



DÁRCIO TADEU MENDES

**ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DE
PROFISSIONAIS QUE VIVENCIAM A PRÁTICA**

**CAMPINAS
2014**



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

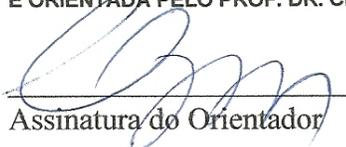
DÁRCIO TADEU MENDES

**ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE VIVENCIAM A PRÁTICA**

Orientador: Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELO ALUNO DÁRCIO TADEU MENDES
E ORIENTADA PELO PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS**


Assinatura do Orientador

CAMPINAS

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M522a Mendes, Dárcio Tadeu, 1982-
Acolhimento em centro de atenção psicossocial :
percepção de profissionais que vivenciam a prática /
Dárcio Tadeu Mendes. -- Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Claudinei José Gomes Campos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Acolhimento. 2. Saúde mental. 3. Serviços de
saúde mental. I. Campos, Claudinei José Gomes, 1963-
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Reception in psychosocial care center : perception of
professionals experience the practice

Palavras-chave em inglês:

User embracement

Mental health

Mental health services

Área de concentração: Enfermagem

Titulação: Mestre em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Claudinei José Gomes Campos [Orientador]

Ana Cristina Passarella Brêtas

Fátima Aparecida Bottcher Luiz

Data de defesa: 22-05-2014

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

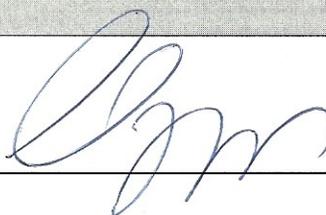
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

DÁRCIO TADEU MENDES

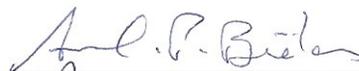
Orientador PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS

MEMBROS:

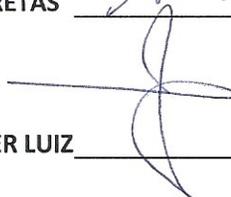
1. PROF. DR. CLAUDINEI JOSÉ GOMES CAMPOS



2. PROF(A). DR(A). ANA CRISTINA PASSARELLA BRÊTAS



3. PROF(A). DR(A). FÁTIMA APARECIDA BOTTCHER LUIZ



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 22 de maio de 2014

RESUMO: O acolhimento nos diversos níveis da assistência em saúde constitui-se numa das bases para o cuidado, pautado nos princípios doutrinários do SUS- Sistema Único de Saúde - integralidade, universalidade e equidade. No campo da saúde mental, os CAPS- Centro de Atenção Psicossocial, serviços de atenção diária substitutivos ao antigo modelo de internação em hospital psiquiátrico, atendem clientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes e o acolhimento é a abordagem inicial a quem procura estes serviços. A demanda que surge é diversificada, o que exige do profissional uma versatilidade para lidar com cada situação. Foram objetivos deste estudo conhecer os significados deste acolhimento na ótica de profissionais de um CAPS de um município do interior do Estado de São Paulo e identificar fatores que, porventura, interfiram nesta abordagem. Para a coleta de dados foram utilizados um roteiro de entrevista semiestruturada e a observação participante. A amostra foi composta de modo intencional e delimitada pelo critério de exaustão e contou com 12 profissionais de saúde que realizavam o atendimento do acolhimento no serviço durante o período de coleta de dados. Para a discussão dos dados foi utilizada a análise de conteúdo temática à luz do referencial teórico de Carl Rogers da abordagem centrada na pessoa. Foram encontradas cinco categorias: o acolhimento como ferramenta de escuta, o acolhimento facilitando a formação do vínculo, o acolhimento visto como uma ajuda, a carência de uma rede de serviços articulada interferindo no acolhimento e a organização interna do serviço interferindo no acolhimento. Concluiu-se que esses sujeitos percebem o acolhimento como um processo que transcende uma triagem, apontando percepções que vão ao encontro da teoria centrada na pessoa de Rogers - escuta, ajuda e vínculo. No entanto, sinalizam que seu desenvolvimento fica prejudicado no serviço onde atuam devido a fatores institucionais e à carência de outros serviços que também articulam uma rede em saúde mental. Sugere-se o investimento na implantação de outros serviços que articulam a rede de saúde mental, assim como a definição de protocolos e fluxos conjuntamente com outros serviços de saúde.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Palavras-chave: Acolhimento. Saúde mental. Serviços de saúde mental.

ABSTRACT

The reception on the many levels of the health assistance is built around one of the bases for the care, lined on the doctrinal principles of the SUS – integrality, universality and equity. On the mental health field, the CAPS – Psychosocial Attention Centers, daily attention services replacing the old model of psychiatric hospital admission, serve the most severe and persistent mental troubled patients, and the reception is the initial approach to anyone who is looking for these services. The request rate that arises is diversified, demanding the professional a versatility to deal with each one of the situations. The targets of this study were to know the meanings of this reception from the perspective of a São Paulo state's country town CAPS professional and identify factors that, perhaps, interfere with this approach. For the data gathering, it was used a semi-structured interview script and the partaker's observation. The sample was composed by the exhaustion criteria and featured 12 health professionals that performed the welcoming treatment in the service during the data collection period. For the data discussion, it was used Carl Rogers thematic content analysis subject to the person-centered approach's technical reference. Five categories were found: the reception as a listening tool, the reception easing the bond creation, the reception seen as an aid, an articulated service network interfering with the welcoming and the service's internal organization interfering with the welcoming. It has been concluded that these subjects notice the reception as a process that transcends a triage, pointing out insights that reach out to Rogers person-centered theory – listening, aid and bond. However, they indicate that its development is harmed at the service where they operate due to institutional elements and due to the lack of other services, which also associates a mental health network. It is suggested that an investment should be made at other services deployment that associates the mental health's network, as well as protocols and flows' joint establishment along with other health's services.

Research line: Caring process at Health and Nursing

Keywords: User Embracement, Mental health, Mental health services

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 A trajetória do pesquisador e as motivações para o estudo.....	21
1.2 A estratégia do acolhimento nos serviços de saúde.....	24
1.3 Revisão da literatura.....	29
1.3.1 Evolução da assistência psiquiátrica brasileira: algumas considerações....	29
1.3.2 Entendendo a dinâmica de um CAPS.....	31
1.3.3 O acolhimento em CAPS.....	35
1.4 Modelos teóricos que norteiam o estudo.....	36
2 JUSTIFICATIVA	40
3 PRESSUPOSTOS	41
4 OBJETIVOS	42
5 PERCURSO METODOLÓGICO	43
5.1 Tipo de estudo.....	43
5.2 O campo de estudo.....	44
5.2.1 A escolha do campo de estudo.....	44
5.3 Sujeitos da pesquisa.....	46
5.4 Tamanho da população.....	46
5.5 Técnica de coleta dos dados.....	47
5.6 Procedimentos associados à validação do instrumento e análise dos dados.....	47
5.7 Técnica de análise dos dados.....	49
5.8 Aspectos éticos.....	51
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
6.2 Categorias.....	58

6.2.1	Categorias relacionadas aos significados do acolhimento.....	59
6.2.1.1	O acolhimento como ferramenta de escuta.....	59
6.2.1.2	O acolhimento facilitando a formação do vínculo.....	64
6.2.1.3	O acolhimento visto como uma ajuda.....	66
6.2.2	Categorias relacionadas aos fatores que interferem no acolhimento.....	69
6.2.2.1	A carência de uma rede de serviços articulada interferindo no acolhimento.....	69
6.2.2.2	A organização interna do serviço interferindo no acolhimento.....	72
7	CONCLUSÃO	76
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
9	REFERÊNCIAS	78
10	APÊNDICES	85
ANEXO A	91
ANEXO B	92
ANEXO C	93

DEDICATÓRIA

Agradeço com muita força no coração aos meus pais , Cacilda e Vanir, pelo amor e carinho incondicional, por acreditarem em mim sempre e estarem ao meu lado diante de qualquer circunstância, boa ou adversa. Vocês são e sempre serão exemplos para mim. É com vocês que aprendo a cada dia os valores mais importantes da minha vida.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus e à luz do Espírito Santo que me iluminou em cada passo desta linda trajetória; porém, árdua.

Agradeço imensamente ao meu orientador, Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos pela grandiosa oportunidade, por seus preciosos ensinamentos e orientações.

Agradeço a todos os amigos e colegas de trabalho do CAPS III de Jundiaí que participaram e colaboraram para que esta pesquisa acontecesse.

Agradeço às profissionais do CAPS II de Itu, Haya, Maria Alice e Lorraine, que gentilmente participaram de uma das etapas desta pesquisa.

Agradeço especialmente à amiga e colega da pós ,Fernanda Ribeiro Sobral, pelo apoio e pelas preciosas considerações que fazia no decorrerda construção deste trabalho, sempre de forma muito sutil e generosa.

Agradeço imensamente à amiga e colega da pós, Fernanda Freire Jannuzi, por seu incentivo e colaboração para que eu iniciasse os meus estudos na pós- graduação.

Agradeço a Nivaldo Vicente pelo apoio e incentivo constante.

Agradeço aos membros do Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde e do Laboratório de Pesquisa Clínico- Qualitativa pelas sugestões e contribuições.

EPÍGRAFE

“O ser humano é um organismo digno de confiança, capaz de avaliar a situação externa e interna, compreendendo a si mesmo no seu contexto, fazendo escolhas quanto aos passos na vida e agindo a partir dessas escolhas.”

(ROGERS, 2001 p. 16-17)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos profissionais segundo características sócio-demográficas..... Pág. 53.

Tabela 2. Caracterização dos profissionais segundo as características relacionadas à formação.....Pág. 55.

Tabela 3. Caracterização dos profissionais segundo as características relacionadas à formação em saúde mental e tempo de trabalho no CAPS.....Pág. 57.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PTI	Projeto Terapêutico Individual
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
TR	Terapeuta de Referência
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
NUPEQS	Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde
LPCQ	Laboratório de Pesquisa Clínico- Qualitativa
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

1 INTRODUÇÃO

1.1 A trajetória do pesquisador e as motivações para o estudo

Durante o curso de graduação em enfermagem, em especial nos primeiros semestres, eu fazia uma autocobrança em relação às técnicas e procedimentos que eram inerentes à profissão, como se isto e apenas isto fizesse parte do fulcro de atuação. É claro que este tipo de sentimento talvez fosse despertado porque nós, enquanto alunos, éramos constantemente cobrados e supervisionados e tínhamos que ter quase que de imediato habilidades específicas, quando não “natas”. Por vezes, isto me inquietava muito, beirando à apreensão já que vários questionamentos internos surgiam: Será que estas habilidades também podem ser construídas? Nascemos com estas habilidades? E se não adquirirmos tais habilidades?

Com o passar do tempo, vários estágios das diversas disciplinas aconteceram e aos poucos pude perceber que a proclamada habilidade para esta ou aquela técnica era passível de ser construída e realizada com segurança, que era tudo uma questão de tempo, mas muito mais do que isto, de compreensão e por que não de acolhimento por parte de todos os envolvidos no processo de ensino da enfermagem e de todas as ciências da saúde? Afinal antes de estarmos ali éramos simplesmente humanos e, passíveis de medo, insegurança, que são sensações experimentadas e naturalmente esperadas diante do novo.

Em contato com o estágio da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiatria na enfermaria de um hospital geral no último ano de graduação, pude perceber uma nova contextualização do fazer enfermagem para além do custodial, onde o “metiê” era a escuta do indivíduo em sofrimento. Os diversos tipos de transtornos mentais, dos mais leves aos mais severos, em especial estes últimos, de alguma forma me chamavam muito a atenção, eu queria estar próximo destes pacientes, escutá-los, pois sabia que independente da doença cada um trazia em sua trajetória de vida havia uma história (pela qual eu sempre me interessava), queria entender um pouco do início de tudo, o porquê daquele conteúdo delirante, presente em muitos dos discursos que eu ouvia.

Esta forma de assistir o doente, mostrando que eu estava ali do seu lado, disponível, me despertou um interesse e, de certa forma me causou um alívio, uma vez que enquanto profissional minha atuação não seria meramente técnica- procedimental; um novo horizonte surgia na profissão onde a psiquê era o foco.

Findado o estágio na disciplina em questão e já no último ano da graduação, muitas expectativas afloraram acerca do rumo a ser seguido, do trabalho que surgiria, mas naquele momento tive a certeza de que possuía afinidade na área de saúde mental e psiquiatria.

Assim que concluí a graduação, muito rapidamente surgiu a oportunidade de trabalho e comecei a atuar como enfermeiro; todavia, inicialmente, na área de clínica médica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde também era possível atuar na saúde mental, de escuta de pacientes e familiares, pois ali também estavam presentes a dor e o sofrimento resultantes de quadros graves, terminais. É claro que o tempo despendido era muito menor do que aquele que eu realmente gostaria de oferecer, uma vez que outras atividades burocráticas e assistenciais também eram importantes, quando não até mais importantes na visão do gestor e teriam que ser feitas.

Neste cenário fiquei cerca de seis meses e no ano subsequente atuei na atenção básica e, ficou muito claro que muitas das doenças clínicas resistentes ao tratamento convencional tinham uma base no sofrimento mental, resultante da precariedade social e ambientes de privações.

Pouco tempo depois, realizei concurso público em uma prefeitura e fui admitido para trabalhar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Outros serviços no momento da admissão também foram ofertados, contudo era exatamente este o que eu esperava há tanto tempo. Estava ali diante de mim uma oportunidade ímpar.

Eis então que iniciei minhas atividades no CAPS. Ao adentrar no serviço, percebi harmonia no ambiente - todo arborizado, amplo; a equipe, composta de profissionais de diversas áreas me recepcionou muito bem, assim como alguns dos pacientes que por ali estavam em oficinas e grupos.

Aos poucos fui me interagindo da rotina de atendimento, de grupos, de oficinas, visitas e, em tão pouco tempo já me sentia um funcionário que estava lá há muito tempo, tendo em vista a vontade e o interesse que o trabalho havia me despertado.

Fazia parte desta rotina de atendimentos o acolhimento, com demanda espontânea, o qual logo de início fui previamente escalonado para fazê-lo.

No meu entendimento, acolhimento realmente era acolher, se preocupar, estar disponível e, seguindo esta lógica procurei inicialmente desenvolver esta atividade, sem perder de vista, é claro, a técnica e, por conseguinte, o objetivo, o desfecho daquele atendimento, que era dar alguma resolutividade ao problema inicial.

No campo da saúde, a idéia de acolhimento tem sido identificada como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável ou uma ação de

triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. Todavia, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculos especializados, uma vez que o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se for entendido como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde, onde permeia um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos, numa rede de relações que exige interação e diálogo permanentes (1).

No entanto, o acolhimento tinha uma alta demanda, pois o município em questão é de grande porte; a equipe assistencial era reduzida e várias eram as atividades nas quais um mesmo profissional estava inserido. Por vezes, os clientes chegavam espontaneamente para atendimento e/ou outro serviço da rede fazia contato telefônico solicitando o acolhimento e o único profissional que estava escalonado naquele determinado dia e horário é quem dava condução aos casos.

O acolhimento na saúde mental implica na abordagem do indivíduo como um todo para se pensar em uma conduta específica e não simplesmente o binômio queixa-conduta, presente em muitos serviços de saúde. Demanda tempo e discussão com outros profissionais. Em minha experiência, a depender do caso, até cerca de uma hora.

Além disso, havia uma problemática em relação à especificidade do atendimento no acolhimento, pois o serviço em questão presta atendimento a transtornos psicóticos severos e persistentes e isto na rede de serviços sempre gerou confusão, já que quem estava do outro lado quase sempre achava que tínhamos que atender para além disso, encaminhando- nos casos que poderiam ser tratados e/ou direcionados nos serviços de origem e até mesmo aqueles que não tínhamos suporte para dar a devida condução. Entre as quais, posso citar as inúmeras demandas sociais e transtornos desencadeados pelo uso de álcool e outras drogas, respectivamente.

Adicione-se a isso a ausência de outros equipamentos sociais e de saúde para a consolidação de uma rede de cuidados em saúde mental, tais como: os centros de convivência, equipes de matriciamento, Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPS AD) público, leitos psiquiátricos no hospital geral, entre outros. Dessa forma, o CAPS acaba por assumir em grande parte uma demanda de casos leves e moderados que poderia ser atendida em serviços como estes e o resultado é que o cliente passa pelo acolhimento e o profissional que o atende se vê diante desta rede ainda não estruturada.

