compareceu ao CAPS Castelo porque teve alguns problemas pessoais, e por não lembrar-se que deveria comparecer no CAPS Castelo. Notei que se a profissional não tivesse buscado João, este não estaria participando das atividades.

Esta noção de responsabilização dos profissionais sobre a saúde do usuário/comunidade proporciona ao profissional e ao usuário uma relação mais próxima de cuidados.

3.4.2 O Encontro do Profissional com o Usuário e a Formação de Vínculo: a busca pela resolutividade das necessidades

Considero o acolhimento como um espaço de encontro entre usuários/trabalhadores da saúde, e sendo uma tecnologia de relação possibilita a interação entre esses sujeitos e o usuário/família, sendo objeto do trabalho em saúde, ou

seja, percebendo o usuário como cidadão que porta necessidades, carências e sofrimentos. Sendo assim, o acolhimento se apresenta como possibilidade de ser uma combinação de autonomia e responsabilização dos sujeitos envolvidos. O acolhimento visa a participação do usuário no processo de escolha do tratamento e intervenções, o que lhe trará mais autonomia sobre a sua saúde.

As tecnologias leves do trabalho em saúde são aquelas que operam criando um modo próprio de governar os processos, construindo seus objetos, recursos e intenções, agindo de uma certa maneira em ato, no espaço intercessor, momento de encontro do trabalhador com o usuário, para a produção de bens-relações.

Retomarei alguns conceitos chaves para iniciar a discussão deste segundo tema, o de escuta, vínculo, humanização e resolutividade das necessidades.

Escutar significa uma disponibilização do profissional de compreender a fala do usuário, não só o que está explícito, mas o que está implícito em seu relato. É também ajudar o usuário a entender o que está sentindo, e aliviar seu sofrimento. A escuta é uma necessidade que toda pessoa tem de se comunicar, de compartilhar seus sentimentos e idéias, pois o homem, como um ser social, estabelece suas relações através da comunicação, que para ser efetiva necessita da escuta.

A escuta como instrumento de trabalho estabelece um espaço de troca de informações. Sendo assim, concordo com Oliveira (2000b), que alguém só pode ser tratado quando tenha sido escutado e seu sofrimento tenha sido entendido. Ainda acrescentaria que esse espaço de relação entre o profissional e o usuário pode contribuir para a o alívio do sofrimento, para o esclarecimento de dúvidas e para o direcionamento inicial do plano terapêutico individual.

O vínculo implica no compromisso da equipe pela saúde com a população da área abrangente. Ele seria um elemento essencial para uma prática da saúde. Nele estaria presente o contrato de cuidados e para este se estabelecer haveria uma negociação (Campos, 1994).

Criar vínculo implica em estabelecer relações mais próximas, com aquela população, que sensibilize os profissionais com o sofrimento do outro. É constituir um processo de transferência³⁹ entre o usuário e o trabalhador, que possa servir para a construção da autonomia do próprio usuário. O profissional ao estabelecer o vínculo sente-se responsável pela vida do usuário, dentro de uma dada intervenção (Mehry, 1994).

A humanização no processo de trabalho em saúde poderia ser uma possibilidade de busca da emancipação do trabalho alienado⁴⁰, mas entendo que por mais que as transformações tenham desumanizado o trabalho em saúde, ele ainda tem como objeto um ser humano, feito de corpo, ossos, músculos, desejos, sentimentos, afetos, subjetividades (Kantorski, 1997).

Nesta pesquisa, o trabalho humanizado está sendo utilizado como o reconhecimento de que existem algumas carências de condições definidas pela organização e implementação do cuidado da saúde da população, tanto por parte da administração pública como da sociedade civil (Baremblytt, s.d). O reconhecimento das condições humanas como necessidades básicas de subsistência (alimentação, moradia,

³⁹ Transferência neste estudo pode ser considerada como a representação e a imagem que o profissional e usuário poriam no lugar realmente ocupado pelo outro, ela aconteceria em qualquer relação entre profissional e usuário, ou seja, transferência seria o modo como um sujeito significa e representa o outro com o qual se relaciona (Campos, 1997).

dentre outros), trabalho, a liberdade de pensamento, de práticas políticas, e, principalmente, neste caso, o cuidado com a saúde, seria importante para uma prática de saúde mais humanizada.

Outro conceito chave que retomo, para a abordagem deste tema, é o de resolutividade. A resolutividade está sendo considerada como a solução encontrada pela equipe de saúde, para as queixas do usuário, colocando à disposição do usuário, toda a tecnologia disponível, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde, para eliminar o sofrimento do usuário (Merhy, 1994).

Esta resolutividade não significa que a necessidade foi totalmente resolvida, pois num curto espaço de tempo não seria possível, mas considero neste estudo, que a resolutividade das necessidades, inclui a maneira como o problema foi tratado ou encaminhado e se este satisfaz o usuário, no sentido de ter aliviado seu sofrimento e dado um determinado seguimento na situação, que viabilize a resolução da necessidade que originou sua busca ao serviço.

Neste sentido, o tema foi abordado através da escuta do usuário e o acolhimento, considerando a construção do vínculo, a humanização do cuidado e a busca pela resolutividade das necessidades.

A escuta mais acolhedora, o atendimento individualizado, o respeito ao outro em sua vida e contexto, têm uma grande importância para os profissionais do CAPS Castelo, tornando o acolhimento, um instrumento de trabalho que viabiliza a humanização do cuidado prestado ao outro.

⁴⁰ Alienação do trabalho acontece quando o homem não se reconhece mais no objeto que o seu trabalho produz, nem este trabalho contribui para o pleno desenvolvimento e a satisfação plena de suas

"Basicamente, o acolhimento (...) é um momento de escuta, e não só da escuta do que ela está trazendo da escuta verbal, mas se trata de uma escuta mais intensa, pois quando a pessoa vem para um serviço de saúde mental, ou qualquer outro serviço, ela vem com essa expectativa de que alguém vai ouvir, vai acolher (...) estar escutando atentamente aquilo que ela está trazendo (...) Então, eu acho que é basicamente o momento da escuta de uma série de coisas, não só do momento onde a pessoa vem e verbaliza as coisas, mas de conseguir escutar tudo que está por trás daquela fala também. Conseguir escutar a história dela, o contexto dela e conseguir fazer uma aproximação (...) com ela de maneira que ela se sinta apoiada ou acolhida no primeiro momento que ela chega no serviço" (Jarau).

Escutar, para a profissional entrevistada, é também buscar a mensagem que o usuário deseja comunicar, além das verbalizações mais imediatas. Segundo Miranda & Miranda (2002), o usuário está sentindo alguma necessidade que o impede de continuar sua vida e busca o profissional, na esperança de ser escutado, para que possa organizar sua vida, mesmo que a resolução dos problemas pareça difícil ou distante.

É através da escuta que o profissional percebe, sente e pensa o sofrimento do usuário, ela também torna a assistência mais integral e humanizada (Souza et al., 2003).

A relação de escuta dos problemas pode ser um momento de ajuda, pois quando se encontra alguém disposto simplesmente a parar e escutar, fica a sensação de que se encontrou alguém interessado no seu problema, e o mero falar sobre o seu problema traz um alívio imediato (Miranda & Miranda, 2002). O falar e ser escutado na visão do usuário traz um alívio de seu sofrimento, e nesta relação de escuta o usuário percebe que suas necessidades estão sendo trabalhadas pelo profissional que o está ajudando, como é possível observar na fala da próxima usuária.

"Me sinto bem, só um pouco angustiada com essa depressão por causa disso, pelos problemas que tenho (...) que preocupam muito (...), mas, pelo que tenho visto, falar ajuda muito as pessoas, as pessoas vêm passam o dia aqui, fazem trabalho e conversam um com os outros e os problemas já vão refletindo um pouco e vão saindo da cabeça. Já o meu caso, não sei se vai ser diferente do que deles ou será igual" (Tudinha).

A usuária reconhece que cada pessoa tem um problema e que nenhum é igual ao outro, percebe as subjetividades envolvidas nas necessidades de cada um dos usuários. Entretanto, Tudinha reconhece que falar sobre os problemas alivia seu sofrimento, se não encontrar soluções pelo menos encontrou esperança.

