

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROJETO VEREDAS DE MINAS**

**ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL: relato de uma experiência de construção
colaborativa.**

Elaine Silva Reis

**Ouro Preto/MG
2010**

Elaine Silva Reis

**ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL: relato de uma experiência de construção
colaborativa.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, Projeto Veredas, para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Dra. Celina Camilo de Oliveira

Ouro Preto/MG

2010

ELAINE SILVA REIS

**ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE
CONSTRUÇÃO COLABORATIVA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, Projeto Veredas, para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em: 08/02/2011

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Celina Camilo de Oliveira (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Alda Martins Gonçalves

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

REIS, ELAINE SILVA

Acolhimento em Saúde Mental: relato de uma experiência de construção colaborativa [manuscrito] / ELAINE SILVA REIS. - 2011.

49 f.

Orientador: CELINA CAMILO DE OLIVEIRA.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde da Família ii - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

1.Acolhimento. 2.processos de trabalho. 3.construção colaborativa. I.OLIVEIRA, CELINA CAMILO DE. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

DEDICATÓRIA

A meu pai Marcio (in memória) pela imensa saudade.

A minha mãe Marilene por me acolher nos momentos mais importantes da minha vida.

A minha irmã Marcinha por acreditar em mim.

A meu esposo Paulo e meus filhos Vítor e Fábio que são o meu maior afeto.

A meu querido mestre professor Rui Chamone Jorge (in memória) por tornar-se inesquecível.

A todos aqueles familiares e amigos que gostaria de mencionar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos usuários do CAPS por me darem a oportunidade de imergir em reflexões ascendendo a vontade de buscar compreensão, conhecimento, discernimento e possibilidades para minha prática profissional e por me afetarem na necessidade de refazer conceitos pessoais me auxiliando na busca de me tornar uma pessoa melhor.

Agradeço aos participantes da oficina de acolhimento que ofereceram sua experiência e confiaram seus saberes, suas dúvidas e contribuições para a construção deste trabalho.

Agradeço a minha orientadora, aos meus amigos e familiares que souberam compreender meu ritmo e minhas angústias e estiveram sempre próximos a minha caminhada.

Agradeço especialmente ao Núncio, Vanda, Ana Claudia e Cristiane por compartilharem cuidadosamente da realização deste trabalho.

“Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que eles constroem e que constroem a eles como potência de afetar e ser afetados.”

Neves & Rollo (2006p.3)

RESUMO

A política do SUS de atendimento aos usuários com transtorno mental vem sofrendo ao longo das últimas décadas intensas transformações, gerando assim avanços no tratamento destas pessoas. Entretanto, na prática tais transformações vêm acontecendo aos poucos, o que as tornam demasiadamente vulneráveis.

Desta forma o presente trabalho buscou contemplar, como uma possibilidade, mudanças nos processos de trabalho e nos modos de operar o cuidado, refletindo sobre a rede de acolhimento ao usuário da saúde mental, delineado uma proposta de construção colaborativa de acolhimento dos mesmos, através da realização de oficinas e criação de vínculos, considerado o conceito amplo de acolher. Não se tratando portanto de um ato de recepção, mas de uma mudança de paradigma de gestores e servidores, da mudança de cultura, onde os usuários e seus familiares possam ser sujeitos históricos de processos de mudança.

Palavras – chave: Acolhimento, processos de trabalho, construção colaborativa.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde.
APS	Atenção Primária a Saúde.
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e Drogas.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial.
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental.
CID	Classificação Internacional de Doenças.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental.
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial.
PD	Permanência Dia.
PSF	Programa de Saúde da Família.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.

Sumário

1-INTRODUÇÃO	14
2-REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	
3-OJETIVOS.....	
4-METODOLOGIA.....	
5- RESULTADOS E ANÁLISE	
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
8- ANEXOS.....	
• ANEXO A:	
• ANEXO B:	
• ANEXO C	

1 INTRODUÇÃO

A motivação para este trabalho nasceu das inquietações da pesquisadora ao verificar os problemas ocorridos durante o desenvolvimento das práticas de acolhimento oferecidas aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS 1 de Ouro Preto.