Pelo fato de ter que dar uma resposta ao cliente, muitas vezes, o profissional acaba por inseri-lo em atividades do próprio CAPS, onde a lógica preconizada seria o atendimento de casos mais graves e persistentes.

Tendo em vista esta realidade aqui apresentada e a responsabilidade do profissional em conduzir os casos surgiram alguns questionamentos: O sentido literal de acolhimento é preservado diante desta demanda? Como o profissional se sente na realização deste acolhimento? Quais sensações experimenta?

Neste enfoque, pretendi apreender os significados do acolhimento na visão da equipe multidisciplinar deste CAPS, assim como fatores de interferência no desenvolvimento do mesmo, esperando uma diversidade de saberes e interpretações que poderiam se aproximar ou se distanciar entre si.

1.2 A estratégia do acolhimento nos serviços de saúde

Nos diversos níveis de assistência na área da saúde, o acolhimento se configura como o ponto inicial do atendimento bem sucedido ao usuário. O ato de acolher representa uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, independentemente da função e/ou formação profissional, e se dá por meio da escuta qualificada do discurso.

A escuta qualificada pode ser definida como a ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, tornando possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento e o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (2).

A estratégia está alinhada aos princípios atuais de humanização, na tentativa de criar uma relação de aproximação, respeito, compromisso e responsabilidade entre paciente e profissional.

No campo da saúde, a humanização diz respeito à atitude de usuários, gestores e trabalhadores comprometidos e corresponsáveis para produzir um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades. Diz respeito ainda à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (3).

A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência no SUS e reconhecer essa longa trajetória, significa por um lado reconhecer que grande parte do que se sabe hoje se deve a esse acúmulo prático. (1).

A proposta de acolhimento constante da Política Nacional de Humanização (PNH) visa atender às demandas do coletivo e do individual com enfoque na resolutividade da assistência prestada aos usuários. A PNH se propõe a ser instrumento frente aos desafios presentes na rede de atenção básica do SUS, cuja meta é suprir as reais necessidades da população brasileira, de forma que as ações de atenção básica devem ser baseadas no binômio demanda-oferta e não mais oferta-demanda atualmente vigente (4).

A estratégia de acolher tem sua origem na necessidade de mudança no modelo de atenção que, ainda hoje, distancia o profissional do usuário. Logo, o modelo de saúde integral que se deseja enfoca sujeito, coletividade e território atrelados aos processos relacionais, técnicos e científicos no atendimento em saúde (4).

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém (5).

Segundo o Aurélio, acolher é *dar agasalho, receber, tomar em consideração* (5), ou seja, uma relação de bondade genuína.

Com a criação do SUS em 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, tendo como princípios doutrinários universalidade e equidade do acesso à saúde e a visão da integralidade da assistência ao usuário. Na mesma direção de propostas de mudança de trabalho e gestão na área da saúde, o acolhimento surge como um recurso importante na humanização.

No campo das políticas de saúde, humanizar as práticas de atenção e de gestão é assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva. Esta prática de operar os processos de trabalho em saúde, orientada para um bom relacionamento entre todos os que participam do processo de promoção da saúde é indispensável, devendo-se sempre adotar uma postura ética, de compartilhamento de saberes e de comunicação adequada entre os diferentes atores (6).

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, se fundamenta na ideia de que é preciso tratar de forma diferente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido a não observação das diferentes necessidades (7).

A experiência do acolhimento é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Dessa forma é possível visualizar as formas cotidianas de apropriação e reinvenção das políticas por meio do acolhimento (8).

Identifica-se nos serviços de saúde uma dificuldade em relação ao acesso e como o usuário é acolhido na sua chegada e durante o desenvolvimento do cuidado. Tal fato pode ser constatado pela presença de filas, agendamento de consultas com dia e hora preestabelecidos, a precária relação entre o usuário e o profissional, a baixa resolutividade dos problemas apresentados e acompanhamento dos encaminhamentos dos usuários, a partir dos fatos relatados em ouvidorias, pesquisas de satisfação, depoimento de gestores, trabalhadores da saúde e usuários (9).

A PNH enfatiza a importância da articulação da proposta de acolhimento com mudanças no próprio processo de trabalho e gestão dos serviços, englobando entre outros, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direito dos usuários e ações coletivas (9).

O acolhimento deve ser incorporado aos procedimentos das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), ao mesmo tempo, em que necessita transcender o caráter de rotina do cotidiano, o que implica apontar a relação de ajuda que permeia todas as situações de atendimento em que profissional e clientela se encontram. Para tanto faz-se necessária uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se torne eficaz (10).

Além disso, o acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho no qual estejam presentes relações humanas apropriadas por parte de todos os trabalhadores de saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho. Nessa lógica, convém ressaltar que há um espaço aberto de possibilidades na construção do sistema de saúde, sendo essencial que os atores sociais sintam-se no direito de desejar a mudança e que visualizem a concretude da proposta. O usuário deve ser sujeito da situação, na qual a responsabilização e corresponsabilização devem estar presentes para que se tenha resolutividade (11).

Na intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde é possível pressupor que todas as que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica que deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema (1).

Quando se escuta a avaliação que os usuários fazem da sua própria situação, é uma maneira do profissional mostrar respeito e apoio à construção de mais autonomia, ou seja, a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser, preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral, contribuindo para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários (7).

Neste sentido, há a compreensão de que o acolhimento não é uma prática isolada, mas sim um conjunto de práticas que traduzem as atitudes tomadas tanto por profissionais como pelos usuários e nas interações que estabelecem no ambiente dos serviços de saúde (12).

Na suas diversas configurações, o acolhimento destaca-se como um processo em construção no SUS, o qual deve ser capaz de incluir os usuários nos serviços e, ao mesmo tempo, potencializar os profissionais de saúde e gestores na criação de espaços democráticos, éticos e reflexivos para a produção de um novo modelo assistencial que seja capaz de produzir sujeitos, cuidado e saúde (13).

No acolhimento, o vínculo entre profissionais e usuários favorece o diálogo, reforça as relações de confiança, agiliza o atendimento, facilita a adesão ao tratamento e melhora o desfecho clínico dos pacientes/ usuários (12).

É preciso que o conceito de acolhimento não se restrinja ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. Sendo assim, o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (1).

Em minha vivência no CAPS, posso dizer que o caminho aponta para essa magnitude, pois percebo no acolhimento um direcionamento à promoção da saúde mental, na medida em que considera o indivíduo para além de sua queixa, vislumbrando as possibilidades de acompanhamento e construção do vínculo para aquele que sofre mentalmente, minimizando inclusive suas vulnerabilidades.

O acolhimento motiva reflexões sobre os comportamentos dos diferentes atores em seus contextos, ultrapassando a teoria e se consolidando nas ações. Além disso, fortalece e ajuda a efetivar o SUS e precisa estar introjetado não somente no campo do saber, mas também em nossos comportamentos e condutas (14).

Em um estudo realizado sobre acolhimento em serviços de saúde da atenção básica, verificou-se que este ainda baseava-se num outro processo de trabalho, representante do modelo centrado sobre a figura do médico e de seus procedimentos, o qual se denominou triagem (15).

Na contrapartida da idéia anterior, Merhy (16) ressalta que o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade

universal, de maneira que o serviço de saúde assuma a sua função precípua de acolher, escutar e dar uma resposta positiva que seja capaz de resolver os problemas de saúde da população. O mesmo autor enfatiza ainda a necessidade de se reorganizar o processo de trabalho, a fim de que seja deslocado o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário e se compromete a resolver seu problema de saúde.

Assim, o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, pois identifica demandas dos usuários e (re) planeja o atendimento dos mesmos; não obstante, amplia e qualifica o acesso dos usuários, humanizando também o atendimento. Desse modo, o acolhimento pode ser considerado para além de uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, visto que pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas de enfrentamento, que podem possibilitar a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, reduzir a centralidade das consultas médicas e otimizar o potencial dos demais trabalhadores de saúde (17).

Quando o acolhimento é tomado como um pronto atendimento, em que o foco é uma triagem a ser realizada na porta do serviço, pode perpetuar a exclusão dos usuários e das comunidades ao SUS, o que dificulta a adesão ao projeto terapêutico, o vínculo e a corresponsabilização. Além disto, esta prática restrita de acolhimento tem sido percebida pelos profissionais de saúde, como mais uma tarefa a ser realizada, entre tantas outras, causando sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflitos nas equipes, dificultando a qualificação do SUS (13).

Cabe aqui frisar que em muitas ocasiões o usuário faz associação entre resolutividade e satisfação pessoal, quando na verdade, acolher a necessidade do outro não deve estar associado à satisfação, já que tanto os profissionais quanto os serviços de saúde também apresentam inúmeras limitações (18).

Nos diversos espaços de saúde em que o acolhimento acontece, merecem destaque os serviços de saúde mental, por caracterizarem-se como ambientes de recepção de demandas psíquicas originadas do próprio paciente, de suas famílias, comunidade e outros serviços de saúde. O trabalho desencadeado a partir da demanda levantada objetiva aliviar o sofrimento, minimizar riscos e manter ou reestabelecer a inclusão.

Nesse sentido, o acolhimento pode constituir-se na interface entre a reforma psiquiátrica e a política nacional de humanização (8).

Em minha vivência de acolhimento no CAPS , são inúmeras as demandas que surgem, sendo na sua maioria de indivíduos que experimentam intenso sofrimento ou desagregados psicologicamente num quadro delirante- alucinatorio. Quase sempre estão presentes prejuízos na sua vida social e produtiva, além de intenso sofrimento para os familiares que convivem com a situação e, muitas vezes não sabem como enfrentá- la. É nessa hora que me coloco a disposição para ouvi- los e posteriormente ajuda- los a equacionar a problemática.

O acolhimento e a escuta são ferramentas essenciais no trabalho em saúde, particularmente em saúde mental, quando se dá voz ao sofrimento do outro, propondo-se a auxiliá-lo na busca da resolução de seu problema. Dessa forma, uma escuta qualificada faz diferença na decisão da conduta adequada, em especial na área de saúde mental, pois minimiza o problema, fazendo com que a pessoa tenha condições de refletir melhor sobre sua situação e tomar a melhor decisão (19).

1.3 Revisão da literatura

1.3.1 Evolução da assistência psiquiátrica brasileira: algumas considerações

Ressalto brevemente neste tópico algumas considerações acerca da trajetória da assistência em saúde mental no Brasil para que possamos entender a evolução da assistência nesta área até o surgimento do CAPS e contextualizarmos a proposta do acolhimento nestes serviços.

Os transtornos psiquiátricos trazem consigo preconceito e desvalorização que acabam atingindo a todos. Assim, durante muito tempo optou-se pelo enclausuramento do portador de transtorno mental em manicômios, onde eram privados de sua própria identidade, do convívio familiar, e de seus direitos sociais e civis juntamente com o direito de expressar suas necessidades e desejos, sendo expostos a formas de cuidados e tratamentos sobre os quais cabiam a outros a formulação e a decisão (20).

Durante muitos anos, a psiquiatria desempenhou o papel de controle dos sujeitos considerados socialmente desviantes. Os pacientes psiquiátricos eram segregados e, junto com deficientes mentais e miseráveis, eram excluídos da sociedade e desprovidos de sua autonomia e independência. Para abrigá- los e mantê- los distantes do meio, foram construídos grandes manicômios na periferia das cidades . Logo, a psiquiatria não considerava o paciente como sujeito ativo do seu tratamento, não envolvia a sua família e não valorizava a sua história, sua cultura, sua vida cotidiana e sua qualidade de vida. O principal foco de atenção era a doença (21).

A assistência psiquiátrica também ficou marcada pela exclusão em espaços de internações, pois a figura do louco era associada à uma periculosidade social, já que este era visto em meio à pobreza e a marginalidade, e os manicômios constituíam formas de preservar a ordem social e evitar que os efeitos da desordem se irradiassem para a sociedade (22).

No Brasil, a institucionalização da psiquiatria iniciou-se com o surgimento das Santas Casas, onde os doentes mentais eram recolhidos e sem que nenhum tratamento lhes fosse oferecido. Os espaços destinados a eles eram os porões, sendo comum o uso de castigos físicos como forma de “contenção” de comportamentos inapropriados (23).

Com a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, as queixas de maus-tratos sofridos por essa população aumentaram consideravelmente e, em virtude da solicitação de alguns de seus médicos higienistas, pleiteou-se a criação de um hospital para esse fim: o Hospício Pedro II (23).

No início do século XX, a assistência psiquiátrica do Brasil cumpria um modelo asilar, abrindo sua fase científica com Juliano Moreira, que propôs fundamentos teóricos, práticos e institucionais para um sistema psiquiátrico coerente. A psiquiatria tornou-se especialidade médica em 1912, contudo seu ensino já havia iniciado em 1883, quando ocorreu um aumento no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais, não só no Rio de Janeiro, mas em todo o Brasil (24).

No início da segunda metade do século XX, inicia-se a mudança do olhar da psiquiatria sobre o louco, com o surgimento dos psicofármacos, que permitiram aos pacientes um alívio dos sintomas, sendo possível, por exemplo, identificar que sintomas como apatia e embotamento não se referiam unicamente à doença, mas também à situação de internação. Portanto, pode-se considerar que a ineficácia do hospital para tratamento não se dava apenas pela qualidade das terapias, mas também pela própria institucionalização (25).

Na sua dimensão política, a reforma psiquiátrica brasileira surge no final dos anos 70, inserida no momento mais amplo da reforma sanitária e dos movimentos sociais que estavam ligados à luta contra a ditadura. Por esta razão é que o movimento da reforma psiquiátrica se caracterizou como uma militância, tanto em termos da politização da questão da loucura e de crítica às instituições psiquiátricas quanto da transformação social num sentido mais amplo (26).

Entre os anos de 1975 a 1980 o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira recebia da Europa a participação de insumos importantes para abastecer seus ideais reformistas, com a presença de Franco Basaglia e Michel Foucault em Congressos e Seminários nas Universidades, trazendo informações, testemunhando e reconhecendo grupos de resistência, instigando jovens inquietos para movimentos sociais, defendendo os direitos dos enfermos

mentais e contribuindo teórico e criticamente em diferentes cenários acadêmicos, associativos, sindicais, estudantis (27).

Com o movimento da reforma Psiquiátrica no Brasil, lutou-se também para transformar o modo como a psiquiatria iria tratar a loucura no que se referia à articulação e invenção de possibilidades de inserção social para as pessoas que sofriam com transtornos mentais (28).

Foi a partir da Reforma que critérios de regulamentação das internações passaram a ser considerados, além do que tais intervenções começaram a ser percebidas como último recurso terapêutico em saúde mental, o que acarretou em uma diminuição de leitos disponíveis nos hospitais psiquiátricos. Em contrapartida, foram criados serviços substitutivos que oferecem uma abordagem terapêutica fortemente atrelada à convivência comunitária, trabalhando a (re)inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico (29).

Com a criação da Lei 10216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo da atenção na saúde no país (30), a criação dos CAPS ganhou propulsão.

A reorientação do modelo da assistência possibilitou que novos serviços fossem criados e não somente de natureza extra-hospitalar, mas também que tivessem uma complexidade de funções, envolvendo sobretudo um caráter de produzir novas intervenções sociais e concepções culturais da loucura (31).

Nesta concepção, concordo com Oliveira, Silva e Silva (22) quando colocam que o tratamento de pessoas com transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico deve dar ênfase no sentido de produção de vida, do aumento da capacidade do usuário de estabelecer trocas sociais, com vistas a conquistar maior autonomia. As mesmas autoras ressaltam ainda que este ganho social já está representado pela melhoria da qualidade de vida proporcionada às pessoas com transtornos mentais que antes se encontravam excluídas do meio social e familiar, e hoje, com a diminuição de seus sofrimentos, estudam, passeiam e interagem.

1.3.2 Entendendo a dinâmica de um CAPS

O primeiro CAPS do Brasil, Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. Sua criação e a de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a

melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (32).

O CAPS foi o "marco inaugural" de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma "clínica ampliada" que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo. O seu tripé de funcionamento tem base na psicanálise, no uso racional dos psicofármacos e nas práticas de inclusão social. Tornou-se o exemplo de um novo modelo de cuidado em Saúde Mental, construindo um modo de cuidar, sobretudo de pessoas psicóticas, mas também de não psicóticas, das suas famílias, de suas moradias, de suas artes, do seu trabalho, da sua renda no território (27).