Rotteli et al (1990) diz que o trabalho terapêutico que esteja voltado para os sujeitos, enquanto pessoas que sofrem, pode talvez não resolver o problema delas, talvez não cure, mas no, entanto, pode cuidar, seguramente.

O acolhimento enquanto tecnologia de relação e tendo como instrumento a escuta, possibilita que o profissional conheça o usuário e o problema que o levou até o serviço. O relato do usuário, a seguir, mostra como ele percebeu o interesse do profissional pelo seu problema:

"(...) parece que Deus me disse: vai lá que tem umas pessoas que vão te ajudar, e que tu tens um coração bom e queres te ajudar! Aí eu cheguei aqui e encontrei umas pessoas boas que conversam com a gente e muda nosso comportamento. Como aquele primeiro dia que cheguei aqui e conversei com a Doutora, ela me encheu de pergunta, me virou do avesso, mas tem que ser assim, tens que falar sobre o que tu sente, teus problemas, para ela te dar uma quase solução, pois não adianta, tu chegar aqui, ela não conversar quase nada contigo e tu voltar com o mesmo problema sem solução para casa. Então se te viram do avesso, tu vai contar tudo que tu tens e ela vai te dar uma quase solução ou uma solução para aquele problema teu. E trabalhando estes problemas (...) tu volta para casa leve e devagar (...)

vai melhorando, pois posso deixar a bebida, mas o problema da cabeça precisa consultar um médico (...) vão me encaminhar para bater eletro da cabeça (...) se preciso mudar de remédio, vão me virar do avesso para ver o que tenho" (Lessa)

Escutar também é trocar informações, descobrir o que o usuário está dizendo nas entrelinhas. Para Ayres (2001), os sujeitos são diálogos e a única experiência que põe cada um em contato com o outro é a linguagem, deste modo o acolhimento não pode ser um monólogo.

Notei, durante as observações, que os profissionais envolvidos com o acolhimento percebem e valorizam (através da escuta) algumas características próprias dos usuários, como relação com a família, relação com as outras pessoas, nível educacional, trabalho e as necessidades que os levaram ao serviço, e que estas características servem de pistas para montar o plano terapêutico individual de cada usuário.

A investigação sobre a relação do usuário e família é importante também para o trabalho do CAPS Castelo, pois o envolvimento da família no tratamento do usuário é de fundamental importância. Os profissionais do CAPS Castelo oferecem um grupo de familiares e todo usuário acolhido precisa ter um familiar responsável. A relação que os profissionais estabelecem com a família dos usuários é necessária, pois, após o usuário sair do CAPS, é para o núcleo familiar que ele volta diariamente.

"(...) para casos mais graves, a gente marque diariamente e peça apoio familiar, também é uma coisa que a gente tem solicitado, que a família venha junto, pelo menos pelos primeiros dias, porque aí tu compromete. Além de comprometer a família no tratamento daquela

pessoa, que não está doente sozinha, ela é porta-voz provavelmente família (...) essa é a forma de tu aproximar mais" (Jarau).

Os profissionais tentam integrar a família no tratamento do usuário, estabelecem uma proximidade de relações entre profissionais/usuário/família, o que proporcionar uma intervenção mais humanizada, pois considera o contexto que o usuário está inserido. Para Hirdes (2000), o mais importante são as demonstrações de que os membros da família podem efetivamente resolver problemas, intervir nas crises e promover a recuperação.

Esta mesma autora coloca que muitos estereótipos são abandonados no momento em que as famílias não são culpabilizadas pela doença do usuário e são tratadas como coadjuvantes no tratamento e na reabilitação, um dos grandes ganhos na inclusão sistemática da família no tratamento.

"Aparecida atendeu o usuário e pediu que este voltasse outro dia acompanhado de um parente (irmã que mora com ele)" (OBS2).

"Vai ser diário para ela (Talapa) e até uma vez por mês, para nósirmos" (Filha de Talapa).

Os profissionais chamam a família para atuar no tratamento do usuário (e atuam também no núcleo familiar) e ao tentar envolver a família no tratamento dos usuários estes deixam de ser objeto de intervenção para assumir o papel de agente transformador de realidade, opinando e participando ativamente das discussões sobre as políticas da saúde mental (Melman, 2001).

Melman (2001) refere que o envolvimento da família no tratamento dos usuários contribui para diminuir as recaídas e o número de internações psiquiátricas dos

pacientes com transtorno mental severo. É importante se trabalhar com as famílias dos usuários, a fim de se resgatar a importância da não exclusão dos usuários do convívio familiar.

Os profissionais podem oferecer suporte tanto para o usuário, quanto para o familiar, para que estes enfrentem as dificuldades no relacionamento com a loucura, o isolamento social, a carência de informações, situações de crise e conflitos familiares.

Segundo Koga & Furegato (1999), a família é uma instituição indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos membros que a constituem, é neste ambiente que seus membros recebem apoio afetivo, psicológico e sobretudo os materiais necessários a seu desenvolvimento e crescimento.

"Jarau não achou que era o momento ainda de falar sozinha com Lalica. Considerou que no estado que Lalica estava, a mãe dava-lhe segurança, mas deixou claro para ela que teria que vir sozinha na próxima consulta"(OBS3).

A familiar pode ser um ponto de apoio para o usuário, Jarau percebeu esta relação de apoio, e não interferiu, mas deixou claro que haveria momentos em que o tratamento individual seria necessário. Este preparo da relação - entender o familiar como o ponto de apoio e que a usuária não estava pronta para estar sozinha na consulta individual - é importante para a construção do vínculo. É através do primeiro encontro entre o profissional que acolhe e o usuário que se pode construir a base de uma relação entre os dois, pois é neste momento que o profissional está conhecendo o usuário e vice-versa (Miranda & Miranda, 2002).

Observei que a construção do vínculo entre os profissionais e usuários aconteceu gradativamente, como consta a seguir:

"Jarau perguntou como era sua relação com a família.

Rosa respondeu que era confusa, pois ela era responsável por tudo, por resolver tudo.

Rosa ainda disse que vivia numa mentira e começou a chorar dizendo que não queria falar sobre isso, que este assunto estava morto e que decidiu que não iria falar mais nisto.

Jarau disse que talvez aquele não fosse o momento, mas um dia Rosa teria que tocar no assunto" (OBS 5)

A profissional teve sensibilidade para tratar das relações familiares de Rosa. Jarau respeitou a vontade de Rosa, compreendeu que a usuária ainda não estava mobilizada para falar do assunto. Segundo Miranda & Miranda (2002), quando o usuário se recusa a aceitar as perguntas do profissional, este fato deve ser respeitado. Em determinadas situações, o profissional deveria arquivar o que viu ou foi falado, para esperar o momento certo, em que o usuário vai estar pronto para abordar o assunto. Neste momento estaria iniciando-se a construção do vínculo.

A construção do vínculo implica na criação de relações que aproximem o profissional dos usuários. Esta relação que pressupõe o vínculo contribui para a sensibilização do profissional com o sofrimento das pessoas e da população. Quando se consegue mudar esse distanciamento, essa perda de relações e contatos, se fortalece o comprometimento dos profissionais com as necessidades de saúde dos usuários (Oliveira, 2003).

Concordo com Campos (1997), quando ele refere que o trabalho em saúde é representado por relações interpessoais todo o tempo. Sendo assim, faço minhas as palavras de Oliveira (2003), pois entendo que os usuários devem ser respeitados

como a outra parte essencial desta relação, ocorrendo assim a qualificação do trabalho em saúde, retomando o potencial criativo do trabalhador em saúde, buscando a centralidade da assistência no usuário e nas suas necessidades, possibilitando a construção do vínculo, tornando o atendimento também humanizado.

Os profissionais percebem que o acolhimento é um momento para a construção do vínculo entre o serviço e os usuários.

"(...) acolher é muito mais que levantar problemas afetivos. É também vincular o usuário ao serviço. É tentar, neste momento, explicar e esclarecer todo o funcionamento" (Moura).