Desde a abertura em 1994 o serviço de Saúde Mental de Ouro Preto trabalha com acolhendo os usuários priorizando aqueles em crise e os casos graves. A crescente demanda para todo e qualquer problema em saúde mental exigiu a descentralização do serviço, que levou à ampliação das unidades de atendimento, que se desdobraram em CAPS1, para tratamento de usuários com transtorno mental grave e persistente; Ambulatório de Saúde e Mental, para tratamento de usuários com transtorno mental leve e moderado; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e o Drogas – CAPS AD, para tratar os usuários dependentes do álcool e outras drogas; Ambulatório Infantil, para atendimento de crianças e adolescentes com algum transtorno mental e Equipe Matricial, para apoio as Equipes do Programa de Saúde da Família - PSF.

A descentralização permitiu ganhos inestimáveis ainda não delineados para o acolhimento e a assistência aos usuários, principalmente às crianças e adolescentes e usuários de álcool e outras drogas, assim como aos familiares destes.

No CAPS 1 o atendimento ao usuário com transtorno mentais graves e persistentes continua caminhado em descompasso com a transversalidade da rede de saúde, sem grandes avanços nas ações que envolvem o acolhimento.

Diante desta realidade observa-se a necessidade de aproximação, discussão, reflexão e propostas para mudança no processo de trabalho tanto dos serviços de saúde mental como de parceiros diretos e de outros envolvidos no acompanhamento dos usuários no atendimento de suas necessidades.

O que me foi possível observar na prática cotidiana ao atuar como técnica de saúde mental, com formação em Terapia Ocupacional, atualmente operando no acolhimento do CAPS 1, é que há um desconhecimento do funcionamento e do fluxo de cada serviço.

A escuta do usuário, tão necessária no acolhimento, parece reger menos a compreensão do sujeito e das circunstâncias em que se estabelecem as crises e mais

dos serviços e dos profissionais envolvidos no atendimento. Assim as soluções que a situação exige são conduzidas pelo acaso, ou seja, dependem da subjetividade de quem acolhe naquele momento.

Ao se verificar materiais como linhas guias, classificação internacional de doenças - CIDs, normas reguladoras e saberes de todas as ordens, o que parece ser coincidente não são as aplicações práticas destes instrumentos e sim a exaustão de tentativas e erros de procedimentos dos diversos atores responsáveis em cuidar e resolver o problema. Inferioridade ou constrangimento são sentimentos constantemente vividos por usuários, familiares e servidores, levando a experiências que não agregam resolutividade.

A falta de comunicação, a hierarquização e a burocratização do atendimento dificultam a resolução e encaminhamento a ser dado ao usuário. São inúmeros os exemplos de cuidado que não são efetivados devido à falta de prosseguimento, continuidade e entendimento profissional e familiar acerca das ações desenvolvidas. As limitações são evidentes, porém há possibilidade para que esta situação seja alterada, reduzindo assim as aflições.

A alteração deste contexto e proposição de ações que sejam realizadas colaborativamente, com parâmetros e caminhos menos árduos e mais eficientes para todos é possível? Este estudo buscou responder e verificar estes questionamentos. Encontramos produções teóricas embasadas em práticas que propõe a viabilidade da reorganização dos processos de trabalho e da criação, implantação de instrumentos de atendimentos vivos, funcionais e humanizados capazes de transformar a realidade dos serviços. Para Neves e Rollo (2006,p4):

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior (imperativo) no trabalho em saúde. Pois é em meio a elas, em seus questionamentos, e através delas que construímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades.

O acolhimento, pensamos, é uma das diretrizes que contribui para alterar essa situação, na medida em que incorpora a análise e revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do Sistema Único de Saúde – SUS.