A criação do CAPS beneficiou o modo de tratar a pessoa com transtorno mental, visto que estas pessoas podem ser tratadas em ambientes abertos, humanizados, próximos de seus familiares e com modos não coercitivos e prejudiciais como tradicionalmente ocorria em hospitais psiquiátricos, único modo de tratamento disponível a essas pessoas até há poucas décadas, que contribuía para sua exclusão social (33).

Os CAPS são serviços de atenção diária em saúde mental substitutivos ao antigo modelo de internação em hospital psiquiátrico vigente no país, que tem a responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Trabalham sob a ótica da territorialidade, sendo regulados pela portaria ministerial GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (34).

No CAPS trabalha uma equipe multiprofissional, que atua de forma interdisciplinar e desenvolve atendimentos individuais, em grupo, oficinas terapêuticas, atividades lúdicas e atividades físicas, além é claro da medicalização que até então era considerada a única forma de tratamento. A família também é considerada parte integrante no tratamento, sendo muito comum as reuniões de familiares e o livre acesso destes no serviço.

Outra estratégia importante que o CAPS utiliza é o estabelecimento de parcerias intersetoriais com diversos órgãos da sociedade, como forma de oferecer um atendimento integral aos sujeitos em sofrimento psíquico (34). Podem ser citadas as parcerias com outros serviços de saúde, assim como as ONGs, centros comunitários ou de convivência, entre outras.

Os CAPS são classificados da seguinte forma: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 8 às 18h, de segunda a sexta; CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18h, de segunda a sexta, com opção de um terceiro turno até 21h; CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24h, diariamente, incluindo feriados e fins de semana; CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantil) – municípios com população acima

de 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18h, de segunda a sexta, com opção de um terceiro turno até 21h; CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas) – municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionando das 8 às 18h, de segunda a sexta, com opção de um terceiro turno até 21h (32).

Todo o trabalho que é desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto quer dizer que tanto as sessões individuais ou grupais e a convivência no serviço terão que possuir finalidade terapêutica. Isso é obtido por meio da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor que abranja várias modalidades de tratamento. Ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o que chamamos de Terapeuta de Referência (TR), mas não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento (32).

No CAPS onde foi realizado este estudo, tal realidade se faz presente sendo, na maioria das vezes, o profissional que realizou o acolhimento o suposto técnico de referência ao paciente. Eventualmente pode não ocorrer, pois o técnico já possui um número de referências que é superior a um outro e aí se faz a divisão de forma que cada profissional tenha o mesmo número de pacientes sob sua responsabilidade. Nesta lógica, posso inferir que em algumas ocasiões a frequência do usuário no serviço pode ficar prejudicada, pois o que a determina num primeiro momento é o vínculo que ele firmou com o profissional durante o acolhimento, conforme encontrado na análise dos dados.

O termo Profissional de Referência refere-se, em geral, àquele profissional que tem uma relação de maior proximidade com o usuário e que, baseado nessa proximidade contingencial, potencializa sua ação terapêutica. Em um CAPS, o profissional de referência passa a ser aquele com quem o usuário mais se identifica, independentemente, inclusive, da formação desse profissional. Em um CAPS, o profissional de referência é aquele que inclusive avalia as condições para o usuário receber alta do tratamento. No caso do usuário precisar novamente da assistência do CAPS, poderá procurar esse profissional (36).

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual (PTI), isto é, um conjunto de atendimentos em que se respeite a sua particularidade, personalizando assim o atendimento de cada pessoa dentro da unidade e fora dela. Devem ser propostas atividades durante toda a sua permanência no serviço, segundo suas necessidades (32) .

O termo PTI é um conceito procedente do contexto da reforma psiquiátrica, colocado como dispositivo para a superação dos tratamentos tradicionais, que em sua maioria se constituía de

intervenções medicamentosas aplicadas massivamente, ignorando a singularidade dos sujeitos e suas necessidades específicas não só de medicações, mas também de outras formas terapêuticas (36).

Em conformidade ao projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02 (34):

- Atendimento Intensivo: é o atendimento diário que é oferecido quando a pessoa se encontra em grave sofrimento psíquico, situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, e necessita de atenção contínua. Esse atendimento pode inclusive ser domiciliar, se necessário;

- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. É oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, contudo a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento também pode ser domiciliar, se necessário;

- Atendimento Não-Intensivo: é oferecido quando a pessoa já não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Os profissionais dos CAPS planejam o tratamento do indivíduo levando-se em conta o seu contexto sociocultural, proporcionando-lhe um cuidado integral e contribuindo para a sua reinserção na sociedade e na própria família (37).

Em se tratando de serviços de saúde mental, conhecer o CAPS na sua organização torna-se importante, pois traz um novo caráter de assistência: envolve, além de intervenções medicamentosas e terapêuticas, uma intervenção social que visa a reinserção do portador de sofrimento psíquico na família e na sociedade (38).

Dos objetivos do dispositivo de saúde mental CAPS, a reinserção social dos usuários é um dos principais. Isso significa que um dia houve exclusão social e, portanto, faz-se necessário devolver o usuário ao meio social, através do convívio com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, por meio da circulação e ocupação dos espaços sociais (25)

Enquanto serviço substitutivo, o CAPS tem a tarefa de acreditar no desacreditado e imprimir no dia a dia do serviço formas de reabilitar os sujeitos, de maneira a resgatar a autonomia, a subjetividade e a autoconfiança de um público que historicamente foi excluído de todos os ambientes e destituído de seus papéis sociais (25).

1.3.3 O acolhimento em CAPS

Nos CAPS, assim como em outros serviços de saúde, o acolhimento é a abordagem inicial a quem procura o serviço. Cabem a esses serviços o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território e apoiá-lo em suas iniciativas na busca de autonomia.

O momento do acolhimento é de extrema importância no tratamento do usuário e na participação do familiar no CAPS, pois é o primeiro contato que estes têm com o serviço. A preparação da equipe é fundamental para a vinculação do usuário e da sua família no serviço, sendo preciso agir com receptividade e empatia (39).

O acolhimento em CAPS é realizado por uma equipe multiprofissional, com profissionais de diversas áreas atuando numa modalidade coletiva de trabalho, e reciprocidade entre as diversas intervenções, flexibilidade na divisão do trabalho e nas discussões, uma vez que pode haver divergências de opiniões (32).

A interdisciplinaridade surge de uma necessidade de reestruturar as formas de produção do conhecimento, onde a concretude do caráter positivista vem deixando de ser suficiente para explicar fenômenos que separados de seu todo perdem totalmente seu sentido (40).

Souza e Ribeiro (40) enfatizam que em equipe interdisciplinar os profissionais buscam contribuir com os conhecimentos técnico-científicos de sua disciplina, estudo e superação de determinadas situações. As mesmas autoras ressaltam que os profissionais envolvidos precisam estar abertos às mudanças e dotados de uma vontade de descoberta e curiosidade, almejando enriquecer-se com novos enfoques, estando cheios de gosto pelas combinações de perspectivas e, principalmente, desejosos de superar os caminhos já trilhados, o que requer por parte deles uma nova atitude, capaz de articular conhecimentos específicos com toda a rede de saberes que envolve o sistema de cuidado (39).

Esse acolhimento pode se dar de diversas formas, de acordo com a organização do serviço, sendo que o objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Neste momento, estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal alvo desse momento de encontro do usuário com o serviço. A partir daí é que se constrói conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Se uma pessoa está isolada, sem condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma

articulada com as equipes de saúde da família do local, mediante a solicitação de um familiar ou vizinho (32).

Posso dizer que essa realidade realmente ocorre no CAPS estudado, uma vez que no acolhimento procuramos entender inicialmente quais as reais necessidades do paciente por meio do discurso que deixamos imergir livremente do usuário . Num primeiro momento, falamos em hipóteses diagnósticas que vão ou não se consolidando a partir da observação do usuário pelos diversos profissionais quando este já está inserido no serviço em algum projeto terapêutico.

Em inúmeras ocasiões, presenciei solicitações de familiares ou até mesmo da própria comunidade para que algum profissional do CAPS visitasse usuários que se encontravam em crise ou surto, pois se recusavam a vir à unidade. Nessas situações, frequentemente fazemos a abordagem do acolhimento conjuntamente com um profissional do território, em especial que atua na UBS local, e traçamos intervenções possíveis após a discussão do caso.

No acolhimento surge o momento de decisão para qual intervenção terapêutica o usuário será encaminhado, e onde está sendo construído o vínculo entre o usuário e o serviço. Neste momento, 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 (31).

1.4 Modelos teóricos que norteiam o estudo

Na busca de um referencial teórico que pudesse nortear a magnitude do estudo com toda a sua subjetividade, foram realizadas várias reuniões com o orientador para se discutir a adequação das possibilidades .

Nas indas e vindas das discussões, amadurecemos a ideia de utilizar a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) de Carl Ransom Rogers para a compreensão da subjetividade dos possíveis significados do acolhimento, uma vez que na essência desta abordagem estão presentes as relações que se estabelecem entre profissional e paciente na terapia. Aqui adaptamos esta realidade a um *setting* de acolhimento.

Na lógica do acolhimento que se vive em um CAPS, invariavelmente existe um usuário que chega em sofrimento sozinho ou acompanhado da família devido às múltiplas situações desencadeantes de crise ou até mesmo em surto psicótico. A sua espera, haverá um profissional que inicialmente vai ouvi-lo na tentativa de entender todo o contexto envolvido no desenvolvimento da situação adversa, sem julgamentos ou interpretações mostrando interesse

e que compreende a situação, ou seja, mostrando aceitação. Quando o usuário percebe tais elementos presentes simultaneamente no momento do atendimento, se estabelece um vínculo e a partir daí uma relação terapêutica promissora para ambos os envolvidos. Ou seja, o usuário sente-se acolhido e o profissional, por sua vez, mostra-se satisfeito, já que entende que teve uma atitude terapêutica. Rogers em sua teoria da ACP faz menção a essas relações as quais surgirão na discussão dos dados deste estudo.

Rogers é considerado um dos mais importantes expoentes da psicologia humanista desde a década de 1940. Sua forma de praticar psicoterapia criou um novo sentido de valorização do cliente, aboliu o termo “paciente” para evitar a conotação de doença e passividade quanto da própria relação terapêutica, sobre a qual pesava uma hierarquização rígida de papéis (41).

A ACP, inicialmente conhecida como Psicoterapia Centrada no Cliente ou Aconselhamento Não-Diretivo, teve um papel de destaque na história da psicologia, pois abriu o trabalho psicoterapêutico aos psicólogos, antes uma atividade exclusivamente médica (42). Rompeu definitivamente com os métodos e técnicas usados pelo behaviorismo (condicionamento, controle e manipulação) que considerava o homem um ser mecânico, bem como com os métodos da psicanálise, que fazia a análise e interpretação do passado (43).

Teve início com o trabalho de Carl Rogers nos EUA, na década de 1940. A teoria caracteriza-se pela crença nas potencialidades de desenvolvimento e crescimento psicológico em condições comunicativo-relacionais realistas, sensíveis e compreensivas (42).

Neste método, é o indivíduo e não o problema que é colocado em foco, sendo que o objetivo não é resolver um problema particular, mas sim ajudar o indivíduo a desenvolver-se de forma que possa enfrentar o problema presente e os futuros de uma maneira mais perfeitamente integrada. O próprio contato terapêutico é uma experiência de desenvolvimento. Há uma confiança muito profunda no indivíduo em orientar-se para a maturidade, saúde e adaptação, acentuando mais fortemente os elementos emotivos e os aspectos afetivos da situação, bem como a situação imediata do que o passado do indivíduo (44).

Rogers e Rosenberg (45) enfatizaram que o homem possui uma tendência inerente para que sejam desenvolvidas todas as suas capacidades, de forma que sirvam para preservar ou enriquecer seu organismo.

Neste sentido, as habilidades que o terapeuta rogeriano utiliza são a empatia, onde o terapeuta capta o mundo particular do cliente como se fosse o seu próprio mundo e a consideração positiva incondicional em que o terapeuta sente uma calorosa preocupação pelo seu cliente, preocupação esta que não é possessiva. É simplesmente uma atmosfera que demonstra: “Eu me preocupo”(46).

Pode-se perfeitamente traduzir este enfoque para o acolhimento, pensando que o profissional deve demonstrar empatia e interesse pelo que é trazido pelo cliente, apropriando-se da situação, de tal forma que o cliente perceba e sinta no profissional que alguém está ali para ajudá-lo, iniciando-se assim uma relação terapêutica eficaz.

No entanto, a abordagem de Rogers não seria suficiente para compreender a subjetividade das falas que se referiam aos fatores que possivelmente pudessem interferir no acolhimento, já que quase todo o conteúdo apreendido dizia respeito a uma problemática de organização da própria unidade ou de gestão dos órgãos competentes.

Neste sentido, optamos pela utilização das publicações em livros e periódicos de Rosana Teresa Onocko Campos, docente e pesquisadora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), com experiência na área de saúde coletiva, com enfoque em gestão e planejamento em saúde e políticas públicas, entre elas as de saúde mental. Além disso, trabalha com pesquisas avaliativas de serviços, onde na atualidade é responsável pela "Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: indicadores para avaliação e monitoramento dos CAPS III do estado de São Paulo".

Logo, me pareceu muito pertinente focar as discussões em alguns aspectos que a autora citada traz em seus estudos, na sua grande maioria avaliativos.

Figueiredo e Campos (47) reconhecem o acolhimento numa concepção de clínica ampliada que se estrutura por meio de equipes de referência inseridas no território. Campos e Furtado (48) ressaltam que a clínica, por um lado, diz respeito ao caso visto na sua singularidade e que a saúde mental, por outro, diz respeito às ações políticas e eticamente orientadas, contudo referida a uma singularidade não individual, mas sim à singularidade de um certo grupo. Partindo desta premissa, o acolhimento que é parte estruturante da clínica em saúde mental, pode ser entendido neste contexto de coletividade, com todas as questões que envolvem o desenvolvimento de seu processo em um determinado serviço de saúde. Aqui neste caso, um CAPS.

Os CAPS, enquanto serviços estratégicos no interior da reforma psiquiátrica brasileira, passam constantemente por reflexões sobre sua estruturação no que diz respeito aos saberes e práticas (49) e, neste contexto, o acolhimento nesses serviços pode ser considerado uma prática inovadora, considerando sua dinâmica de recepção e atendimento, bem como na forma de dar respostas ao cliente, quase sempre voltados a um projeto terapêutico que valoriza suas habilidades e desejos, desconstruindo os paradigmas do enclausuramento e centralização do poder de decisão do profissional da saúde que perduraram por muito tempo na saúde mental.

Para corroborar mais uma vez a escolha do referencial em questão, vale a pena destacar que na medida que o acolhimento regula também a porta de entrada dos clientes no serviço, quando se leva em conta critérios diagnósticos que vão de encontro à especificidade do serviço, pode ser considerada também uma ferramenta de gestão do serviço, contemplando mais uma das facetas da dimensão dos estudos da autora.

2 JUSTIFICATIVA

A realização do estudo em questão intencionou conhecer os significados que o profissional de saúde atribua à prática do acolhimento realizado em um equipamento de saúde mental. Em se tratando deste estudo, um CAPS.

Acreditou-se que, por ser uma unidade composta por uma equipe multiprofissional, onde estão inseridos profissionais com formação e saberes diversos, o acolhimento poderia ser entendido e conduzido sob diversas nuances, de acordo com a especificidade de cada profissão e que conhecê-las e analisá-las seria muito pertinente, uma vez que o que está envolvido é a assistência inicial prestada ao usuário que chega a um serviço de saúde mental, que se pauta em especial no entendimento do outro pela escuta.

Desta forma, no entendimento do pesquisador essa diversidade poderia gerar aproximações e distanciamentos acerca desta temática, e certamente fomentar na equipe o hábito da discussão, na tentativa de se unificar e aprimorar a atuação interdisciplinar, tendo como único foco o usuário.

Além disso, a demanda que surge no acolhimento do serviço estudado é amplamente diversificada e, em muitos casos, resultante da falta de outros equipamentos sociais e de saúde no território onde o usuário está inserido.

Desta forma, o profissional que está realizando o acolhimento frequentemente se vê diante de situações que vão para além da especificidade e possibilidade de seu serviço, o que lhe exige uma versatilidade para lidar com cada situação.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a experiência do acolhimento em saúde mental, oferecendo subsídios para a discussão e compreensão dessa prática a partir do olhar do profissional que efetivamente o vivencia.