O vínculo neste sentido é um modo de humanizar a relação do profissional e o usuário que possibilitaria o reconhecimento do usuário no seu contexto. A construção do vínculo é um processo lento e contínuo para alguns usuários, que diante do primeiro contato com o serviço podem estabelecer uma relação de confiança.

"Eu não tinha certeza do que ia ser feito aqui, pois aqui me disseram que era para pessoas com psicose, psíquicas, no popular, louco e eu achava que estava entrando nesses parafusos e nessa paranóia. E aqui encontrei as pessoas certas, para me ouvir, pois não tinha com quem falar. Até tinha com quem falar, mas não podia expor os problemas que me afligiam, pois até no primeiro dia, antes de contar o problema que me trouxe, tive que contar o que eu nunca contei para ninguém até chegar aqui. E aí as pessoas aqui me ouviram, na hora certa, que eu já estava entrando em crise profunda, estava mesmo no fundo, já estava perdendo o emprego, tanto que as pessoas do serviço que me ajudaram, pois todos viram que eu não era uma pessoa má, mas tinha problemas, problema este que aqui está sendo resolvido" (Chico).

"O atendimento foi bom (...) me levou a pensar sobre o meu medo, que eu não quis falar e provavelmente não falarei" (Rosa).

Na primeira fala, o usuário precisava conversar com o profissional para contar fatos que não tinha contado para ninguém antes. Ele sentiu que o CAPS era o lugar certo para ser escutado. A relação mais próxima dele com o profissional que o acolheu, e a abertura de um espaço de escuta e trocas possibilitaram ao usuário construir um vínculo com o serviço, mesmo em seu primeiro contato. Falar sobre as necessidades que o levaram a procurar o CAPS Castelo implicaram em revelar segredos, dividir vivências pessoais reservadas e muito preciosas em sua história de vida. A disponibilidade do profissional em escutar e a segurança interna e externa do usuário em expor sua história favoreceram este vínculo.

Na segunda fala a usuária ainda não estava mobilizada para falar de seus problemas. No entanto, durante o trabalho de campo observei que esta mobilização foi acontecendo. Ela foi se vinculando ao serviço à medida que seu tratamento foi avançando.

Em saúde mental a mobilização do usuário para procurar o serviço é fundamental, ou seja, o reconhecimento por parte do próprio usuário de que está sofrendo, não de uma dor física, mas de algo que não consegue compreender e de que necessita de algum tipo de ajuda é de extrema importância.

"(...) procurei o CAPS para ter uma alternativa e não ficar igual a ela (esposa que faz tratamento no CAPS Castelo) ou pior (...) Então procurei com antecedência, que é melhor que procurar depois" (Juca)

O usuário percebeu que necessitava de ajuda, pois não queria que seu estado de saúde ficasse igual ao da esposa. Esta mobilização de procurar ajuda e o

reconhecimento que estava ficando doente é importante para que a negociação do tratamento e o contrato de cuidados sejam estabelecidos.

"(...) eu entendo que a pessoa busca ajuda em saúde mental quando está mobilizado em via de regra, a não ser em situação de crise, mesmo assim é um momento que há indicação. Eu garanto que ela vai ser ouvida, vista, e pensar uma forma junto com o profissional de ser atendida, há no mínimo uma maior aproximação e uma resposta imediata, portanto, mais humanizada" (Aparecida)

Esta forma de pensar junto às intervenções possibilita que o usuário possa praticar sua autonomia. A autonomia do usuário pode ser entendida como sendo a capacidade dos indivíduos e das comunidades de lidarem com suas dificuldades, eliminando-as ou recebendo apoio para reduzir seus efeitos maléficos (Campos, 1997).

Esta relação trabalhador/usuário representa um processo de intercessão que abre um espaço para uma negociação de cuidados, escuta das necessidades, troca de informações, em que há um reconhecimento mútuo de direitos e deveres e um processo de decisões viável para intervenções (Mehry, 1997) .

A combinação da autonomia dos usuários e responsabilização dos profissionais, constrói o vínculo, porque no momento em que um se responsabiliza pela saúde o outro consegue lidar um pouco melhor com suas dificuldades, esta relação aproxima os dois, para um objetivo que é o cuidar da saúde.

Neste sentido quando o sujeito é convidado a falar em nome próprio, é realizado um chamado do sujeito à responsabilidade e, deste modo, acredito que o sujeito é sempre responsável pelos seus ditos, mesmo quando não sabe o que está dizendo. Neste sentido, concordo com Maron (2000), que desresponsabilizá-lo equivaleria a anular seu estatuto de sujeito.

Acredito que o tratamento dos usuários tem como objetivo possibilitar que eles alcancem níveis cada vez mais altos de autogoverno, ou seja, maior autonomia e a capacidade de escolha, de decisão. Um paciente com uma autonomia baixa (transtornos graves e severos) necessita utilizar quase todas as intervenções terapêuticas e ir ao CAPS, diariamente, ao contrário daquele com alto grau de autonomia que poderia ficar num acompanhamento mensal.

Para que esta autonomia do usuário vá se estabelecendo é necessário que haja uma continuidade no tratamento – é a sucessão de eventos após o acolhimento - onde o contrato de cuidados está presente. Nas entrevistas, a seguir, ficou evidenciada a importância do tratamento, enquanto possibilidade de compor uma história, de qualificar a oferta do serviço e de encaminhar o atendimento da necessidade do usuário.

"Pela história da pessoa, pelo tipo de tratamento que ela já fez, pelos processos que ela já passou, pelo nível de gravidade e de persistência de transtorno, é que a gente vai direcionando, dentro daqueles níveis que a gente vê.(...) é uma pessoa que tem um longo tratamento de hospitalizações, de uso de medicação, já introduzir ela num intensivo (...) para a gente poder avaliar, porque o acolhimento não permite que a gente tenha uma noção total, a gente tem uma idéia, mas o que ela precisa mesmo é na continuidade (...)" (Moura)

"(...) naquele momento ela já consegue expor o seu problema, e de uma certa forma já começando alguma coisa em prol de seu tratamento (...) localiza e orienta, e outra coisa, ela não programa, digamos, ela não agenda o seu problema, pois o acolhimento é diário, então ele resolve o problema no dia, naquele momento que a pessoa vem com o encaminhamento e vem buscar ajuda" (Nunes).

A continuidade do acompanhamento do usuário no CAPS Castelo pode ser observada na pesquisa através dos registros no prontuário único, em que constam anotações das intervenções terapêuticas de todos os profissionais. As intervenções nas

oficinas, nos grupos, nas consultas individuais são registradas todas em um mesmo prontuário, para a equipe poder avaliar a evolução dos usuários continuamente e cada profissional acrescenta informações que possam compor um desenho do acompanhamento do usuário no CAPS.

Esta continuidade do tratamento fornece momentos para que outras necessidades dos usuários sejam identificadas e tratadas. Os usuários também percebem que os tratamentos para serem resolutivos possuem uma longa duração, como podemos ver na entrevista a seguir.

"(...) do jeito que eu estou vendo, vão me ajudar, pode demorar, pois é um processo rigoroso, mas como estou vendo, eles vão me ajudar a largar o álcool, pois entrar é fácil e começar a beber. A entrada é larga, mas a saída é um processo longo, tem que te ocupar, pensar, trabalhar em alguma (...)" (Lessa).

O acolhimento é a primeira etapa de uma série de intervenções que ajudam os usuários a entender a sua doença, e a voltar a retomar suas vidas. Estas orientações e explicações aos usuários também possibilitam sua autonomia, pois à medida que este compreende e percebe sua necessidade, ele também poderá utilizar do livre arbítrio com maior segurança e responsabilidade, constituindo-se de seu tratamento

As falas que se seguem remarcam as diferentes nuances que compõem o acolhimento.

"Então é isso, acolher de fato é recepcionar, esclarecer, orientar, se apresentar, mostrar o espaço, enfim tem várias coisas que se faz no acolhimento desde que se detecte que a pessoa se enquadre nos critérios do serviço, senão é uma coisa mais restrita mesmo, até pela questão de espaço" (Moura)

"(...) é um momento onde tu dá uma informação, o que é um CAPS, o que é o sofrimento psíquico, que as pessoas às vezes não sabem, por isso são incompreendidas (...) é um momento educativo de explicar o que é, se a pessoa chega com uma queixa de depressão, é explicar o que é que acontece com ela, para ela se sentir mais tranqüila (...) então o acolhimento é assim fundamental, em todo processo de nosso trabalho não somente dentro do CAPS como fora, a nível de informação para a população (...) quantos acolhimentos a gente já fez (...) e perguntar tu sabes o que é um CAPS, que clientela que atende, que trabalho a gente faz, o que é um transtorno psíquico que tipo de sintoma traz (...) e eu acho que isso aí faz parte daquele todo nosso outro trabalho que é informar, que é batalhar para que o sofrimento mental possa ser visto de uma outra forma" (Jarau).

É possível observar nas falas acima que esta prática é adotada por todos os profissionais e que estas explicações são importantes para os usuários, uma vez que o direito à informação das pessoas assistidas sobre a sua saúde e a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário são alguns dos princípios e diretrizes do SUS.

Jarau ainda ressalta em sua fala uma das características do serviço: o envolvimento de um CAPS com a comunidade, a tentativa de esclarecer o que é um CAPS e qual o trabalho que ele desenvolve. O CAPS desenvolve um trabalho comunitário, humanizado, reintegrador do homem no seu contexto, trazendo uma nova significação individual e social para as pessoas que os freqüentam (Pereira et al., 1998). Alguns usuários citaram não conhecer a finalidade do CAPS, e por isso não procuraram antes, como se vê nas falas a seguir:

"Eu me senti bem aqui, as pessoas não vão debochar ou me discriminar, eu já percebi isso e a discriminação é fundamental para o cara se encolher, se esconder, e se num lugar tu fores discriminado, tu nunca mais volta lá, e aqui, eu ruim, achei ajuda e se Deus quiser vou conseguir" (Chico)

"Quando vim com o Y aqui, para assistir a palestra, eu conheci, vi como era, vi um filme (...) pois quando a gente olha de fora (...) a gente pensa que tem bicho dentro (...) tem um amigo meu que disse 'vai lá vê como é, se tu gostar do lugar, tu te vira pede um encaminhamento para o teu médico e aí tu entra lá para te tratar que as pessoas que a gente conhece são umas boas pessoas, que não vão te amarrar em um pau lá dentro e te deixar preso, porque tu tens um pequeno problema, que se tu não tratar vai agravando que quando tu vê, tu não queres te internar no sanatório e quando tu vê, já estás lá dentro' " (Lessa).

O desconhecimento do trabalho e da finalidade de um CAPS por parte de alguns usuários, levam algumas assimilações com os hospitais psiquiátricos, como a destituição da condição do usuário como sujeito e suas técnicas antigas de tratamento (isolamento, contenção, dentre outras). Mas ao conhecer o tipo de serviço que o CAPS oferece, os usuários relataram que encontraram o lugar certo para procurar ajuda.

Koga & Furegato (1999) referem que a sociedade ao longo de sua história tem isolado os doentes mentais. Este isolamento social propiciou tratamentos, muitas vezes desumanos, como a utilização dos quartos fortes, a indiscriminada utilização de métodos de contenção mecânica e medicamentosa, e tudo isto contribui para a criação de estigmas relacionados aos serviços de saúde mental.

Segundo Pereira et al. (1998), o CAPS ouve os usuários, estabelecendo outra forma de atenção, que visa a mudança de conceitos e de pensamentos cristalizados ao longo da história da psiquiatria, marcados pelo autoritarismo, rigidez de valores e ações.

Os profissionais do CAPS Castelo, na maioria dos acolhimentos observados, em suas orientações aos usuários, explicaram o que é um CAPS e qual a finalidade.

Ao final deste tema se faz necessário descrever como os usuários perceberam os encaminhamentos dados a partir do acolhimento, como apresento nas falas a seguir

"Eu acho que foi encaminhado da maneira que eu estava esperando, porque resolver de uma hora para outra, não pode ser resolvido (...) não consegui resolver em três ano que parei de me drogar, mas eu acho que estou no lugar certo (...) e as pessoas certas, para me indicar e me medicar. Eu acho que estou, graças a Deus, no lugar certo" (Chico).

"Para falar sinceramente, sim, foi uma satisfação, estou me sentindo bem (...) são minhas intenções continuar comparecendo no ambiente. Exatamente para participar das atividades (...) este é um estabelecimento de pessoas que querem o meu bem-estar, normal (...) hoje compareci e vou encarar a coisa" (João).

"Gostei e achei bom. Vou até entrar e participar do grupo de sexta-feira" (Lalica)

"O atendimento aqui é bom, foi como eu esperava, gostei de conversar com a Jarau (...)" (Juca)

"Gostei do atendimento (...) pois a gente vai para consultar em uma coisa que a gente não paga. (...) eu acho que se não fosse eles, eu não tinha força (...) tomara que eu fique boa " (Maria)

"Acho que sim pois quando precisei e dessa fase eu já passei, agora é só esperar" (Talapa).

"O atendimento foi bom, acho que vai me ajudar, por isso que eu vim aqui, para ver se me ajudam a manter fora dos vícios das drogas e álcool (...) achei bom, me ajudou a entender como funciona aqui, me satisfez" (Bonifácio).

A maioria dos entrevistados mostraram-se satisfeitos com os encaminhamentos realizados, reconhecendo que este é o passo inicial do tratamento e que suas necessidades somente serão resolvidas se eles e os profissionais trabalharem

juntos, atendendo a um contrato de cuidados firmando, redefinindo rumos do tratamento, enfim, partilhando decisões e responsabilidades.

Entretanto, percebi que as necessidades em saúde mental são complexas em várias situações, precisando de complementaridade de outros serviços de saúde e que o acolhimento cria os caminhos para a resolução destas necessidades.

"(...) atendida totalmente não está, mas acho que chega lá (...). Acho que foi o procedimento correto, tratar primeiro o emocional e agora eu vou passar para o médico neurologista para ver o que são estas lesões no corpo, procedimento normal (...). Acho que no primeiro dia que estive aqui foi uma boa (...) queria que até uma outra pessoa viesse aqui, pois este serviço iria ajudá-la também" (Rosa)

"O doutor vai marcar uma consulta (...), não consigo dizer o nome, de cabeça, neurologista, para ver se eu fico com o mesmo remédio ou troco (...)" (Lessa).

Os relatos dos usuários demonstram que em determinadas circunstâncias há necessidade de encaminhamentos para outros serviços especializados, reforçando que o cuidado em saúde necessita de todas as tecnologias leve, leve-duras e duras para se atingir um cuidado integral.

De acordo com Merhy (1994), ter uma ação resolutiva não se limita a ter apenas uma conduta clínica, consiste também em oferecer possibilidades de usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. Todo este conjunto de ações deve trazer benefícios e satisfação ao usuário. Este deve sair do serviço, certo que foi feito tudo para resolver seu problema e que a equipe de saúde está interessada na sua melhora.

Todos os usuários, como já foi apresentado no fluxograma, saíram do CAPS Castelo com os seus encaminhamentos e foram assistidos em prazos que variaram de um a vinte e três dias.

Alguns cuidados em saúde também possuem dimensões sociais como é possível perceber nas falas a seguir:

"Eu estou me sentindo melhor, agora vou conversar com a psicóloga para ver o que ela vai dizer do meu problema, ela vai marcar uma hora para conversar(...) O psiquiatra (...) disse que a pessoa tem que se tratar para ver se consegue um serviço, aí ele me encaminhou para a assistente social, disse que iria marcar uma hora com ela (...)" (Tudinha)

A usuária estava desempregada e uma de suas necessidades era a aquisição de um benefício para poder sustentar seu filho. A questão social da usuária interfere em seu tratamento, sendo assim, a equipe encaminhou para a assistente social a fim de avaliar a viabilidade de concessão de benefício e documentação necessária a esta solicitação.