Não obstante, o aprofundamento deste tema certamente será fundamental para as práticas em saúde mental, instrumentalização dos gestores e no auxílio à construção permanente de perspectivas consistentes para o cuidado ao usuário que sofre de transtorno mental.

3 PRESSUPOSTOS

Foram pressupostos deste estudo:

- Não há uma rede de atendimento consolidada, com outros equipamentos que possam dar suporte efetivo às diversas necessidades apresentadas pelo sujeitos adoecidos na área de saúde mental;
- Os profissionais, em muitos casos, prestam atendimento a uma clientela que vai para além da sua especificidade, exigindo-lhes uma versatilidade para lidar com ela;
- O campo do estudo destaca-se por possuir uma equipe onde atuam profissionais com formações diversas podendo ocorrer aproximações e/ou distanciamentos sobre a lógica de acolhimento.

4 OBJETIVOS

O estudo teve como objetivos:

- Compreender os significados do acolhimento na ótica de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do interior de São Paulo e;
- Identificar, na percepção destes profissionais, fatores que porventura possam interferir no desenvolvimento do processo de acolhimento.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

A pesquisa em questão é um estudo de caso, de natureza qualitativa.

No estudo de caso o objeto da pesquisa 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. Favorece o conhecimento de uma realidade delimitada e seus resultados podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas (50).

O estudo de caso é o estudo de um caso, seja ele simples e específico, ou complexo e abstrato. O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo. O caso pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem um interesse próprio, singular. Quando queremos estudar algo singular, que tenha um valor em si mesmo, devemos escolher o estudo de caso (51).

Enquanto método de pesquisa, o estudo de caso é usado para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. Surge do desejo de entender fenômenos sociais complexos, permitindo que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, entre os quais o comportamento dos pequenos grupos (52).

Os estudos de caso estimulam novas descobertas, em função da flexibilidade do seu planejamento; enfatizam a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo e apresentam simplicidade nos procedimentos, além de permitir uma análise em profundidade dos processos e das relações entre eles (53).

Na pesquisa qualitativa, há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas. O caráter descritivo refere-se às características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento (54) .

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, tendo como objetivo principal o aprimoramento das idéias, a descrição das características de determinada população em fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os

estudos que podem ser classificados sobre este título, e uma de suas características está no uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (54).

5.2 O campo de estudo

O estudo foi desenvolvido em um CAPS III de um município do interior de São Paulo com uma população de aproximadamente 400 mil habitantes

O serviço em questão foi cadastrado como estabelecimento de saúde no município em 2002. Realiza atendimento diário 24 horas incluindo domingos e feriados atendendo adultos com transtornos psicóticos, depressivos e ansiosos graves. Conta com equipe técnica multiprofissional composta por quatro enfermeiros, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma médica psiquiatra e quatro psicólogas. Além disso, possui equipe de nível médio composta por oito técnicos de enfermagem e dois agentes de suporte administrativo.

O serviço atende nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, com atendimentos em grupo e individual, oficinas, grupos com famílias e acolhimento pernoite com 05 leitos de atendimento à crise e surto. Ressalta-se que no período noturno, o serviço conta apenas com a equipe de enfermagem, composta por dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro para cada plantão.

Possui atualmente cerca de 2700 pacientes cadastrados. Os pacientes inseridos no serviço são encaminhados via unidade básica de saúde, unidades ambulatoriais e hospital geral após remissão dos quadros agudos.

5.2.1 A escolha do campo de estudo

O campo de estudo, como já descrevi inicialmente em minha trajetória, é meu local de trabalho, onde atuo há 06 anos como enfermeiro.

A ideia de se fazer um estudo sobre acolhimento partiu da vivência que eu possuía no campo especificamente nesta atividade.

Inicialmente eu visualizava o acolhimento como uma intervenção que teria de ser embasada muito mais numa formação técnica-científica, talvez pela própria formação em enfermagem com vasto enfoque biologicista.

Com o passar do tempo, pude perceber que a necessidade da maior parte dos usuários que procuravam o serviço ia muito além desse enfoque. É claro que esta também é uma faceta muito importante a ser considerada, mas não é o todo.

Vi então que eu precisava considerar outras facetas até então latentes nos atendimentos para ser mais resolutivo. E, neste sentido, iniciei uma prática que considerava o indivíduo numa visão mais ampla, dentro de um contexto que transcendia a doença e alcançava o social. E quando falo do social, posso exemplificar de maneira especial uma direção que comecei a adotar – o atendimento da família da qual ele é integrante. Nela, como se estabeleciam as relações? Onde o indivíduo se inseria? Qual era o entendimento desta família sobre sua doença? E, por fim, compreender em um contexto, o que ele representava para a família?

Quando isto foi se tornando incipiente na prática, fui dismitificando conflitos existentes agindo com o simples ato de escutar, considerando o usuário e a família.

Com o acolhimento da família, comecei a traçar intervenções que realmente se aproximavam da necessidade do usuário no contexto onde ele estava inserido.

Ocorre que este acolhimento é realizado por uma equipe multiprofissional e, por esta característica, eu poderia também entendê-lo e executá-lo de formas diferentes, considerando ou não uma única dimensão dentre as citadas, ainda que o objetivo fosse o mesmo : definir uma intervenção para aquele momento.

Nesse sentido, comecei então a me inquietar com a situação e, ao mesmo tempo a me questionar e a refletir sobre o que seria este acolhimento no entendimento de cada um desses profissionais envolvidos.

Em muitas situações, as intervenções elaboradas a partir do acolhimento, em especial quando se considera a possibilidade do usuário retornar a sua comunidade com vistas à ressocialização e ao estabelecimento de uma vida mais produtiva, outros locais também deveriam estar disponíveis, contudo ainda são uma lacuna dentro de uma rede assistencial, como os centros de convivência, os serviços de residência terapêutica, os leitos em hospital geral; afinal, mesmo em situações de crise e/ou surto, o usuário teria de estar em um hospital em meio aos outros que estão lá também por outras necessidades e não segregá-lo em um hospital psiquiátrico.

Além disso vale aqui destacar um outro fator que sempre foi motivo de uma ansiedade interna que é a multiplicidade de situações de usuários que compareciam ao acolhimento. Realizava-se a sua escuta, porém sua necessidade transcendia a especificidade de um CAPS, talvez pela falta de compreensão de profissionais encaminhantes da rede básica , não obstante a isso , a inexistência de outros serviços citados anteriormente que compõem a rede de assistência. Esse sentimento ocorreu comigo, pois me via diante da necessidade do usuário, porém sem ter para onde destiná-lo.

Foi elaborado um roteiro específico para este acolhimento, do qual eu também participei, no entanto, talvez por esta diversificação da compreensão do acolhimento, em muitas ocasiões, este acaba por nem ser utilizado por alguns profissionais. Ou seja, o produto final não é uniforme e nem “passa perto” de ser. Talvez o desafio de se trabalhar em uma equipe assim constituída seja justamente este : estar disponível para entender a diversidade do saber e do fazer do outro e, a partir daí, construir uma assistência que contemple o usuário em todas as suas facetas.

Nesse sentido, senti-me atraído em realizar um estudo sobre esse processo na unidade onde atuo, pois entendo que é um espaço com um significado único e particular - com aqueles profissionais, com seus entendimentos, com a situação que se apresentava no cotidiano.

Destaca-se, porém, que a aproximação dos profissionais para a realização do estudo somente se deu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP via Plataforma Brasil e após as autorizações da gerente do CAPS e do secretário de saúde do município.

5.3 Sujeitos da Pesquisa

A escolha dos participantes da pesquisa ocorreu de modo intencional, sendo entrevistados todos os profissionais de nível superior e médio que realizam o acolhimento no serviço e que aceitaram participar da pesquisa, sendo na sua totalidade doze sujeitos. São eles três enfermeiras, uma médica psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, três psicólogas e quatro técnicas de enfermagem.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ter no mínimo 06 meses de atuação profissional no CAPS e que aceitassem participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5.4 Tamanho da população

O tamanho da população foi delimitado por meio do critério de exaustão, onde os participantes foram todos os que faziam parte do universo do pesquisador (55). Ou seja, são abordados todos os sujeitos elegíveis (56).

Alguns autores ressaltam que é possível que uma amostra fechada por exaustão seja suficiente para saturar algumas ou todas as categorias formuladas pelo pesquisador, tratando-se de uma constatação de saturação não decorrente do próprio processo de pesquisa (55).

5.5 Técnica de coleta dos dados

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada e da observação participante.

Os dados foram coletados no período de quatro de junho a nove de julho do mesmo ano, sendo que a observação participante ocorreu na medida em que surgiam os acolhimentos na unidade e, neste sentido não ocorreram concomitantemente às entrevistas.

As anotações das observações de campo ocorriam no mesmo dia em que estas eram realizadas na tentativa de preservar as impressões apreendidas.

Segundo Minayo (57), a entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas que possibilitam discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo pesquisador.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, utilizando instrumento de respostas livres e conduzidas e gravadas pelo pesquisador.

O instrumento para a realização da entrevista contemplou dados sociodemográficos e questionamentos inerentes aos objetivos do estudo (APÊNDICE B).

A observação participante foi realizada utilizando-se de roteiro específico (APÊNDICE C). Esta técnica foi escolhida uma vez que o envolvimento prévio do pesquisador com o serviço e os sujeitos a serem entrevistados poderiam beneficiar a coleta, análise e interpretação dos dados (58).

A técnica da observação participante tem grande valor no meio acadêmico-científico, principalmente quando se trata de aplicação de pesquisas qualitativas na área da saúde, pois contribui com as investigações, proporcionando uma visão ampla e detalhada de uma realidade, resultante da interação do pesquisador com o meio, podendo servir de base no planejamento de estratégias para o desenvolvimento sustentável da comunidade em estudo (59).

O observador como participante é um papel em que a identidade do pesquisador e os objetivos do estudo são revelados ao grupo pesquisado desde o início. Nessa posição, o pesquisador pode ter acesso a uma vasta amplitude de informações, até mesmo confidenciais, pedindo cooperação ao grupo. Contudo, em geral, terá que aceitar o controle do grupo sobre o que será ou não tornado público pela pesquisa (51).

5.6 Procedimentos associados à validação do instrumento e análise dos dados

Em pesquisas qualitativas, a concepção de validade assume variadas formas pois a discussão sobre escalas de medição não se aplica a elas, sendo necessária a compreensão da

validade em outra perspectiva. Para além de questões de formulação, naquilo que pode ser compreendido como validade prévia, a validade busca indicar o que constitui uma pesquisa bem feita, confiável e merecedora de ganhar destaque público ou, conforme a própria definição do termo- que tem valor, eficaz. Nessa lógica, adaptando o conceito de pesquisas quantitativas para pesquisas qualitativas, verificar a validade de uma pesquisa seria determinar se ela de fato mede verdadeiramente o que o pesquisador propôs-se a medir, se conta com processos metodológicos coerentes e se seus resultados são consistentes (60).

Ressalta-se que para o ajustamento do instrumento de coleta de dados utilizado na entrevista foi aplicado um pré-teste em uma amostra constituída de dois profissionais de um outro serviço com a mesma especificidade do local de estudo. Estes, por sua vez, não compuseram a amostra do estudo.

Após a realização das entrevistas do pré- teste, estas foram discutidas com o orientador e não houve a necessidade de mudanças do roteiro de coleta de dados.

Na tentativa de manter o rigor metodológico da pesquisa quanto à validade, foram adotados alguns procedimentos comumente utilizados em pesquisas qualitativas e que puderam ser aplicados neste estudo.

São técnicas que maximizam a validade do instrumento, pois facilitam a expressão da subjetividade dos entrevistados (61). São elas:

- **A garantia da manutenção do anonimato**

Antes que os entrevistados respondessem aos questionamentos das entrevistas, ficou garantido o anonimato. Além disso, foram fornecidas as orientações pertinentes aos aspectos éticos envolvidos.

- **Conforto físico durante a entrevista**

Para que os entrevistados se sentissem à vontade e confortáveis, as entrevistas foram realizadas em consultórios da própria unidade, sendo que estes permaneceram sentados durante toda a sua realização em cadeiras apropriadas e em ambiente ventilado, privativo e sem ruídos.

- **Disponibilidade da dupla para estender, se necessário, o tempo previsto do procedimento**

As entrevistas ocorreram de acordo com a disponibilidade do entrevistado, respeitando-se o momento em que o entrevistado se sentia tranquilo para participar, com a rotina de trabalho já organizada e/ou sob controle, o que possibilitava estender o tempo se fosse necessário.

- **Setting familiar da entrevista para o entrevistado**

O local onde aconteceram todas as entrevistas é bem familiar, uma vez que é meu local de trabalho, possibilitando uma condição agradável e ao mesmo tempo favorável para uma maior descontração com os entrevistados.

- **Avaliação pelos pares**

No que se refere a este quesito, foi solicitada a avaliação e a opinião de pessoas ligadas à pesquisa qualitativa. Este processo aconteceu com a participação dos membros do Laboratório de Pesquisa Clínico (LPCQ) e do Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde (NUPEQS), sendo que o orientador do estudo atuou como juiz.

5.7 Técnica de análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra pelo pesquisador e submetidas à análise de conteúdo temática, segundo Minayo (57).

A análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Operacionalmente, parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos e, posteriormente atinge um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem, visando consistência interna às operações (57).

Segundo Campos (62) a análise de conteúdo é um método muito utilizado na análise de dados qualitativos, sendo compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa que tem por objetivo buscar o(s) sentido(s) de um documento.

A intenção da análise de conteúdo é inferir os conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), referentes a indicadores (quantitativos ou não). As inferências (ou deduções lógicas) podem responder a dois tipos de problemas: o que é que

levou a determinado enunciado? e quais as conseqüências que determinado enunciado vai provavelmente provocar? (63).

Nessa concepção, Campos e Turato (64) destacam que produzir inferências em análise de conteúdo significa, principalmente, produzir conhecimentos implícitos a determinada mensagem, e aportá-las a um quadro de referenciais teóricos, situando-as num paradigma acadêmico e visualizadas segundo o contexto histórico e social de suas produções.

Foi utilizada neste estudo a análise categorial temática, tendo em vista a diversidade de temas possíveis de serem abordados a partir das falas dos sujeitos.

O método de categorização permite a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem, sendo um método taxonômico bem concebido para satisfazer os colecionadores preocupados em introduzir uma ordem, segundo certos critérios, na desordem aparente (63).

Minayo (57) ressalta que a noção de *tema* está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, comportando um feixe de relações representado graficamente por meio de uma palavra, de uma frase, de um resumo. Segundo a autora, a análise temática desdobra-se em três etapas, a saber 1) *Pré-Análise*- consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa; 2) *Exploração do Material* - consiste essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto, de forma que o investigador encontre *categorias* que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado; 3) *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*- o analista propõe inferências, realiza interpretações e inter-relações com o quadro teórico adotado inicialmente.

A princípio foram realizadas leituras e releituras do material apreendido nas entrevistas, na tentativa de pouco a pouco identificar o que os informantes traziam em seus discursos, sendo possível então perceber o que era comum entre os elementos, assim como suas contradições. Para lidar com a riqueza do material Campos e Tutato (63) sugerem que o pesquisador tangencie tudo o que se escuta ou se lê do material com uniforme atenção, poupando assim esforços para manter uma atenção aguda, o que seria desgastante e improdutivo para se chegar ao oculto da fala dos sujeitos.

No seguimento destas recomendações, emergiram temáticas que subsidiaram a construção das diversas categorias.

5.8 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao sistema on line da Plataforma Brasil e teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/ UNICAMP sob o parecer de nº 217.677 (ANEXO C).

Os sujeitos foram informados sobre o anonimato e a liberdade em desistir a qualquer momento da pesquisa ao assinarem o TCLE conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (65).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a apresentação dos resultados e posterior discussão, foram elencados primeiramente os dados sócio-demográficos distribuídos em tabelas e sequencialmente a categorização, onde os participantes são identificados pela letra E, que designa entrevistado, acompanhada de um número que representa a ordem na qual a entrevista foi realizada. Destaca-se que não houve recusa de nenhum dos 12 participantes selecionados.

No que se refere ao sexo, os doze participantes são do sexo feminino, seguindo uma tendência já observada em outros estudos (66). Em relação à faixa etária, a que predominou foi de 31-40 anos. Quanto à escolaridade, a maior parte possui ensino superior completo. Estes dados podem ser visualizados na tabela 1 que segue:

Tabela 1: Caracterização dos profissionais segundo características sócio-demográficas (n=12).