O que observei é que cada usuário tem uma necessidade, que podem ser semelhantes, mas não serão as mesmas, a atenção necessita ser diferenciada para cada usuário, pois estes têm problemas diferenciados. Sendo assim, concordo com Merhy (1997) que o profissional pode exercer uma certa autonomia, como portador de saberes tecnológicos para enfrentar os problemas de saúde, para desenhar as intervenções de acordo com as opções tecnológicas disponíveis e ainda é necessário que se entenda que cada sujeito possui uma necessidade própria, que pode ser complexa ou não, e os profissionais de saúde deveriam dispor de todos os aparatos para tentar resolvê-la.

Percebi como os problemas de saúde, muitas vezes, se apresentaram, de forma complexa (Schraiber & Mendes Gonçalves, 1996), uma vez que os problemas apresentados foram diversos, comuns, mas imprevisíveis.

O fato de poder olhar para estes problemas ou necessidades que alguns destes usuários enfrentam, pode mostrar o quanto a saúde é complexa, o quanto “*os profissionais dos serviços de saúde devem ser sensíveis a estes contextos, pois é isto que nos faz perceber, enquanto profissionais, que as pessoas quando nos procuram trazem consigo sua vida e não somente uma queixa*” (Oliveira, 2003, p.71).

Segundo Peduzzi (2000), o trabalho em saúde pensa na obtenção de resultados dos problemas de saúde de uma demanda social que muitas vezes traz consigo problemas ou necessidades muito particulares e de extrema complexidade, por envolverem determinantes variados. Por isso, é necessário que essa equipe esteja, permanentemente, questionando e repactuando sua lógica de trabalho, considerando a situação de saúde com a qual cuida e tem responsabilidades (Peduzzi, 2000).

Por isso, é importante que os profissionais de saúde pensem em uma concepção de saúde mais ampliada, que compreenda um conjunto de fatores individuais e coletivos, inter-relacionados num processo dinâmico, que abarque dimensões sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas, biológicas, psicológicas, e sociais pensando na possibilidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas (Peduzzi, 2000).

Assim, analisando as falas, notei que a humanização, a escuta, a construção do vínculo e a resolutividade das necessidades deveriam se complementar para que o trabalho em saúde seja mais eficaz na construção de um modelo assistencial usuário-centrado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo caberia dizer “*Decifra-me ou te devoro*”, mas por quê? Porque o trabalho em saúde é assentado sobre as relações humanas e nestas há sempre um jogo de interesses entre o usuário/profissional/serviço de saúde. E também pela complexidade que envolve o processo de trabalho em saúde, pois isto significa discutir as práticas realizadas pelos profissionais. Desta forma apresentarei uma síntese das questões discutidas a partir dos dados e relacionando com os meus pressupostos e objetivos.

O objeto de estudo desta pesquisa foi o acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes em Pelotas. A coleta de dados foi realizada através da observação dos acolhimentos e de entrevistas dos profissionais que o realizam e dos usuários acolhidos que pertenciam à área de abrangência da CAPS Castelo.

Através dos dados colhidos realizei uma apresentação do CAPS Castelo, a constituição de sua equipe, quais são as atividades e atendimentos oferecidos à população, sua estrutura física e quais as características de sua demanda.

Também, através dos dados colhidos, apresentei os profissionais que realizam o acolhimento, quem são, quanto tempo de formação, como cada um realiza o

acolhimento. Com estes dados pude identificar quem acolhe, como acolhe, para que acolhe, por que acolher, quem acolher. Os usuários foram apresentados através da idade, de onde vieram encaminhados, qual a necessidade que o levou a procurar o CAPS Castelo. Estes dados foram necessários para conhecer quem são, a área de abrangência a qual pertencem e por que procuraram o serviço.

Estes dados ajudaram a montar o fluxograma do acolhimento do CAPS Castelo e através dele identifiquei como é a entrada e a recepção do usuário, como foi a decisão das intervenções – quais as necessidades que são demanda do CAPS – qual as intervenções oferecidas e escolhidas, e como foi à saída do acolhimento do usuário.

A análise dos dados foi organizada a partir de dois temas: **A Organização do Trabalho no CAPS Castelo e O Encontro do Profissional com o Usuário e a Formação de Vínculo: a busca pela resolutividade das necessidades.**

Neste recorte discuti e analisei como está sendo organizado o trabalho no CAPS Castelo, o processo de trabalho e como os profissionais utilizam os recursos terapêuticos disponíveis do serviço.

O acolhimento apresentou-se como um organizador do trabalho dentro do CAPS Castelo e um impulso para a mudança do modelo assistencial centrado na doença para outro, que ainda está sendo construído, centrado no homem, levando em conta toda sua subjetividade. Além de possibilitar a inversão da assistência centrada nas tecnologias leves duras e duras, para uma assistência centrada nas tecnologias leves e leves duras.

O CAPS Castelo possui profissionais responsáveis pelo acolhimento dos usuários, e estes percebem o acolhimento dentro de seu processo de trabalho, como um espaço de escuta e de troca de humanização. Existe o preenchimento de fichas,

normas, protocolos, roteiros, mas estes aspectos burocráticos, na maioria das vezes, não impediram o acolhimento do usuário. O que confirma que o acolhimento pertence ao “Campo de Saberes” e é responsabilidade de todos os profissionais.

O CAPS Castelo possui um roteiro de acolhimento, mas este não é usado rigidamente pelos profissionais, notei que esta tecnologia dura que poderia transformar o trabalho em trabalho morto não aprisiona os profissionais, eles lançam mão das tecnologias leves e leve duras para estabelecerem uma relação mais próxima e humanizada com o usuário, estando presente o trabalho vivo.

Entretanto, durante as paralisações ocorridas no período da coleta de dados, os profissionais tiveram consultas remarcadas e outras foram antecipadas, e com isso o excesso de trabalho dos responsáveis pelo acolhimento aprisionou o trabalho vivo, em alguns momentos. Nestes casos, o roteiro do acolhimento foi utilizado e preenchido, o profissional não pôde disponibilizar-se totalmente para a escuta das necessidades dos usuários.

A acessibilidade e a estrutura física do CAPS Castelo, também se mostraram importantes para estar analisando o acolhimento. A regionalização possibilita que o CAPS Castelo se responsabilize pela saúde da população de sua área adscrita, organizando a demanda.

Outro aspecto que gostaria de destacar refere-se à divisão social do trabalho e das atividades do CAPS Castelo (trabalho manual e trabalho intelectual). Os profissionais da recepção não se envolvem no acolhimento, estes ficam restritos apenas a preencher os dados pessoais da ficha de acolhimento. Já os profissionais técnicos responsáveis pensam, realizam, elaboram, definem, participam de todas as etapas do trabalho em saúde. Entretanto, os recepcionistas, quando o usuário possui

encaminhamento para outro CAPS, não “barram” a entrada do usuário no serviço, primeiro consultam o profissional responsável pelo acolhimento.

Outra questão importante para a organização do CAPS Castelo que poderia ou não capturar o trabalho vivo e dificultar o acolhimento foi a necessidade de encaminhamentos. Mas o que notei é que esta norma de disponibilização do atendimento não é rígida, quando necessário (caso de crise), esta exigência é dispensada. Isto faz com que o trabalhador de saúde possa realizar o trabalho vivo, pois este não foi capturado pelo morto (normas e rotinas), e sendo assim acolhe de fato o usuário.

O espaço físico apresentou-se acolhedor, o acolhimento é realizado nas salas de atendimento individual, são privativas, sem muitos ruídos, o CAPS Castelo possui uma estrutura bastante acolhedora. Considerei que a apresentação do espaço físico, dos profissionais que trabalham no CAPS Castelo e dos usuários que estão em tratamento intensivo, ao usuário que foi acolhido e ficou com indicação de atendimento diário no CAPS Castelo, foi um aspecto importante para o seu acolhimento. É neste momento que percebi que os profissionais estabelecem uma relação mais próxima com o usuário, iniciando a construção do vínculo entre usuário/profissional/serviço.

O acolhimento agiliza os atendimentos, ele acaba com as chamadas “filas de espera”, as consultas para os profissionais são marcadas o mais breve possível, mesmo que muitas vezes ultrapasse o número de atendimentos estipulados para o dia. Este cuidado faz com que o usuário não perca o vínculo que começou a ser construído.

No que se refere ao acolhimento e sua relação com a acessibilidade ao serviço evidenciei a definição de critérios de seleção dos usuários (casos graves e severos) para utilizar o CAPS. Notei a necessidade do atendimento da rede de saúde e

social de apoio ao CAPS, pois casos que poderiam ser atendidos na atenção primária são encaminhados ao CAPS e apesar dos usuários serem acolhidos, estes usuários são devolvidos à rede básica. Acredito que a Atenção Primária tem potencialidades para atender a demanda de usuários com transtornos leves, e para isso seria necessário uma educação continuada de saúde mental para estes profissionais da rede básica.

No segundo tema discuti e analisei as relações entre o profissional e o usuário e como este pode ser humanizado, formador de vínculo entre usuário/profissional/serviço e a escuta. Também apresentei como foi a busca pela resolutividade das necessidades dos usuários.

Notei que o trabalho em saúde consiste em relações interpessoais todo o tempo e é através da escuta que os profissionais do CAPS Castelo percebem, sentem e pensam o sofrimento do usuário, e com isso a assistência torna-se mais integral e humanizada. Os usuários percebem que falar e ser escutado traz alívio de seu sofrimento, e nesta relação de escuta, o usuário sente que suas necessidades estão sendo trabalhadas pelo profissional, que será uma forma de ajuda.

Notei, também, durante as observações, que a relação do usuário com a família é um aspecto importante para o CAPS Castelo. Esta relação do usuário e família é importante também para o envolvimento da família no tratamento do usuário. Os profissionais do CAPS Castelo oferecem grupos (grupo de familiares de prevenção de recaídas, grupo de usuários e familiares e grupo de familiares) e todo usuário acolhido precisa ter um familiar responsável. A relação que os profissionais estabelecem com a família dos usuários é necessária, pois, após o usuário sair do CAPS, é para o núcleo familiar que ele volta diariamente.

Outro aspecto relevante das relações é a construção do vínculo, pois este implica na criação de relações que aproximem o profissional dos usuários. Esta relação sensibilizaria o profissional com o sofrimento das pessoas e da população. Os profissionais do CAPS Castelo procuram ter esse olhar mais abrangente sobre o contexto da vida do usuário. Percebi que a construção do vínculo é um processo lento e contínuo para alguns usuários, e que diante do primeiro contato com o serviço podem iniciar uma relação de confiança.

A continuidade do tratamento também apareceu como uma forma de estabelecer o vínculo e desenvolver o autocuidado do usuário. A continuidade no CAPS Castelo pode ser observada pela existência de um único prontuário com anotações das intervenções terapêuticas de todos os profissionais. As intervenções nas oficinas, nos grupos, nas consultas individuais são feitas todas num mesmo local, para a equipe poder estar avaliando o grau de autonomia do usuário e identificar outras necessidades dos usuários.

Observei que o acolhimento é a primeira etapa de uma série de intervenções, que ajudaram os usuários a entender a sua doença, e a voltar a ter qualidade de vida e que as orientações e explicações aos usuários também possibilitam sua autonomia, pois à medida que este compreende e percebe sua necessidade, ele aceitará as intervenções. Os profissionais na maioria dos acolhimentos orientaram e explicaram aos usuários o que era um CAPS e o que significava o conjunto de sinais, sintomas, sentimentos, problemas que eles estavam apresentando.

Em relação aos encaminhamentos e a busca pela resolutividade das necessidades, a maioria dos entrevistados gostaram dos encaminhamentos, reconhecendo que este é o passo inicial do tratamento e que suas necessidades somente

serão resolvidas se eles e os profissionais trabalharem juntos cumprindo o contrato de cuidados firmado. Percebi também que as necessidades são complexas, exigindo em muitas situações a complementaridade de outros serviços de saúde e que o acolhimento cria os caminhos para elas serem resolvidas. Os usuários necessitaram de encaminhamentos para outros serviços especializados, isto mostra que o cuidado em saúde necessita de todas as tecnologias leve, leve-duras e duras, para se atingir um cuidado integral.

Um dos pressupostos deste estudo foi que **o acolhimento teria potencialidades para organizar o processo de trabalho em saúde da equipe interdisciplinar transformando o serviço em usuário-centrado, e disponibilizando um atendimento mais eficiente**. Este pressuposto se confirmou, pois o serviço é organizado de uma forma que o usuário saia com um encaminhamento do acolhimento no sentido de atender a necessidade que o levou ao serviço e as consultas são marcadas o mais breve possível, para aproveitar o momento que ele está mobilizado em procurar ajuda.

O acolhimento do CAPS Castelo mostrou-se como uma estratégia para organizar os serviços de saúde de forma que sejam usuário-centrados, ou seja, no eixo da organização do trabalho esteja o usuário, neste sentido o acesso, a integralidade das ações, a resolutividade das necessidades.

A equipe de acolhimento do CAPS Castelo garante o acesso universal, resolutivo e humanizado, assim como, confirma a lógica do trabalho interdisciplinar. Percebi que esta equipe possui toda uma tecnologia assistencial voltada para a escuta e o encaminhamento das intervenções terapêuticas.

O outro pressuposto deste estudo foi que **o acolhimento poderia estabelecer relações de proximidade entre o profissional/usuário, em que a escuta deveria estar presente, e de modo que este espaço possibilitasse a transformação do usuário em um co-responsável por sua saúde, contribuindo assim para a construção de sua autonomia e cidadania.** Este pressuposto também foi confirmado através das observações e entrevistas. Percebi que o usuário ao chegar no serviço, procura algum profissional que o escute, que esteja empenhado em atender as suas necessidades, que o ajude a compreender seus sentimentos, que como a própria palavra diz o acolha. Este encontro/relação entre o profissional/usuário torna-se mais humanizado no momento em que o profissional se disponibiliza a escutar o usuário e começa a construir o vínculo. A escuta mostrou-se importante, pois ela valoriza a fala do usuário, é uma forma de alívio imediato do problema para o usuário.

A autonomia do usuário foi possibilitada no momento da escolha das intervenções, pois o estabelecimento do contrato de cuidados é um momento importante para o usuário praticar sua autonomia, pois acredito que o objetivo do tratamento é possibilitar ao usuário alcançar níveis mais altos de autonomia e de capacidade de escolha, sendo assim o contrato de cuidados é um meio para criar estes graus de autonomia.

O objetivo geral desta pesquisa foi **analisar o processo de acolhimento do usuário que busca atendimento num Centro de Atenção Psicossocial.** E o objetivo específico foi **analisar o acolhimento do usuário do Centro de Atenção Psicossocial no processo de trabalho em saúde em seus diferentes momentos: entrada, recepção, decisão de oferta, intervenção terapêutica e saída.** Ambos foram alcançados, pois, através do fluxograma do acolhimento dos usuários,

pude identificar e analisar a organização do serviço, a partir do acolhimento e as relações que se estabelecem entre usuários e profissionais durante o acolhimento.

Assim, ressalto a relevância deste estudo, pois o mesmo contribui para a organização dos serviços de saúde mental a fim de estabelecer uma possibilidade de atenção integral, centrada no usuário, e que possibilite o encaminhamento mais resolutivo da necessidade do usuário. Também contribui para o estudo mais aprofundado do acolhimento enquanto tecnologia de relações, e a possibilidade de utilizar mais as tecnologias leves e leve-duras no trabalho em saúde.

Sendo assim, acredito que este estudo possa ajudar a equipe do CAPS Castelo e outros serviços de saúde mental a olhar para suas práticas assistenciais, na busca de desenvolver as potencialidades do acolhimento, enquanto uma das estratégias de reversão do modelo assistencial. Outra contribuição bastante importante se refere ao convite para algumas reflexões sobre o trabalho em saúde, para que os serviços de saúde mental possam praticar uma assistência acolhedora, humanizada, que escute as necessidades do sujeito, oferecendo a oportunidade de autonomia, autocuidado e cidadania.

5 ANEXO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E
CIÊNCIAS HUMANAS
ANEXO A
DISTRIBUIÇÃO NAPS/CAPS EM FUNCIONAMENTO - BRASIL 2001

Incluídos serviços não credenciados

Excluídos serviços com configuração diversa da de
CAPS Total 295

Fonte: Coordenadores Estaduais de Saúde Mental -
Outubro -2001

Mapa de Saúde Mental em Pelotas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIATRICA E
CIÊNCIAS HUMANAS
ANEXO D

Ilmo(a) Sr(a) Coordenador(a)

Na qualidade de Enfermeira aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho, respeitosamente, solicitar autorização para o desenvolvimento do projeto de mestrado.