Variáveis		Total
		F
Sexo	Masculino	0
	Feminino	12
	Total	12
Faixa Etária	20-30	3
	31-40	5
	41-50	1
	51-60	3
	Total	12
Escolaridade	Ens. Médio Completo	4
	Ens. Superior Completo	8
	Total	12

Fonte: Dados da pesquisa,2013

Quanto à formação, quatro são técnicas de enfermagem, três são enfermeiras, três são psicólogas e apenas uma terapeuta ocupacional e uma médica. Logo, a equipe possui uma diversidade de formação entre seus profissionais, corroborando com a lógica multidisciplinar do trabalho de um CAPS. No entanto, cabe ressaltar que a equipe de enfermagem que é composta pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem perfaz a maior parte da população do estudo, totalizando sete dos doze entrevistados.

O tempo de formação variou muito entre os participantes, sendo que aproximadamente metade da população possui entre 5 a 10 anos de formado. Estes dados podem ser visualizados na tabela 2 que segue:

Tabela 2: Caracterização dos profissionais segundo as características relacionadas à formação (n=12).

Variáveis	Total	
	F	
Formação	Enfermeiro	3
	Psicólogo	3
	Terapeuta Ocupacional	1
	Técnico de Enfermagem	4
	Médico	1
	Total	12
	Tempo de Formação	<1 ano
1 a 5 anos		2
5 a 10 anos		5
11 a 15 anos		0
16 a 20 anos		1
21 a 25 anos		0
26 a 30 anos		1
> 30 anos		2
Total		12

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Quanto à formação específica em saúde mental, oito não a possuem, perfazendo a maior parte da população para esta variável.

Verificou-se ainda que a maior parte da população (sete dos doze entrevistados) não teve nenhum contato com a prática de acolhimento na formação.

Em se tratando do tempo de trabalho no CAPS, percebeu-se também que há uma considerável diversificação entre os entrevistados, onde metade da população possui de 1 a 5 anos de trabalho, três de 11 a 14 anos, dois estão há menos de um ano e apenas um possui tempo de trabalho entre 6 a 10 anos.

Estes dados podem ser visualizados na tabela 3 que segue.

Tabela 3: Caracterização dos profissionais segundo as características relacionadas à formação em saúde mental e tempo de trabalho no CAPS (n=12).

Variáveis		Total
		F
Formação em saúde mental	Doutorado- em andamento	1
	Especialização/ Residência	3
	Não possui	8
	Total	12
Contato com a prática de acolhimento na formação	Sim	5
	Não	7
	Total	12
Tempo de trabalho no CAPS	< 1 ano	2
	1 a 5 anos	6
	6 a 10 anos	1
	11 a 14 anos	3
	Total	12

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

6.2 Categorias

Para fins de discussão deste estudo, adotei o termo cliente ao invés de paciente, tendo em vista que o primeiro termo designa a ideia de relação contratual. Na área da saúde, onde estão em contato para fins terapêuticos cliente e profissional, podemos falar então em contrato terapêutico (67). Além disso, tornou-se oportuno o seu uso frente a um dos referenciais teóricos adotados - o de Rogers, uma vez que em sua obra frequentemente faz alusão a este termo.

Nos serviços de saúde, comumente vemos a associação do termo paciente como aquele que sofre, que se submete, passivamente, sem críticas ao tratamento que se recomenda (67). Por este motivo não foi optado pela escolha deste termo .

Já o termo usuário não foi escolhido devido a sua abrangência de significado. Envolve tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador e gerente da instituição, bem como o gestor do sistema (67).

Utilizando-se da análise de conteúdo temática, foram encontradas as categorias descritas a seguir:

Categorias relacionadas aos significados do acolhimento

CATEGORIA 1: O acolhimento como ferramenta de escuta
CATEGORIA 2: O acolhimento facilitando o vínculo
CATEGORIA 3: O acolhimento visto como uma ajuda

Categorias relacionadas aos fatores que interferem no desenvolvimento do acolhimento

CATEGORIA 1: A carência de uma rede de serviços articulada interferindo no acolhimento
CATEGORIA 2: A organização interna do serviço interferindo no acolhimento

6.2.1 Categorias relacionadas aos significados do acolhimento

A abordagem qualitativa é um campo de pesquisa onde os achados encontrados perpassam pela subjetividade do indivíduo de acordo com os significados e vivências particulares que algo lhe representa. Cabe aqui ressaltar que neste estudo o objetivo principal diz respeito à compreensão dos significados.

Os significados, significações e ressignificações dizem respeito ao estudo dos fenômenos habituais ou novos nos settings da saúde quanto ao que querem dizer, passam a representar ou simbolizam- psicológica ou sociologicamente- para certos indivíduos ou para determinado grupo sociocultural (68).

A partir destas categorias, pretendeu-se extrair do conteúdo das falas dos sujeitos todos os significados atribuídos ao acolhimento na sua magnitude a partir da opinião do que cada um possuía sobre esta vertente assistencial. Ademais, não é possível dissociá-lo em sua significação o que o profissional efetivamente vivencia. Sendo assim, muito do que segue exposto guarda relação direta com a prática propriamente dita.

6.2.1.1 O acolhimento como ferramenta de escuta

O acolhimento na sua forma mais ampla caracteriza-se pela atitude de escuta receptiva e qualificada do profissional em relação ao cliente que frequentemente procura o serviço de saúde diante de sensações que lhe causam algum sofrimento ou desconforto físico e/ou emocional, envolvendo atitudes de empatia e solidariedade de todos os envolvidos no processo

Compreender o acolhimento como um espaço de escuta implica em afirmar que esse espaço pode ter potência de produzir um efeito terapêutico em sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico (69).

Devem ser consideradas as necessidades do cliente desde a sua chegada até o atendimento propriamente dito em um setting específico, que aqui pode ser um consultório, sala reservada, ou qualquer outro ambiente onde seja respeitada a sua privacidade.

Um ambiente privativo livre de ruídos ou qualquer outra movimentação externa é essencial para que o acolhimento se concretize, uma vez que o cliente se sente respeitado e ao mesmo tempo confiante no profissional para falar de si, pois consegue perceber que a sua individualidade e dignidade enquanto humano estão sendo respeitados.

No acolhimento, antes de qualquer coisa, a ferramenta principal utilizada pelo profissional para identificar as necessidades do cliente é a escuta. E a escuta a que me refiro é a escuta na sua totalidade, de todo o conteúdo explícito ou até mesmo latente, mas que o profissional a partir de sua experiência pode suficientemente criar um ambiente terapêutico propício para a sua manifestação.

Dessa forma, estabelece-se uma comunicação entre cliente e profissional. De um lado o cliente diante de suas necessidades e do outro o profissional que mostra-se disponível para ouvi-lo diante da demanda que se apresenta.

O estabelecimento da comunicação por meio da escuta pode ser sinalizado no conteúdo das falas de E10 e E5:

E10: “O acolhimento é nada mais nada menos do que você fazer uma escuta com o indivíduo. É fazer uma escuta e direcionar aquela queixa, o sofrimento dele”.

E5: “É fazer uma escuta qualificada desse paciente [...] e tentar entender melhor o que tá acontecendo”.

Fica evidente na fala e observação dos profissionais que o cliente é considerado no momento do acolhimento para que possa verbalizar os reais motivos que o levaram até o serviço. Suas necessidades são consideradas através de uma escuta receptiva. Estabelece-se aí uma comunicação entre os envolvidos, pois os profissionais direcionam a queixa ou tentam entender melhor o que está acontecendo com o cliente, conforme ressaltado nas falas de E10 e E5, respectivamente.

Rogers (45) coloca que a comunicação extra ou subverbal permite ao terapeuta captar e entender melhor o cliente, contudo ressalva que o tom de voz, a máscara facial ou o trejeito involuntário do terapeuta podem reforçar ou contradizer a mensagem explícita, tornando-a mais efetiva ou nula.

Para Rogers (46) a comunicação real efetua-se quando ouvimos com compreensão, procurando ver a idéia e a atitude expressas pela outra pessoa do seu ponto de vista, sentindo como ela reage, apreendendo o seu quadro de referência em relação àquilo sobre o que está falando.

Daí surge a importância da autenticidade do terapeuta, pois os seus verdadeiros sentimentos e atitudes serão comunicados ao cliente de algum modo, deliberado ou não (45).

Em algumas ocasiões a autenticidade é utilizada por Rogers como congruência para elucidar que quando o vivenciado num determinado momento está presente na consciência,

também estará presente na comunicação. Isto posto, cada um desses três níveis está emparelhado ou é congruente (70).

Na concepção rogeriana, uma escuta profunda dá possibilidades de ouvir as palavras, os pensamentos, a tonalidade dos sentimentos, o significado pessoal ou até mesmo o significado que subjaz às intenções conscientes do interlocutor e, em algumas ocasiões por trás de uma mensagem que parece pouco importante é possível ouvir o desconhecido e enterrado muito abaixo da superfície da pessoa. Ou seja, é uma forma de se estabelecer uma comunicação (70).

A escuta dos problemas trazidos pelos usuários, atentando-se para as necessidades que dizem ter, valoriza a singularidade do sujeito que busca cuidado e pode contribuir para a construção de uma relação de confiança e afeto. A escuta do outro, de suas demandas, desejos e necessidades estreita a relação do cuidador com o sujeito que busca cuidados (71).

Do conteúdo da fala de E11 pode-se inferir que esta lógica é contemplada, pois traz que onde há uma disponibilidade do profissional para ter uma escuta diferenciada, sem preocupações com o tempo destinado ao atendimento, promoverá um espaço de escuta onde o cliente realmente irá expor suas reais necessidades.

E11: “O acolhimento acima de tudo é você escutar aquilo que o paciente veio te dizer, o porquê que ele veio te procurar [...] escutar tudo que ele tem a dizer, sem formulários, sem perguntas dirigidas, escutar a vontade o paciente que é aí que você vai ver realmente a necessidade que ele tem pra você poder ver o quê que você pode oferecer pra ele”.

Quando o cliente desfruta de espaço para colocar suas dúvidas e angústias e percebe que é ouvido com atenção e que suas preocupações são consideradas, há abertura para conversa (3).

Diante de uma escuta atenta e interessada aos seus problemas, o cliente responde melhor às propostas de cuidado. O profissional, por sua vez, propõe intervenções que vão ao encontro de um cuidado integral e preocupado com o outro, contemplando as demandas dos indivíduos e a valorização de suas singularidades e limitações (72).

Rogers (70) coloca que em situações em que uma pessoa é efetivamente ouvida nos seus significados que para ela são importantes no momento e isso lhe é demonstrado, muitas coisas acontecem, entre as quais um olhar agradecido, uma sensação de alívio e um estímulo em direção a um novo sentido de liberdade, tornando-se, inclusive, mais aberta ao processo de mudança.

Em inúmeras situações do cotidiano do acolhimento pude presenciar que puramente a escuta exerce importante influência para minimizar sensações de fundo emocional desencadeadas por crises diversas e que o fato de eu me mostrar disponível e atento ao que o cliente trazia, fazia com que no decorrer do atendimento este fosse aos poucos obtendo o controle de suas emoções e ao final já se mostrava quase sempre mais confortado. É o que se pode observar no conteúdo das falas de E4, E10 e E11:

E4: *“É poder escutar alguém que está em sofrimento, ajudar essa pessoa nesse sofrimento naquele primeiro momento. Alguém me escutou, alguém me ouviu”.*

E10: *“Uma escuta e perguntar pra ele no que eu posso ajudar e deixar ele falar [...] sem pressa, deixar ele falar livremente, porque quando ele fala livremente ele consegue expressar qual que é a dor, qual que é a angústia”.*

E11: *“Quando ele percebe que ele pode falar, muitas vezes ele vem aqui, tá se negando à consulta, mas quando ele chega e vê uma pessoa que vai ouvir também o lado dele, ele começa a se abrir, eu acho que aí ele começa a se abrir e fica mais disposto também ao tratamento”.*

Infere-se, a partir daí, que o cliente é considerado no momento do acolhimento para que possa verbalizar os reais motivos que o levaram até o serviço e que suas necessidades são consideradas com uma escuta receptiva e interessada, estabelecendo uma relação terapêutica. Além disso, destacam que o profissional deve se colocar como alguém que está ali para escutar e o cliente percebe no profissional esta disponibilidade de tal forma que ocorrem situações onde o que o ele realmente precisava era isso -ser escutado com atenção e, quando isso lhe é permitido, sente-se melhor, mais aliviado após o atendimento do acolhimento.

Neste sentido, Rogers (46) ressalta que quando se ouve o que o cliente tem a dizer, compreendendo os significados e sendo capaz de sentir suas reações emocionais, o profissional liberta poderosas forças de transformação no cliente, fazendo com que este passe a estabelecer relações realistas e harmoniosas com situações perante as quais experimentava ódio ou medo. Frisa que tal atitude passa pela compreensão empática, sendo esta um modo de contato eficaz que pode provocar importantes alterações na personalidade.

Quando se cria um clima baseado na compreensão, ocorrem coisas incríveis, pois as pessoas conseguem sair de sua rigidez e caminham em direção à flexibilidade, da dependência da autonomia, do previsível a uma criatividade imprevisível, da defensividade à autoaceitação, apresentando então uma prova vívida de uma tendência à realização (45).

A tendência à realização diz respeito à tendência natural para o desenvolvimento completo, que está presente em todos os organismos vivos. Pode ser impedida, mas não pode ser destruída, sem destruir o organismo (73).

No momento em que uma pessoa é compreendida de maneira perceptiva, ela entra em contato mais próximo com uma variedade maior de suas vivências, propiciando-lhe um referencial mais amplo ao qual recorre para compreender a si mesma e nortear seu comportamento (45).

Ainda é necessário frisar que nos conteúdos de fala de E6, E11 e E2 fica nítido a importância da escuta no acolhimento, contudo estes ressaltam que o profissional neste momento não deve fazer julgamentos.

E6: “Ajudá-lo a verbalizar e não colocar coisas pra ele. Você não tá pra julgar e você respeita ele na sua totalidade, na sua integralidade. Ele sente a segurança de que ele vai ser respeitado, vai ser ouvido na dor, na demanda dele [...] e você vai ter paciência pra ouvir, não vai sugerir, não vai induzir ele a nada”.

E11: “Você vai ouvindo né sem julgamento nenhum [...] ele começa a se abrir eu acho que aí quando ele começa a se abrir [...] fica mais disposto também ao tratamento, à algum tipo de intervenção.

E2: É você estar do outro lado da mesa pra ouvir e não para criticar.

Rogers (46) ressalta que se uma pessoa é plenamente aceita, e nesta aceitação não há nenhum julgamento, somente compaixão e solidariedade, o indivíduo está apto a se ver consigo mesmo, a desenvolver a coragem de abandonar suas defesas e encarar seu Eu verdadeiro. Enfatiza ainda que a nossa tendência muito natural para julgar, avaliar, aprovar ou desaprovar as afirmações de outra pessoa ou de outro grupo, reagindo a qualquer afirmação com emotividade carregada e fazendo apreciações a partir do nosso próprio ponto de vista torna-se a maior barreira a comunicação interpessoal.

Concordo com Rogers no exposto anterior, tendo em vista que o cliente que está diante de um profissional que o escuta livremente sem julgamentos pré-concebidos certamente conseguirá expor tudo o que lhe incomoda ou aflige de forma mais confortável e segura. Cria-se a partir daí uma relação de vínculo, que irei discutir na categoria que segue.

6.2.1.2 O acolhimento facilitando a formação do vínculo

O bom atendimento, baseado na escuta do usuário, e o bom desempenho profissional favorecem o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde. Esse vínculo impulsiona o processo da assistência, proporcionando aos profissionais um maior conhecimento dos seus clientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso (74).

O vínculo promove ainda a possibilidade do profissional de saúde propor projetos terapêuticos mais apropriados à realidade de vida dos sujeitos doentes, o que pode determinar maiores chances de sua adesão ao tratamento, contribuindo para promover a autonomia e o poder de decisão sobre a saúde-doença (75).

No seu sentido literal, vínculo é tudo o que ata, liga ou aperta. Associa-se ainda a ligar-se moralmente (5).

O vínculo exige uma relação particular entre a preparação biológica do ser e sua experiência no mundo. No mundo social, na interação com o outro. Um exemplo disso é a mãe que não ama um filho genérico, nem o bebê ama uma mãe genérica: é na concretude das interações que o amor é construído entre dois indivíduos particulares (76).