Em anexo a este documento encontra-se uma cópia do projeto, onde constam os dados necessários para sua apreciação e posterior aprovação.

O estudo tem por objetivo analisar o processo de acolhimento do usuário que busca atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial. A orientadora do trabalho é a Prof^a.Dr^a.Luciane Prado Kantorski.

Serão garantidos os sigilos, o anonimato, o respeito a todos os sujeitos envolvidos e à instituição em estudo.

Com o intuito de vivenciar a realidade dos Centros de Atenção Psicossocial, optei pelos Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes Neto, acreditando que corresponderá às minhas expectativas quanto ao estudo e como enfermeira.

Certa de contar com sua habitual atenção, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Valéria Cristina Christello Coimbra

Local e Ciente. De acordo:

Data: _____, _____ de _____ de 2002.

Assinatura do (a) Coordenador (a): _____

ANEXO E

Consentimento para a Observação

Prezado (a) Sr (a): _____

Venho por meio deste, solicitar sua participação na pesquisa “O Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial” que tem como objetivo analisar o processo de acolhimento do usuário em busca de atendimento no Centro de Atenção Psicossocial, gerando melhoria na assistência a saúde

Solicitamos a sua permissão para que o ato do acolhimento, assim como as intervenções terapêuticas escolhidas sejam observadas. Sendo esta observação transcrita, para que possamos a partir dos dados analisar o processo de acolhimento em todas suas etapas (entrada, recepção, decisão de terapêutica, intervenção terapêutica e saída do usuário do serviço).

Será garantida resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao trabalho, a liberdade de desistir da participação, em qualquer fase da pesquisa; serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho, bem como dos resultados. Considerando os princípios éticos, acima descritos, e caso queira participar como sujeito do estudo assine o consentimento abaixo:

Através do presente consentimento livre e esclarecido declaro que fui informado (a), de forma clara dos objetivos, da justificativa e da forma em que o trabalho será conduzido. Fui igualmente informado (a):

- da garantia do sigilo e anonimato;
- da garantia do respeito à privacidade;
- do direito de acesso aos dados coletados, bem como esclarecimentos necessários;
- do direito de desistir do estudo quando assim o desejar;
- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionadas ao trabalho;
- enfim de todos os preceitos éticos-legais durante e após o término do trabalho.

Dra. Luciane Prado Kantorski
Professora da Faculdade de Enfermagem
e Obstetrícia da Universidade Federal de
Pelotas. Orientadora

Enf. Valéria Cristina C. Coimbra Pós-
graduanda do Departamento de
Enfermagem Psiquiátrica e Ciências
Humanas da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP.
Pesquisadora do Projeto

Local e Data: _____, ____ de _____ de 2003.

Assinatura do participante: _____

ANEXO F

Consentimento Livre e Esclarecido do Participante

Prezado (a) Sr (a): _____

Venho por meio deste, solicitar sua participação na pesquisa “O Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial” que tem como objetivo analisar o processo de acolhimento do usuário em busca de atendimento no Centro de Atenção Psicossocial, gerando melhorias na assistência a saúde.

Solicitamos a sua permissão para que as entrevistas sejam gravadas, transcritas para que possamos a partir dos dados analisar o processo de acolhimento.

Será garantida resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao trabalho, a liberdade de desistir da participação, em qualquer fase da pesquisa; serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho, bem como dos resultados. Considerando os princípios éticos, acima descritos, e caso queira participar como sujeito do estudo assine o consentimento abaixo:

Através do presente consentimento livre e esclarecido declaro que fui informado (a), de forma clara dos objetivos, da justificativa e da forma em que o trabalho será conduzido. Fui igualmente informado (a):

- da garantia do sigilo e anonimato;
- da garantia do respeito à privacidade;
- do direito de acesso aos dados coletados, bem como esclarecimentos necessários;
- do direito de desistir do estudo quando assim o desejar;
- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionadas ao trabalho;
- enfim de todos os preceitos éticos-legais durante e após o término do trabalho

Dra. Luciane Prado Kantorski
Professora da Faculdade de Enfermagem
e Obstetrícia da Universidade Federal de
Pelotas. Orientadora

Enf. Valéria Cristina C. Coimbra Pós-
graduanda do Departamento de
Enfermagem Psiquiátrica e Ciências
Humanas da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP.
Pesquisadora do Projeto

Local e data: _____, ____ de _____ de 2003.

Assinatura do Participante: _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIATRICA E
CIÊNCIAS HUMANAS
ANEXO G

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

O Serviço

Quanto à estrutura física do serviço:

- ❖ Números de salas e distribuição;
- ❖ Privacidade
- ❖ Ruídos
- ❖ Iluminação e limpeza

Quanto ao trabalho:

- ❖ Oferta de atendimentos
- ❖ Assistência intensiva, semi – intensiva ou não-intensivo

Quanto aos profissionais:

- ❖ Quem são os profissionais
- ❖ Envolvimento com o serviço
- ❖ Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência de reúnem)

Quanto ao funcionamento do serviço

- ❖ Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário, entre outros)
- ❖ Cronograma de atividades

Quanto aos usuários:

- ❖ Quem são os usuários
- ❖ Participação dos usuários e família
- ❖ Relação com a equipe

❖ Envolvimento com o serviço

Ato do acolhimento

Profissional (is) que realizou (aram) o acolhimento

Sala de atendimento

Privacidade

Identificação do problema que levou a procurar o serviço

Relação usuário e profissional

Escuta

Exame físico e psíquico

Uso de roteiro

Uso de normas do serviço (rígida ou não)

Conduta do profissional frente ao caso

Como o usuário recebeu o atendimento

Quais as intervenções oferecidas ao usuário

Como utiliza os recursos disponíveis no serviço

Agendamento

Próximo atendimento

A intervenção terapêutica (a sequência do acolhimento)

Como o usuário foi recebido

Relação do profissional com o novo usuário

Recebeu informações necessárias sobre a intervenção

Como o usuário recebeu esta intervenção

Aceitação da intervenção pelo usuário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIATRICA E
CIÊNCIAS HUMANAS
ANEXO H

Acolhimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Usuário	Juca	João	Lalica	Juca	Rosa	Tudinha	Maria	Tanásia	Talapa	Lessa	Bonifacio
Data	19/05	19/05	20/05	20/05	20/05	23/05	23/05	26/05	27/05	27/5	03/06
Sexo	M	M	F	M	F	F	F	F	F	M	M
Idade	33	55	17	68	43	37	55	52	57	26	34
Tempo de espera ¹	32'	20'	1h 25'	30'	50'	33'	51'	1h03'	36'	43'	1h22'
Tempo recepção	3'	5'	3'	3'	4'	5'	5'	3'	4'	8'	6'
Tempo de Acolhimento	30'	7'	35'	35'	27'	25'	32'	20'	23'	36'	11'
Tempo da consulta ²	30'	Não	40'	não	39'	21'	não	Fora de area	23'	16'	não
Tempo total	1h35'	42'	2h43'	1h08'	2h	1h24'	1h28'	1h26'	1h26	1h43'	1h39'
Turno de acolhimento	M	M	T	T	T	T	T	T	M	M	T
Profissional que acolheu	Aparecida	Aparecida	Jarau	Jarau	Jarau	Moura	Moura	Moura	Nunes	Aparecida	Jarau

¹ Tempo de espera apenas para ser acolhido

² Tempo da primeira intervenção terapêutica (consulta com psiquiatra ou psicóloga)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIATRICA E
CIÊNCIAS HUMANAS
ANEXO I

Entrevista do Profissional

Nome: Idade: Profissão:

Quanto tempo trabalha na área de saúde mental:

Tempo de formação:

Data:

Horário:

1. O que você entende por acolhimento? Qual a finalidade do acolhimento?
2. Como você percebe o acolhimento no seu processo de trabalho?
3. Você utiliza todos os recursos terapêuticos disponíveis no serviço? Quais os critérios que você estabelece para o oferecimento dos recursos disponíveis ao usuário.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIATRICA E
CIÊNCIAS HUMANAS
ANEXO J

Entrevista do Usuário

Nome: _____ Escolaridade: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Data do primeiro atendimento (acolhimento): _____

Horário: _____

Outros atendimentos encaminhados (agendamento): _____

Profissional que acolheu: _____

Por que procurou o serviço: _____

1. Você foi encaminhado de acordo com sua expectativa? Você considera que a necessidade que o levou a procurar o serviço foi atendida?