No acolhimento quando o cliente revela as suas necessidades ao profissional e consegue perceber atitudes de consideração, confiança, respeito e empatia, inicia-se a formação do vínculo.

Em minha prática de acolhimento no CAPS posso ressaltar que o vínculo é essencial para se iniciar uma relação interpessoal, já que até a sua criação parece haver apenas uma certa formalidade entre profissional e cliente, que pode se constituir numa barreira, mas que aos poucos vai se dissolvendo quando o cliente percebe no profissional atitudes como a compreensão e a aceitação.

Rogers (46) enfatiza, entre outras condições, que numa relação onde há elevado grau de autenticidade do profissional, empatia sensível e precisa, e estima em relação ao cliente há uma considerável probabilidade de se tornar uma relação terapêutica eficaz.

Nessa perspectiva, do conteúdo da fala de E10, fica ressaltada a importância do vínculo que vai se construindo quando o profissional se implica com a queixa apresentada pelo cliente:

E10: “É se implicar com aquela queixa, um momento acho que a gente acaba criando um vínculo, uma aproximação [...] é um vínculo que vai se fortalecendo e isso é muito bacana, porque você consegue depois uma abordagem, ter um sucesso e um resultado positivo “.

Do conteúdo dessa fala, verifica-se que quando o cliente percebe a implicação do profissional diante de suas necessidades passa a sentir-se seguro, o que facilita a abordagem no acolhimento. Infere-se então, que diante dessa atitude de implicação do profissional, a formação do vínculo entre cliente e profissional fica facilitada.

Num sentido semelhante E7 alude o estabelecimento do vínculo, por meio da aproximação com o cliente e demonstração de interesse e que a partir daí é que são tomadas as condutas mais acertadas. Compreende-se que isto ocorre, pois o cliente irá mostrar-se por inteiro nesta relação interpessoal com o profissional e expor fielmente suas reais necessidades.

E7: “É trazer pra perto e prestar atenção nas questões específicas pra poder auxiliar na forma mais adequada”.

Na medida em que o cliente percebe essa preocupação por parte do profissional, passa a sentir confiança para falar livremente dos motivos que o levaram até a unidade, facilitando o acesso do profissional a dados do cliente que até então podiam estar latentes e que a partir dessa relação, podem se tornar manifestos.

Nesse aspecto, Rogers (73) salienta que quando o cliente depara com este profissional que o escuta e valoriza aspectos ocultos e desagradáveis que foram expressos, vivencia apreço e afeição por si mesmo. À medida que o profissional é percebido como sendo real, o cliente é capaz de abandonar fachadas, para mostrar mais abertamente sua vivência interna.

Em um estudo realizado por Monteiro, Figueiredo, Machado (77) onde unidades de saúde da família estavam sendo implantadas, verificou-se que a confiança, dentre outros elementos, foi indispensável para a formação do vínculo e que este ocorre de forma lenta e gradual.

Esta percepção ficou corroborada no conteúdo da fala de E5, onde depreende-se que a formação do vínculo ocorre paulatinamente e reforça inclusive, que caso não haja a sua formação o cliente poderá resistir em retornar à unidade e seu tratamento possivelmente ficará prejudicado.

E5: “Nesse primeiro contato com o paciente, tentar estabelecer um vínculo com ele acho que é essencial. Muitas vezes, a gente num consegue num primeiro atendimento, mas isso é essencial [...] então a gente pede pra que esse paciente venha frequentar o nosso serviço, por exemplo, diariamente pra gente tá conhecendo melhor, pra ele tá conhecendo o serviço muito melhor. Se isso não for colocado, não for estabelecido um vínculo, é muito difícil que esse paciente venha”.

Na fala de E7 fica clara a alusão ao estabelecimento do vínculo por meio da aproximação e demonstração de interesse com o cliente, e que a partir daí é que são tomadas as condutas mais acertadas, uma vez que este realmente mostra-se por inteiro na relação interpessoal com o profissional, expondo fielmente suas reais necessidades.

Apresentadas estas proposições, concordo com as autoras (78) quando ressaltam que o acolhimento pode ser considerado como um modo ou ferramenta de saúde, nesta relação entre profissional e cliente, pois a vida não se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas, sobretudo entre os sujeitos, nos vínculos que são construídos em suas relações interpessoais. Nestas relações, criam-se possibilidades para que uma das partes ou ambas as partes sejam ajudadas nas suas necessidades, o que é discutido na próxima categoria.

6.2.1.3 O acolhimento visto como uma ajuda

Uma relação na qual se busca ouvir com atenção e compreender as necessidades do outro é sempre uma relação de ajuda.

Esta lógica é preconizada no Manual de Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde do Ministério da Saúde (1) em que se entende o acolhimento como a responsabilidade do profissional em compartilhar saberes, angústias e abrigar e agasalhar o outro em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade.

No seu sentido estrito, ajudar é dar auxílio, assistência, socorrer, facilitar; dar assistência a alguém ou em algo (5).

Rogers (46) entende por uma relação de ajuda aquela na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida.

O principal objetivo de uma relação de ajuda é fazer com que o cliente compreenda seu sofrimento psíquico e encontre, através de um processo de resgate de seu valor interno as suas potencialidades, sendo então coparticipante de seu tratamento (79).

Do conteúdo da fala de E1, fica ressaltado que o cliente ao chegar no acolhimento é sempre considerado como alguém que necessita de ajuda. Utiliza inclusive em sua fala, os sinônimos apoio e suporte que sustentam a sua ideia central.

E1: “Quando a pessoa chega aqui, normalmente a gente vê que é um paciente que [...] nitidamente precisa de uma ajuda, de um apoio, um suporte”.

Nas falas de E4 e E9 o conteúdo trazido é semelhante ao de E1, onde o acolhimento é visto como uma forma de ajudar o cliente, contudo expressam ainda que a ajuda já acontece quando tão e simplesmente o profissional permite que o cliente fale de seus problemas, considerando-o na sua necessidade.

E4: “Ajudar essa pessoa nesse sofrimento, naquele primeiro momento, alguém me escutou, alguém me ouviu [...] a gente dar uma continência, uma continência que é possível nesta instituição e que a instituição pode encaminha [...] e atento a esse sofrimento que nos é apresentado”.

E9: “A gente ajuda com o acolhimento. A gente sabe que sempre pode se fazer algo, que num existe um caso que não se pode fazer algo. Se não pode fazer aqui a gente pode encaminhar pra outro lugar. Eu sinto assim que de alguma forma eu posso ajudar. A pessoa vai se abrindo, ela vai se aliviando. De uma maneira ou outra a gente vai ajudando só de escutar”.

Estas percepções vão de encontro ao que se preconiza na política ministerial sobre o acolhimento (1), onde a premissa básica é entender e “agasalhar” o outro em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso. Constata-se esta vertente quando entendem que sempre é possível ajudar no acolhimento, ainda que em algumas situações não há recursos disponíveis para suprir a demanda apresentada no serviço que atuam.

Da minha vivência e observação no campo de estudo, verifico que há congruência entre o que é dito nestas falas e o praticado pelos profissionais, já que comumente se empenham na busca de estratégias para ajudar o cliente, sempre considerando o que é trazido por ele, assim como as especificidade e possibilidades do serviço, sendo que em algumas ocasiões o caso demanda intervenções de outros cenários terapêuticos.

No conteúdo da fala de E8, fica também destacado o sentido de acolhimento como ajuda. No entanto, verifica-se que para isto ocorrer é necessária uma disponibilidade do profissional que tem de estar acessível à escuta do cliente para que possa compreendê-lo e a partir daí ajudá-lo.

E8: *“É estar aberto para a escuta do outro, no que eu posso amenizar o sofrimento do outro com o meu acolhimento. Então, acolher é estar aberto a ouvir, a escutar, e conseqüentemente dali vem uma ajuda”.*

O conteúdo da fala de E5, reforça a importância desta disponibilidade interna para acolher o cliente:

E5: *“Eu acho que pode acontecer dias que você não tá num dia bom pra isso. Então acho que a pessoa tem que tá bem, o profissional tem que tá bem [...] .Eu acho que desde a recepção [...] que ele chega pra gente é importante a forma como ele é acolhido”.*

Nessa compreensão Rocha e Barcelos (80) frisam que o profissional na sua relação de ajuda junto ao cliente precisa discutir a situação de forma que esta fique mais clara, o que requer ter disponibilidade interna no exercício da autoconscientização para o trabalho em saúde mental .

Das falas de E8 e E5, fica evidenciado que para que o profissional possa efetivamente ajudar o cliente precisa estar munido de uma disponibilidade interna. E que caso isto não ocorra, infere-se que o acolhimento poderá ficar prejudicado.

De encontro a necessidade da disponibilidade do profissional para a relação de ajuda, autores (81) salientam que um requisito fundamental para a relação de ajuda é a empatia, pois nela é que se conhece profundamente os problemas do cliente e a sua maneira de pensar, sendo possível ajudá-lo a enfrentar e resolver seus problemas conforme o seu próprio ponto de vista. Contudo, reforçam que para isso é necessário que o profissional esteja em uma verdadeira relação de ajuda com o outro, visando, através de sua doação, a capacitação da parte ajudada, aceitando os comportamentos e atitudes sem preconceitos.

A aceitação incondicional deve ser feita inclusive através dos próprios atos do profissional, que deve estar atento a gestos, olhares, e tons de voz que podem se mostrar ameaçadores e punitivos ao cliente (81).

Na concepção rogeriana (46), a atitude de aceitação deve existir para que seja criada uma relação de ajuda, onde o cliente possa confiar no profissional. Para isso, este deve mostrar-se o mais transparente possível (o que Rogers chama de congruência). A congruência acontece quando nenhum sentimento é escondido na relação entre ambos. Uma maneira de exprimir isso é quando o profissional estabelece uma relação de ajuda consigo mesmo, estando sensivelmente consciente dos seus próprios sentimentos e aceitá-los.

6.2.2 Categorias relacionadas aos fatores que interferem no acolhimento

Nestas categorias procurei expor a partir do conteúdo das falas dos sujeitos fatores que possivelmente poderiam causar alguma interferência neste processo de acolhimento. Digo que é um processo, pois o ato de acolher não se resume ao atendimento em si. Tem uma amplitude extensa, que vai desde o momento em que o cliente adentra no serviço de saúde e é recepcionado por algum profissional, independentemente de sua formação ou escala hierárquica, passa pelo atendimento em si onde são verificadas as suas necessidades e, por fim são traçadas as intervenções.

É válido ressaltar que as situações aqui descritas, muitas vezes também foram vivenciadas por mim na prática como enfermeiro na unidade estudada e, por isso trazem algum valor particular de identificação. Por este motivo, inclusive, escolhemos (eu e o orientador) o estudo de caso como método.

6.2.2.1 A carência de uma rede de serviços articulada interferindo no acolhimento

Nesta subcategoria são expostas as falas dos sujeitos que abordam a deficiência ou inexistência de uma rede de serviços que dão suporte ao atendimento de pessoas que não tem indicação específica para o CAPS, bem como para aquelas que tem transtorno mental e possuem indicação, porém suas necessidades vão para além das possibilidades de um CAPS.

As redes de atenção à saúde são organizações de conjuntos de serviços de saúde unidos entre si por uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população. É coordenada pela atenção primária à saúde que é prestada em tempo e lugares certos, por custo tempo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população (82).

Nesse entendimento, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (83).

Dentre os objetivos gerais desta rede, estão o de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Especificamente a rede de atenção psicossocial visa entre

outros objetivos promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (83).

A rede de atenção psicossocial é composta por uma multiplicidade de componentes (83). Estes são elencados abaixo, sendo que cada um vem representado por serviços que os compõem:

- Atenção Básica em Saúde: UBS;
- Atenção Psicossocial Especializada: CAPS;
- Atenção de Urgência e Emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas);
- Atenção Hospitalar: enfermaria em Hospital Geral;
- Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

No acolhimento o profissional tem por responsabilidade traçar uma conduta específica para o caso que se encontra diante de si e, invariavelmente no serviço em estudo, a demanda que é encaminhada exige a disponibilidade de outros serviços, tais como os supra elencados dentro de uma rede de atenção. No entanto, do conteúdo da fala de E1, E4 e E7 fica evidenciada a carência desta rede de serviços:

E1: “Quando o paciente é daqui até acho que ele é mais fácil porque a gente pensa junto com a equipe, junto com a família e paciente e posteriormente um projeto terapêutico se ele continua vindo aqui, mas se ele não é daqui eu tenho essa dificuldade pra onde encaminhar porque eu sinto que é uma rede muito falha. Então são pacientes que precisa ir pra neurologia, a fila de espera é muito grande e este paciente fica desassistido. Quando é algum com deficiência intelectual pra onde encaminhar?”

E2: “Às vezes o paciente vem, a gente faz o acolhimento e o paciente não é [...] não tem como a gente resolver, a gente tem que encaminhar pra outros lugares

e às vezes esse lugar num existe . Queném, por exemplo, se eu fizer o acolhimento do paciente e o paciente for Alzheimer eu vou mandar ele pra onde? Eu não tenho rede pra isso [...] Eu vou ficar com ele no CAPS?”

E7: “Se é um paciente que você tem que mandar pra outro serviço você não tem esse serviço pra mandar, você não tem respaldo. Então você tem que acolher o paciente sem ter um apoio [...] de rede mesmo”.

Nota-se que o CAPS acaba por receber encaminhamentos que vão muito além da sua especificidade, como os casos de demência e deficiência intelectual destacadas nas falas de E2 e E1, respectivamente. Contudo, pela falta de uma rede de serviços que contemple a existência de vaga na especialidade (neste caso neurologia) no momento em que o cliente necessita, o profissional acaba por atendê-lo no próprio serviço, pois não tem para onde encaminhá-lo.

Em um estudo realizado por Ferrer e Campos (84) entre profissionais de um CAPS de um grande município brasileiro, verificou-se uma realidade semelhante, onde a demanda que chega é considerada não qualificada, porque os serviços encaminham casos que não tem indicação, interferindo diretamente na qualidade da assistência prestada.

Verifica-se ainda dos conteúdos das falas de E3, E4 e E9 que surgem casos no acolhimento onde o profissional verifica que o cliente tem autonomia para frequentar outros equipamentos de uma rede de serviços além do CAPS, para promover sua socialização. No entanto, pela inexistência desta rede, onde se incluem centros de convivência e serviços de residência terapêutica, por exemplo, essa clientela acaba vindo ao CAPS numa frequência maior, ainda que sem a devida indicação.

Essa realidade é exposta nas falas de E3, E4 e E9.

E3: “Quando a gente faz acolhimento, o que me incomoda é a falta de recursos na comunidade. Num tem residência terapêutica, num tem centro de convivência, num tem nada. Você vê que o paciente poderia fazer alguma coisa lá fora, mas a gente acaba puxando aqui pro CAPS pra ele ter uma socialização, porque lá fora não tem pra onde ele ir”.

E4: “O paciente com transtorno mental compatível com a inserção dele nesse serviço tem outras demandas sociais que a gente não vai conseguir dar conta aqui e não tem uma rede pra esse encaminhamento de uma forma tranquila, completa, que a gente vá conseguir seguir o princípio da integralidade que o SUS prega, né”.

E9: “A estrutura lá fora não tem é [...] pra doenças mentais, tem mais pras pessoas que a sociedade considera normal intelectualmente, mas pras pessoas doentes mentais ainda não tem as portas tão abertas assim”.

Tais interpretações vão ao encontro do pressuposto inicial deste estudo em que se infere do conteúdo destas falas que a resolutividade do acolhimento fica prejudicada pela deficiência de uma rede de atendimento constituída de outros equipamentos que possam dar suporte aos casos.

A resolutividade vai ao encontro de um constante repensar dos profissionais em agir e procurar solucionar os problemas relatados pelos usuários seja na própria unidade ou por meio do encaminhamento a outro serviço, quando necessário for, pois o usuário, ao procurar a unidade de Saúde, espera que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa dar respostas resolutivas ao seu problema e que o conjunto das ações de saúde lhe traga benefícios (85)

Campos e Ferrer (84) enfatizam que as múltiplas demandas produzidas pelos usuários e seus familiares de um CAPS extrapolam as possibilidades que os profissionais podem oferecer. Além disso, a doença mental aparece camuflada por precárias condições sociais e econômicas, tornando difícil estabelecer pontos de partida para a condução dos casos, promovendo grande discussão em relação às fronteiras entre aquilo que é considerado da saúde e o que cabe à Promoção Social, por exemplo, além da articulação do CAPS com a rede.

Nesta concepção, Campos e Furtado (86) sinalizam que no caso da saúde mental e em especial dos CAPS deve-se levar em conta que esses centros de forma isolada sem o apoio de uma estrutura de rede, podem dar respostas parciais não apenas devido às suas limitações internas, mas também por não estarem inseridos em uma proposta política mais ampla. Além disso, os mesmos autores (87) ressaltam que ao assumirem essa prática, o CAPS corre o risco de assumir o mandato social do manicômio, de encerrar a loucura, contê-la ou afastá-la da rua.

6.2.2.2 A organização interna do serviço interferindo no acolhimento

Nesta subcategoria são trazidas as discussões relacionadas às falas dos sujeitos que trazem em seu conteúdo relações diretas da organização do atendimento no serviço como algo que interfere diretamente no acolhimento, levando-se em conta a diversidade de atribuições de um CAPS. Além disso, a forma como o cliente é encaminhado.

Os profissionais que atuam em um CAPS comumente têm múltiplas funções cotidianas além do acolhimento, entre as quais merecem destaque o acompanhamento e o suporte constante dos casos que ficam sob sua responsabilidade por meio do projeto terapêutico.

Em um estudo realizado por Miranda e Campos (88), onde os sujeitos eram membros de equipes de saúde mental, ficou destacado essa lógica de diversificação de funções que estavam envolvidas em seu trabalho, com ênfase nas chamadas questões “burocráticas” e formulários ligados a benefícios e sobrevivência dos usuários, tais como aquisição de documentos pessoais, alimentação e moradia.

Em outro estudo realizado por Campos (84) em que foi abordado o sofrimento psíquico de trabalhadores de um CAPS estes descreveram que existem momentos em que há a exigência da presença deles em vários lugares ao mesmo tempo, principalmente nos equipamentos onde ocorre maior defasagem de recursos humanos.

O conteúdo das falas de E12 e E6 vão ao encontro desta fundamentação:

E12: “O alto número de acolhimentos nos exige atenção difusa, acho que muitas vezes os acolhimentos são atravessados por outras necessidades, por outras emergências ou até mesmo outros acolhimentos né que precisam ser feitos naquele mesmo momento”.

E6: “É muito pouca gente. Fica uma dificuldade cê tá fazendo uma coisa tem que parar pra ver uma outra. Fica uma coisa desorganizada, você desorganiza e, tem semana que tem muita gente pro acolhimento [...] você só vê pessoas no acolhimento. Ou seja, os pacientes ficam prá depois [...] e aí vai fazer visita, vai fazer busca ativa, vai fazer matriciamento com três gato pingado fazendo tudo [...] então fica uma coisa horrrosa né”.

Do conteúdo destas falas, infere-se que o profissional sente-se sobrecarregado diante dos vários agendamentos de acolhimento para um mesmo período, pois é uma atividade que, em saúde mental, vai para além do atendimento queixa-conduta, demandando além da escuta, discussões com outros profissionais para então ser tomada uma decisão para o caso. Não obstante, esse mesmo profissional possui outras atividades afins (matriciamento, visitas, grupos, atendimentos aos pacientes já inseridos) sob sua responsabilidade, gerando um acúmulo de tarefas que prejudica a atenção direcionada ao acolhimento.

Da fala de E6 fica nítida a observação de que o quantitativo de profissionais do serviço é insuficiente .

Quando comparado, por exemplo, a um dos cinco CAPS III de mesma especificidade da cidade de Campinas, o serviço que tem o menor número conta com cinquenta e quatro profissionais (89), inferindo-se então que o número de profissionais é insuficiente para o desenvolvimento desta multiplicidade de tarefas, entre elas o acolhimento. Torna-se necessário um maior investimento na contratação de profissionais de forma que haja redistribuição das atividades no serviço, permitindo maior atenção ao cliente que procura o serviço em situações de acolhimento, assim como para aquele que já o frequenta.

Ainda em relação à organização do serviço, verifica-se que a forma como o cliente é encaminhado não está devidamente definida, pois não há protocolos ou fluxos previamente estabelecidos conforme se observa nas falas de E8 e E6, respectivamente:

E8: “Outra grande dificuldade é a falta de protocolo. Quando a gente num tem protocolo há um sofrimento nesse serviço por ser 24 horas, de que tudo nele cabe né. Então você atende e [...] tem questões que você não tem prá onde encaminhar. Então você fica [...] sabe com o paciente ali e mandam pra você e você não, não é do CAPS, mas você num tem prá onde mandar né.

E6: “O fluxo não tá estabelecido, é muito mal organizado como chega ,como vai, entendeu. A gente estabeleceu que chega pela unidade básica até pra ficar no território, pro indivíduo procurar o bairro [...] num dá pra ser inflexível, então é unidades básicas e outros serviços da rede, o [...] que é o Hospital Municipal. Era demanda espontânea. É que a gente fechou essa demanda espontânea porque a gente não “tem perna” pra atender todo mundo”.

A falta de protocolos e fluxos realmente é algo que interfere muito na dinâmica do acolhimento, pois em muitas ocasiões na minha prática pude perceber que os serviços de saúde como um todo – UBS, Ambulatórios, Hospital Geral encaminham para o CAPS sem no entanto considerar a especificidade do serviço, que é a de atender transtornos psicóticos, ansiosos, depressivos graves e persistentes.

Por meio dos protocolos é possível gerir os serviços de saúde, pois organizam o trabalho em uma unidade e no território, assim como os fluxos administrativos contidos nas propostas dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, e níveis de atenção com outras instituições sociais (90).

Quanto ao fluxo, é comum o hospital geral encaminhar diretamente ao CAPS sem seguir a lógica de que o cliente teria que passar por sua UBS para que seu caso também fosse de conhecimento dos profissionais que atuam no território. No entanto, esta lógica nem sempre acontece, o que fere a lógica da integralidade na assistência. Tal ocorrência pode ser constatada especialmente na fala de E6.

A integralidade só pode ser garantida pela forma como as conexões são estabelecidas e as alternativas utilizadas para sua melhor implementação. O que de fato está preconizado é uma troca de informações, um contato entre profissionais com vistas a qualificar o cuidado ao usuário, seja ele realizado por um formulário, contato telefônico ou contato direto entre os profissionais e equipes de matriciamento (91).

Segundo Figueiredo e Campos (47) o matriciamento se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado à uma equipe interdisciplinar de saúde com vistas a ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, podendo ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas, sendo que na saúde mental é importante para promover maior consistência às intervenções em saúde em geral e em saúde mental em particular. Ocorre a partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras) e os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos.

Nesta lógica, pode-se constatar que o matriciamento organiza o fluxo de assistência, na medida que possibilita a resolutividade e qualifica a demanda, contudo na unidade estudada o matriciamento não está consolidado no município. O que existe é um projeto chamado de “aproximação”, onde um técnico de nível superior dirige-se a uma determinada unidade básica de saúde e discute os casos ou faz algum grupo ou oficina, não havendo uma equipe multidisciplinar para este fim.

Sendo assim, o profissional procura suprimir a demanda reprimida de encaminhamentos com tais intervenções, mas não consegue sozinho estabelecer fluxos de atendimento e, em muitos dos locais onde existe esse projeto, os próprios profissionais encaminham para o CAPS sem que sejam cumpridos os critérios de especificidade do serviço, ferindo a lógica conceitual e a prática de entrada nestes serviços que é sempre iniciada por um acolhimento.

7 CONCLUSÃO

A prática do acolhimento vem alcançando espaço nos serviços de saúde do SUS, já que se percebeu que pode instrumentalizar e direcionar a demanda de seus clientes. Além disso, se prima pela resolutividade, na medida em que considera o indivíduo em suas múltiplas dimensões, de forma a determinar as causalidades do problema que se apresenta.

Em um dispositivo de saúde mental como os CAPS, o ato de acolher é um dos principais atributos, considerando que esta prática envolve principalmente a escuta das pessoas e, escutar em saúde mental é tradicionalmente visto como atitude elementar dos profissionais que atuam nessa área. Neste estudo em especial, os sujeitos reconheceram que por meio da escuta é possível estabelecer a comunicação com o cliente, uma vez que é neste momento que suas necessidades serão levantadas e direcionadas. No entanto, fica ressaltada a importância da disponibilidade e interesse do profissional que realiza o acolhimento para que ocorra uma escuta qualificada.

O vínculo também é percebido pelos sujeitos como ferramenta essencial no acolhimento, algo que vai se construindo aos poucos, na medida que o cliente percebe a implicação do profissional diante de suas necessidades, transmitindo-lhe segurança e confiança, facilitando a abordagem e o estabelecimento de condutas mais acertadas.

Na percepção dos sujeitos, o acolhimento também é destacado como um momento de ajuda. No entanto, sinalizam a importância da disponibilidade do profissional para que ele ocorra.

Fica destacado, porém, na percepção dos sujeitos que o serviço onde atuam atende casos de clientes que vão muito além de sua especificidade e não há na rede de serviços outros equipamentos que dêem suporte a estes atendimentos. Não obstante a isso, consideram o quantitativo de profissionais insuficiente para a demanda de trabalho e que protocolos e fluxos de encaminhamentos não estão devidamente definidos.

Evidencia-se então, que os sujeitos percebem o acolhimento como um processo que transcende uma triagem baseada em queixa- conduta e apontam percepções que vão ao encontro da teoria centrada na pessoa de Rogers - escuta, ajuda e vínculo. No entanto, sinalizam que seu desenvolvimento fica prejudicado no serviço onde atuam devido a fatores institucionais e à carência de outros serviços que também articulam uma rede em saúde mental.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se pensa na lógica do acolhimento em um serviço de saúde mental como o CAPS, inúmeras concepções emergem à consciência que vão desde o simples ato de acolher e receber propriamente dito até a resolutividade da demanda apresentada pelo usuário.

De fato o acolhimento representa receber e escutar o usuário com atenção e disponibilidade de forma a edificar um vínculo e promover uma relação de ajuda, conforme ficou ressaltado nas falas dos sujeitos. Todavia, observa-se que na prática diária do serviço estudado alguns elementos precisam ser estruturados, pois o que fica nítido é que os sujeitos percebem a idealização de um acolhimento, mas reforçam sua fragilidade na realidade do trabalho diário, devido à carência de outros equipamentos que possam lhe dar o devido suporte. Neste caso, destacam-se os centros de convivência, os serviços de residência terapêutica, a implantação efetiva do matriciamento e a disposição de leitos em hospital geral para atendimento psiquiátrico.

Para tanto, torna-se necessária o investimento crescente por parte da gestão pública na implantação destes serviços, uma vez que o CAPS por si só não deve ser o único responsável em assumir os casos em saúde mental. Deve funcionar sim como um articulador entre os diversos serviços que incluem desde a rede básica até o hospital geral.

É fundamental que haja maior investimento na contratação de pessoal, pois o que se observou é que os profissionais se sentem sobrecarregados diante da demanda crescente e da multiplicidade de tarefas.

Outrossim, a demanda que se apresenta no CAPS precisa ser mais qualificada e, para tanto, os serviços encaminhantes, na sua maioria UBSs, carecem de capacitação contínua, de forma inclusive a se conscientizar sobre o papel destes serviços na saúde mental. Assim, possivelmente os encaminhamentos seriam mais direcionados e não sobrecarregariam o acolhimento e outras modalidades terapêuticas, como os grupos e oficinas.

Por fim, urge ainda que os protocolos e fluxos de atendimento sejam definidos de forma compartilhada com toda a rede de serviços de saúde, com vistas a promover um atendimento humanizado e de qualidade ao usuário em sofrimento mental.

9 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Brasília: 2010. 46p.
2. Raimundo JS, Cadete MMM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2):61-7.
3. Arruda C, da Silva DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Rev bras enferm.* 2012 set/out; 65(5):758-66.
4. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev enferm UERJ.* 2011 jul/set; 19(3):457-62.
5. Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa. 7.ed. Curitiba: Ed. Positivo; 2008; p895.
6. Falk MLR, Falk JW, de Oliveira FA, da Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS.* 2010 jan/mar; 13(1): 4-9.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. 1.ed. Brasília: 2013. 289p.
8. Londero S. Re-inventando o acolhimento em um Serviço de Saúde Mental [Dissertação]. Porto Alegre(RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
9. Pinheiro MCB. Projeto de intervenção: Acolhimento como diretriz operacional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) José Carlos Souto. Recife, 2010. 33p.
10. Camelo SHH, Angeramini ELS. Silva EM, Mishima S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão. *Rev Latino-Am Enferm.* 2000 ago; 8(4): 30-7.
11. Colomé CL, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Rev do Centro de Ciências da Saúde.* Santa Maria: 2008; 34(1): 37-43.
12. Guerrero P, Mello ALSF de, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto contexto- enferm.* 2013 jan/mar; 22(1): 132-140.
13. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um

- resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2012 ago; 17(8):2071-85.
14. Silva CRA, Lunardi Filho WD, Backes DS, Silveira RS, Lunardi VL, Silva APA. Acolhimento como estratégia do programa nacional de humanização. Cienc. Cuid. Saúde. 2011 jan/ mar; 10(1): 35-43.
 15. Araújo AK, Tanaka OY. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS Interface comun. saúde educ. 2012 out/nov; 16(43): 917-28.
 16. Merhy EE, Bueno WS, Franco TB. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 1999 abr/jun; 15(2):345-53.
 17. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2005 out/dez; 5(4): 493-503.
 18. Damasceno RF, Souza LPS, Ruas MFL, Brito PA de, Silva EA e, Silva JLS da. O acolhimento no contexto estratégia saúde da família. J. Health Sci. Inst. 2012; 30(1): 37-40.
 19. Mielke FB, Olschowsky A. Ações de saúde Mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. Esc. Anna Nery. 2011 out/dez; 15(4): 762-68.
 20. Nagaoka AP, Furegato ARF, Santos JLF. Usuários de um centro de atenção psicossocial e sua vivência com a doença mental. Rev. Esc. Enferm. USP .2011 ago ; 45(4): 912-7.
 21. Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem .2005 set/out; 13(5): 737-42.
 22. Oliveira FB de, Silva KMD, Silva JCC e. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. Rev. Gaúcha Enferm. 2009 dez; 30(4): 692-9.
 23. Carvalho MB de. Inserção histórica da psiquiatria no Brasil. In: Carvalho MB (org) Psiquiatria para a enfermagem. São Paulo: Rideel; 2012.
 24. Devera D, Rosa A da Costa. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na *práxis*. Revista de Psicologia da Unesp. 2007; 6(1): 60-79.
 25. Paranhos FPP, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis .2013 jan; 23(1):13-31.

26. Nicácio E. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Cad. Saúde Pública. 2011 jan/mar; 27(3): 612-3.
27. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticos. Ciênc. saúde coletiva. 2011 dez; 16(12): 4579-89.
28. Quintas RM, Amarante P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. Saúde debate. 2008 jan/dez; 32(78/80): 99-107.
29. Bonfada D, Guimarães J, Miranda, FAN de, Brito AAC de. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. Esc. Anna Nery. 2013 abr/jun; 17(2): 227-33.
30. Brasil. Legislação Federal. Lei Nº 10216. 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasil (País).
31. Coimbra VCC. O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial Ribeirão Preto (SP) [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: 2004.86p.
33. Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no CAPS. Esc Anna Nery. 2011 jan/mar; 15(1):110-15.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasil (País).
35. Nasi C, Schneider JF. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. Rev. Esc Enferm USP. 2011 out; 45(5):1157-63.
36. Martinhago F, OLIVEIRA WF. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. Saúde em Debate. 2012 out/dez; 36(95): 583-94.
37. Coimbra VCC, Nunes CK, Kantorski LP, Oliveira MM de, Eslabão AD, Cruz VD. As tecnologias utilizadas no processo de trabalho do centro de atenção psicossocial com vistas à integralidade. Rev pesqui Cuid. Fundam. 2013 abr/jun; 5(2): 3876-83.
38. Kantorsky LP, Coimbra VCC. O acolhimento em Centro de Atenção Psicossocial. Rev Enferm UERJ. 2005 jan/abr; 13(1): 57-62.
39. Duarte M de Lourdes, Kantorski LP. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. Rev bras enferm. 2011 fev; 64(1): 47-52.