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D. S. N.; SEIDL, E. F.; SCHECHTMAN, A.; SILVA, R. C.. Reestruturação da atenção em Saúde Mental: Situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P.(org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.p.195-201.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AYRES, J. R. C. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

BAREMBLITT, G. **Que se entende por humanidade e humanização?** Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari – Fundação Gregório F. Baremlitt, s.d /mimio/.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec,1996. p. 155-158.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. BEZERRA JR, B.; AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.p.71-90.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.41-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redação final do substitutivo do senado ao projeto de Lei da Câmara nº 8 de 1991 (nº 3657, de 1989)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. **Legislação em saúde mental**. Brasília: Ministério Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUENO, W. S. Betim: construindo um gestor único Pleno. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 169-195.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

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

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito:** por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas, 1997b. /mimeo/.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORBISIER, C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: BEZERRA JR, B.; AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.p. 9-15.

COREN-RS. **Código de ética dos profissionais de enfermagem e legislação.** Cap. IV, art.35 e 37, Porto Alegre, 1997.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p.51-66.

DARON, V. L. P. Acolhimento, cuidado e luta em defesa da vida: marca feminina do controle social do SUS (relato da experiência do MMTR-RS em parceria com a SES-RS).

Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n.23; p. 96-105. dez. 2001.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; HOFFMANN, C.; WEBER, R.; PORTO, K.; LOBO, C. O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil: panorama da última década.

In: **III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 2001.

FAGUNDES, S. Saúde Mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA JR, B.; AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 57-68.

FEIX, R. **Atenção Primária à Saúde:** conceituação e evolução histórica. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, s.d. /mimeo/.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

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. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T; PANIZZI, M. O “acolher Chapecó” e a mudança do processo de trabalho no programa saúde da família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA DA ABRASCO, 7., 2003, Brasília. **Anais...**Brasília: ABRASCO, 2003. v.1, p 46.

FREIRE, F. H. M. A. A reorientação do novo modelo assistencial em saúde mental: as portarias como instrumentos de regulação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE

COLETIVA DA ABRASCO, 7., 2003, Brasília. **Anais...**Brasília: ABRASCO, 2003. v.1, p 885.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial – CAPS. In: PITTA, A. M. F. (org) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitc, 1996. p. 33-47.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.67-80.

HIRDES, A. **Centro comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial**. [dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

IBGE. **cidades@(pelotas-rs)**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2002.

KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde algumas reflexões preliminares. **Revista Latino-Americana**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 05-15. abril. 1997.

KANTORSKI, L. P.; MACHADO, A. T.; OLIVEIRA, C. A. Centro de Atenção Psicossocial – Reinventando o cuidado em Saúde Mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 233-243, jan./abr. 2000a.

KANTORSKI, L. P.; CAVADA, C.; OLIVEIRA, C.; HAUFFEN, F. Serviço de Atenção Diário de Saúde mental – um espaço de diálogo entre a universidade e os serviços. **Revista da Saúde**, URCAMP, Bagé, v. 4, n.1, jan./jun. 2000b.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobre carga familiar. In: LABETE, R. C. (org). **Caminhando para assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p 363-375.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-49, jun. 1995.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 161-168, abr./jun. 1999.

LEVCOVITZ, S. Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. In: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro. v. 4, n.17, p.21-29. 2000.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MALTA, D. C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set./dez. 2000.

MARON, G. Grupos de recepção: interrogando (n) os grupos. In: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro. v. 4, n.17, p.47-58. 2000.

MATUMOTO, S. **O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 226 p. Dissertação [mestrado]-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. São Paulo: Escritus, 2001.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAUJO, E. C.; CARDOSO, M. R. L. Distritos sanitários: conceitos chaves. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito sanitário: o processo de mudança da prática sanitária do sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p.159-185.

MENDES, E. V. A implantação dos sistemas integrados de serviço de saúde. In: VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MENDES, E. V.; MAMEDE, S. **Apostila da disciplina modelos de atenção à saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP)**. Ribeirão Preto, 2001. p. 41-60 /mimeo/.

MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: Processo de trabalho e necessidades. **Caderno CEFOR**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.

MÉNDEZ, E. **Cooperação entre Pelotas e Província de Piemonte – Itália - Universidade de Turim - rede de cuidados em saúde mental em Pelotas: urgências e emergências**. Pelotas: Prefeitura Municipal, 2003a /mimeo/.

MÉNDEZ, E. **Saúde mental na população de Pelotas: em busca da saúde integral**. Pelotas, 2003b. /mimeo/.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferencias de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 80-83, 1991.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços da saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos

do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L. C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E. E. Em busca do Tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 6, p. 109-116, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte In: MINAYO, M. C. S.(org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-29.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 6. ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 2002.

MONTEZUMA, M. Transferência e encaminhamento na instituição de saúde mental. In: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro. v. 4, n.17, p.117-123. 2000.

OLIVEIRA, C. **O cuidado em saúde mental em um serviço de atenção diária**. 2000a. 39p. Monografia [conclusão de curso]-Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

OLIVEIRA, R. C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. In: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro. v. 4, n.17, p.30-46. 2000b.

OLIVEIRA, M. M. **A Prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto-SP**. Ribeirão Preto, 2003. 139p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PEDUZZI, S. A. **O enfermeiro no PSF**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2000.

PELOTAS. Secretaria Municipal da Saúde e Bem Estar. **Folder Saúde Mental**. Pelotas: Prefeitura Municipal, 2001.

PEREIRA, M. A.; LIMA, M. G. P.; SILVA, M. S.; SILVA, M. S. A assistência psiquiátrica sob o ponto de vista do doente mental: antes e depois da reforma psiquiátrica. In: LABETE, R. C. (org). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 93-105.

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n 12, p. 647-654, dez. 1994.

PITTA, A. M. F. SILVA FILHO, J. F.; SOUZA, G. W.; LANCMAN, S.; KINOSHITA, T.; CAVALCANTI, M. T.; VALENTINI, W. H. Determinantes da qualidade de serviços de

saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**. v. 44, n. 9, p. 441-452, 1995.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje. In: PITTA, A. M. F. (org) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitc, 1996. p. 19-26.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Guia de saúde Mental**. Porto Alegre, 2001.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desintitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F.; FRANCO, R. LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. **Desintitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR, B.; AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.41-55.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.150-154.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional Universitária**. São Paulo. v.9, n.1, p.26-31. jan./abr.1998.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B.

(org). **Saúde do adulto**: Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SILVEIRA, D. P. Da escuta ampliada nos serviços de saúde: por novos olhares em torno do sofrimento psíquico na rede básica de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA DA ABRASCO, 7., 2003, Brasília. **Anais...**Brasília: ABRASCO, 2003. v.1, p 840.

SIQUEIRA, A. A escuta com base de intervenção do assistente social na saúde mental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA DA ABRASCO, 7., 2003, Brasília. **Anais...**Brasília: ABRASCO, 2003. v.1, p 833.

SOUZA, R. C.; PEREIRA, M. A.; KANTORSKI, L. P. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 92-97. jan/abril. 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção In: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro. v. 4, n.17, p.79-91. 2000.

TENÓRIO, F.; OLIVEIRA, R.; LEVCOVITZ, S. A importância dos dispositivos de recepção. In: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro. v. 4, n.17, p.7-14. 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. 1987.

YASUI, S. A reforma psiquiátrica e a transição paragnática. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA DA ABRASCO, 7., 2003, Brasília. **Anais...**Brasília: ABRASCO, 2003. v.1, p 151.