40. Souza ACS, Ribeiro MC. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2013 abr; 21(1): 91-8.
41. Messias JCC, Cury VE. Psicoterapia Centrada na pessoa e o conceito de experiencição. *Psicologia: reflexão e crítica*; 2006;19(3): 355-61.
42. Gomes WB, Holanda AF, Gauer G. Psicologia Humanista no Brasil. Acesso em 10/08/2013. Disponível em URL:<<http://www.ufrgs.br/museupsi/brasilpsio.htm>>.
43. Fonseca MJM. Carl Rogers: uma concepção holística do homem. Acesso em 31.08/2013. Disponível em URL: <www.ipv.pt/millenium/Millenium36/4.pdf>.
44. Rogers CR. Psicoterapia e consulta psicológica. (Trad. Manuel José do Carmo Ferreira). 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005. p28-42.
45. Rogers CR, Rosenberg RL. A pessoa como centro. São Paulo: EPU, 1977.228p.
46. Rogers CR. Tornar-se Pessoa. 5.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001(Tradução Manuel José do Carmo Ferreira e Alvamar Lamparelli).489p.
47. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? .*Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14(1): 129-38.
48. Furtado JP, Campos RO. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev. Latinoam Psicopat Fund*. 2005 mar; 8(1): 109-22.
49. Campos RO, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. Campinas: Unicamp; 2011.p69.
50. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. p175.
51. Ludke M, Andre MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. 99p.
52. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos.4.ed. Porto Alegre: Bookman; 2010. 248p.
53. Ventura MM. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Rev SOCERJ*. 2007 set/out ; 20(5): 383-6.
54. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2007.175p.
55. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008 jan; 24(1): 17-27.

56. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011 fev; 27(2):389-94.
57. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed.São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.
58. Rennó CSR. Acolhimento na percepção de pacientes portadores de neoplasia em uma unidade de oncologia do sul de Minas Gerais [Dissertação]. Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.
59. Queiroz DT, Teixeira D, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev enferm UERJ*. 2007 abr/jun; 15(2):276-83.
60. Ollaik LG, Ziller HM. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educ Pesqui*. 2012 jan/mar; 38(1): 229-42.
61. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Latino- Am Enfermagem*. 2006 set/out; 14(5): 812-20.
62. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004 set/out; 57(5):611-14.
63. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.281p
64. Campos CJG, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009 abr; 17(2): 259-64.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº196. 19 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
66. Furegato ARF, Osinaga VLM, Galera SAF, Pillon SC. Avaliação de instrumento para diagnóstico das atividades dos profissionais de saúde mental: estudo piloto. *Cad Bras Saúde Mental*. 2010; 1(2):23-37.
67. Rede HumanizaSUS Glossário. Acesso em 20/09/2013. Disponível em URL: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary>>
68. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico- qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas: Vozes; 2010. 685p

69. Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. Rev Baiana de Saúde Pública. 2011 out/dez; 35(4): 966-83.
70. Rogers CR. Um jeito de ser São Paulo. São Paulo: EPU, 2003 (Trad Maria Cristina Machado Kupfer, Heloisa Lebrão, Yone Souza Patto). São Paulo: EPU, 2003. 156p
71. Nascimento PTA do, Pekelman R. Acesso e acolhimento: “ruídos” e escutas nos encontros entre trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde. Rev APS. 2012; 15(4): 380-94.
72. Magalhães VC, Pinho LB de, Lacchini AJB, Schneider JF, Olschowskys A. Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica. R pesq cuid fundam .2012 out/dez; 4(4):3105-17.
73. Rogers CR. Sobre o poder pessoal. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.273p.
74. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta Paul Enferm. 2007 jan/ mar; 20(1):12-7.
75. Moraes PA de, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde Rev Esc. Enferm. USP .2011 mar; 45(1): 19-25.
76. Carvalho AMA, Politano I, Franco AL e S. Vínculo interpessoal: uma reflexão sobre diversidade e universalidade do conceito na teorização da psicologia. Estud psicol(Campinas). 2008 abr/jun; 25(2): 233-40.
77. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado M de FAZ. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. Rev Esc. Enferm. USP. 2009 jun; 43(2): 358-64.
78. Moura MMD de, Guimarães MBL, Luz M. Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. Interface (Botucatu).2013 jun; 17(45): 393-404.
79. Kantorski LP, Pinho LB, Schrank G. O relacionamento terapêutico e o cuidado em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. R Enferm UERJ. 2003 ago; 11: 201-7.
80. Rocha G, Barcelos ICRR. A relação intersubjetiva no cuidar de enfermagem em saúde mental: competência para o cuidado em saúde mental. R pesq cuid fundam. 2010 out/dez; 2(Ed. Supl.):921-25
81. Ramos TMB, Pedrão LJ, Furegato AR. A relação de ajuda não- diretiva junto ao cuidador de um idoso incapacitado. Ver Eletr. Enf [Internet]. 2009; 11(4): 923-31. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a17.htm>. Acesso em 01/10/2013.

82. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Rev Med Minas Gerais 2008; 18(4 Supl 4): S3-S11.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasil (País), Ministério da Saúde, 2011
84. Ferrer AL, Campos RO. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial de Campinas, SP: um estudo hermenêutico- narrativo sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2009 ago; 1(2): 9-22
85. Medeiros FA, Souza GC de Araújo, Barbosa AAA, Costa ICC. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. Rev salud pública . 2010 jun; 12(3): 402-13.
86. Campos RO, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora da Unicamp; 2011.278p.
87. Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008.428p.
88. Miranda L, Campos RTO. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. Cad Saúde Pública. 2010 jan/jun; 26(6): 1153-62.
89. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. Acesso em 31/10/2013. Disponível em URL:<cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp>
90. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço. Belo Horizonte: COOPMED; 2009
91. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB.. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores. Trab. educ. saúde. 2013 ago; 11(2): 395-409.
92. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 487p

10 APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Senhor (a),

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Título do Projeto:

ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE VIVENCIAM A PRÁTICA

1) Introdução

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estudará o acolhimento na visão dos profissionais do CAPS III Adulto de Jundiaí. Este estudo é importante porque contamos com equipe multiprofissional de atendimento e certamente por termos esta característica cada um dos profissionais, a depender da formação, pode perceber o acolhimento sob diversos aspectos. Desta forma o estudo poderá incentivar discussões entre os profissionais na tentativa de contribuir para a experiência do acolhimento. Além disso, poderá aprimorar a atuação interdisciplinar, tendo como foco o usuário. Você foi escolhido para participar desta pesquisa por ser profissional que realiza acolhimento nesta unidade. Você será convidado pelo pesquisador a contribuir com o estudo que será realizado conforme disponibilidade durante o seu trabalho. Não há necessidade de você se deslocar de sua casa para participar da pesquisa. A sua participação não é obrigatória. Os objetivos desta pesquisa são: analisar os significados do acolhimento na ótica de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do interior de São Paulo e identificar, na percepção destes profissionais, fatores que, porventura, possam interferir no desenvolvimento do acolhimento.

2) Procedimentos do Estudo

Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração em responder algumas perguntas que serão feitas durante entrevistas sobre dados pessoais e sobre o acolhimento. As entrevistas serão gravadas, porém, será mantido o anonimato.

3) Riscos e desconfortos

Este estudo não possui riscos e desconfortos.

4) Benefícios

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a experiência do acolhimento em saúde mental, por oferecer subsídios para a discussão e compreensão dessa prática a partir do olhar do profissional.

5) Custos/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

6) Caráter Confidencial dos Registros

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

7) Participação

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito nesta instituição. Você também pode ser desligado do estudo a qualquer momento sem o seu consentimento nas seguintes situações: (a) Você não siga adequadamente as orientações em estudo;

(b) Caso o estudo termine.

Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar o pesquisador.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP
Fone: (19) 3521 – 8936 Fax: (19) 3521 – 7187. Email: cep@fcm.unicamp.br

O pesquisador responsável pelo estudo poderá fornecer qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, assim como tirar dúvidas, bastando contato no seguinte endereço e/ou telefone:

Nome do Pesquisador: Dárcio Tadeu Mendes

Fone: (011) 4492-4584 ou (011)4492-4543 Email: darcioenf63itu@yahoo.com.br

Endereço: Rodovia Vereador Geraldo Dias, 3133- Parque Centenário -Jundiaí/SP.

CEP 13214295

Email: darcioenf63itu@yahoo.com.br

Nome do Orientador: Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos

8) Declaração de Consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar da pesquisa em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa.

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante ou representante legal

Data

Nome (em letra de forma) e Assinatura do pesquisador

Data

APÊNDICE B

ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE VIVENCIAM A PRÁTICA

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

Entrevista nº: _____ Local (Instituição): _____
Cidade e data: _____, ____/____/____
Início: ____:____h Término: ____:____h Duração: _____min
Entrevistador: _____ Assinatura: _____

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade (anos completos): _____

II. PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo: _____

2. Grau de escolaridade: _____ Formação: _____

3. Tempo de formação (em anos): _____

4. Possui formação específica em saúde mental?

() sim () não. Se sim, qual? _____

5. Teve algum contato com a prática de acolhimento na formação geral ou específica?

() sim () não

6. Tempo de trabalho no CAPS: _____

III. QUESTIONAMENTOS

1. O que é acolhimento para você?
2. Descreva os sentimentos que o acolhimento no CAPS desperta em você.
3. Conte-me um pouco, de acordo com a sua vivência, como se apresenta o usuário que chega ao acolhimento.
4. Fale-me um pouco sobre sua vivência no acolhimento.

5. Fale- me um pouco sobre fatores que, porventura, interferem no desenvolvimento do acolhimento como um todo.
6. Caso você tivesse a possibilidade de propor alguma mudança no processo de acolhimento desta unidade o que proporia?

IV. DADOS DA OBSERVAÇÃO E AUTO-OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alteração na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre de voz e volume da voz), riso, sorriso, choro e manifestações afins.

(adaptado de Turato, 2008)

APÊNDICE C

ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE VIVENCIAM A PRÁTICA

ROTEIRO PARA AS OBSERVAÇÕES DE CAMPO

Nº da Observação: _____ Data: ____/____/____

Hora: ____:____ Término: _____ Duração: _____

Descrição do local

Descrição dos sujeitos

Descrição das atividades

Descrição da dinâmica de acolhimento (organização, interação profissional –usuário,
desdobramentos)

Descrição dos diálogos

Descrição das impressões do observador

(Modelo adaptado de Polit, Beck e Hungler,2004)

ANEXO A

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra.: Rute Aparecida Lopes Cemenciato
Gerente do CAPS III Adulto de Jundiaí

Vimos por meio desta, solicitar sua autorização para entrevistar os profissionais que realizam acolhimento no CAPS III Adulto, afim de que os dados coletados possam contribuir para nossos estudo.

O presente estudo é tema de dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Unicamp e está sendo desenvolvido sob orientação do Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos.

O estudo **ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS: UM ESTUDO QUALITATIVO** tem por objetivos conhecer os significados do acolhimento na ótica de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do interior de São Paulo e identificar, na percepção dos profissionais, o papel do acolhimento no serviço e os fatores que facilitam e/ou dificultam o processo de acolhimento na unidade onde atuam.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para a experiência do acolhimento em saúde mental, por oferecer subsídios para a discussão e compreensão dessa prática a partir do olhar do profissional. Além disso, o aprofundamento do tema é fundamental para as práticas em saúde, instrumentalização dos gestores e construção de perspectivas consistentes para o cuidado em saúde mental.

Frise-se que o presente estudo não oferece risco. Além disso, comprometemo-nos a preservar as informações obtidas através dessa pesquisa, as quais serão confidenciais, assegurando o sigilo de sua identificação por ocasião da divulgação dos resultados desse estudo em eventos e publicações.

O projeto de pesquisa será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa através do Sistema on line da Plataforma Brasil e que só será iniciado após a apreciação e aprovação pelo mesmo.

Informamos que segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa para a sua apreciação.

Colocamo-nos a disposição para maiores esclarecimentos através dos e-mails: cjcampos@fcm.unicamp.br e darciolf63itu@yahoo.com.br ou pelo celular (11) 971865069. Certos de contar com sua atenção habitual, antecipadamente agradecemos a atenção e colaboração dispensadas.

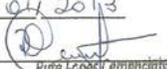
Dárcio Tadeu Mendes
Pesquisador Responsável

Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos
Orientador

Ciente e de acordo

Local e data: Jundiaí, 21/04/2013

Assinatura e carimbo da Gerente:


Rute Lopes Cemenciato
Gerente CAPS III

ANEXO B

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr.: Dr. Cláudio Miranda
Secretário de Saúde do Município de Jundiaí

Vimos por meio desta, solicitar sua autorização para entrevistar os profissionais que realizam acolhimento no CAPS III Adulto, afim de que os dados coletados possam contribuir para nossos estudo.

O presente estudo é tema de dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Unicamp e está sendo desenvolvido sob orientação do Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos.

O estudo **ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS: UM ESTUDO QUALITATIVO** tem por objetivos conhecer os significados do acolhimento na ótica de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do interior de São Paulo e identificar, na percepção dos profissionais, o papel do acolhimento no serviço e os fatores que facilitam e/ou dificultam o processo de acolhimento na unidade onde atuam.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para a experiência do acolhimento em saúde mental, por oferecer subsídios para a discussão e compreensão dessa prática a partir do olhar do profissional. Além disso, o aprofundamento do tema é fundamental para as práticas em saúde, instrumentalização dos gestores e construção de perspectivas consistentes para o cuidado em saúde mental.

Frise-se que o presente estudo não oferece risco. Além disso, comprometemo-nos a preservar as informações obtidas através dessa pesquisa, as quais serão confidenciais, assegurando o sigilo de sua identificação por ocasião da divulgação dos resultados desse estudo em eventos e publicações.

O projeto de pesquisa será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa através do Sistema on line da Plataforma Brasil e que só será iniciado após a apreciação e aprovação pelo mesmo.

Informamos que segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa para a sua apreciação.

Colocamo-nos a disposição para maiores esclarecimentos através dos e-mails: cjcampos@fcm.unicamp.br e darcioenf63itu@yahoo.com.br ou pelo celular (11) 971865069. Certos de contar com sua atenção habitual, antecipadamente agradecemos a atenção e colaboração dispensadas.

Dárcio Tadeu Mendes
Pesquisador Responsável

Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos
Orientador

Ciente e de acordo

Local e data: Jundiaí, 18/01/13

Assinatura e carimbo do Secretário: _____


Dr. Cláudio Ernani Marcondes de Miranda
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS: UM ESTUDO QUALITATIVO

Pesquisador: Dárcio Tadeu Mendes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11898713.5.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP (Campus Campinas)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 217.677

Data da Relatoria: 26/02/2013

Apresentação do Projeto:

O acolhimento, nos diversos níveis da assistência em saúde, constitui-se numa das bases para o cuidado, pautado nos princípios doutrinários do SUS- integralidade, universalidade e equidade. No campo da saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica no Brasil, surgem os CAPS- Centro de Atenção Psicossocial- serviços de atenção diária substitutivos ao antigo modelo de internação em hospital psiquiátrico vigente no país. Trabalham

com equipe multiprofissional, desenvolvendo atendimentos individuais, grupos, oficinas entre outras. Nos CAPS, o acolhimento é a abordagem inicial a quem procura o serviço. A demanda que surge no acolhimento em saúde mental é diversificada, exigindo do profissional uma versatilidade para lidar com cada situação.

Trata-se de estudo de casos, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa serão selecionados por intencionalidade, sendo todos profissionais de nível superior e médio, que realizam o acolhimento no CAPS sob estudo. O fechamento da amostra será delimitado por meio de saturação dos dados. A coleta de dados será feita por meio de entrevista semiestruturada e observação participante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os significados do acolhimento na ótica de profissionais de um Centro de Atenção

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Psicossocial (CAPS) de um município do interior de São Paulo;

Objetivo Secundário:

Identificar, na percepção dos profissionais, fatores que facilitam e/ou dificultam o processo de acolhimento na unidade onde atuam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há.

Benefícios:

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a experiência do acolhimento em saúde mental, por oferecer subsídios para a discussão e compreensão dessa prática a partir do olhar do profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está clara, permitindo que o leitor consiga visualizar objetivos, problema da pesquisa, metodologia, critérios de inclusão e exclusão, possíveis riscos e benefícios. Os autores do estudo anexaram o projeto de pesquisa, o que permite uma leitura detalhada do estudo, uma vez que colocam nos apêndices a entrevista semi-estruturada, os roteiros da realização da mesma, os cuidados a serem tomados, etc.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto foi assinada pelos órgãos competentes e pelos pesquisadores. O TCLE permite aos pesquisados esclarecimentos e um vínculo ético com o estudo em tela.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



CAMPINAS, 13 de Março de 2013

Assinador por:
Fátima Aparecida Bottcher Luiz
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br