Questões como: diretrizes de ações, efetividade no atendimento ao usuário e a subjetividade dos contextos de atuação são cruciais para a rede de assistência em Saúde Mental. Desta forma o presente estudo encontra ressonância em outros estudos e experiências que partiram das mesmas inquietações e apontam sugestões de compartilhamento e construção de ações que modificaram a organização dos processos de trabalho a partir de uma concepção mais ampla do *Acolhimento*.

O presente estudo se justifica pela necessidade de trazer à reflexão os processos de trabalho que envolvem a rede de saúde no acolhimento, especialmente na rede de Saúde Mental de Ouro Preto.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo apresentaremos os conceitos de CAPS, Saúde Mental na Atenção Primária, Acolhimento e Classificação de risco/Protocolo/Fluxograma. Elegemos estas definições que parecem melhor contextualizar a análise e a discussão dos dados e devido ao recorte necessário para o desenvolvimento de um trabalho monográfico, objetivo deste estudo.

2.1 CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

Este tópico tem a intenção de apresentar minimamente a inserção dos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no SUS, o que são os CAPS, seu objetivo e papel no acolhimento em saúde mental de acordo com o Manual do Ministério da Saúde de “Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (2004).

Sem a pretensão de aprofundar na complexidade que este dispositivo engloba em suas perspectivas tão diversas em todo o território Nacional. O funcionamento dos CAPS consiste na particularidade de contextos dos projetos de Saúde Mental de cada localidade.

Os CAPS surgiram no contexto da reforma sanitária, consolidação do SUS e de um intenso movimento social. Eles são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS.

O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinante da “saúde como direito de todos e dever de Estado”, como previsto na Constituição Federal de 1988. Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso *universal*, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; *equidade*, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; *descentralização* dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; *controle social* exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde. Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, é um serviço de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Visam o atendimento em regime de atenção diária; gerenciamento dos projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promoção da inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. E podem oferecer três modalidades de inserção:

- *Atendimento Intensivo*, caracteriza o atendimento diário. É oferecido quando o paciente se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua;

- *Atendimento Semi-Intensivo*, caracteriza-se como aquele em que o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. É oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica do indivíduo diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas este ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia;

- *Atendimento Não-Intensivo*, caracteriza-se como aquele em que o usuário é atendido esporadicamente. É oferecido quando o paciente não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês.

Os CAPS funcionam norteados por princípios de responsabilização pelos usuários e de coordenação do cuidado, dentre outros. A responsabilização deve ser partilhada entre todos os profissionais e especificamente exercida através do “Técnico de Referência”(RT). A coordenação do cuidado tem como instrumento orientador o “Projeto Terapêutico Individual”(PTI) cuja construção deve levar em conta a singularidade do sujeito sob cuidados.

Indiscutivelmente é de responsabilidade do CAPS o acolhimento das crises e dos casos graves, embora muitas vezes, a equipe necessite encaminhar os casos mais graves ao hospital psiquiátrico, enfrentando, algumas vezes limitações em cumprir seu papel, o que ocorre devido a indisponibilidade de uma rede de colaboração local, ou seja, insuficiência ou falta na rede de outros dispositivos de apoio à crise.

Estes centros também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território como :dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as ações do Programa de Saúde Mental (assistência farmacêutica, atenção hospitalar e outras).

2.2 Saúde Mental na rede de Atenção Primária a Saúde

Buscamos neste tópico percorrer de acordo com o anexo “Saúde Mental e Atenção Básica:o vínculo e o diálogo necessários” do Manual de CAPS do Ministério da Saúde(2004) os pontos em comum da atenção primária e do cuidado em saúde mental e a necessidade da existência e construção da rede. Destacamos algumas reflexões que Arinos (2009) faz em seu texto “Saúde Mental na Atenção Básica: um modelo em construção” sobre estes pontos.

Rede e território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPS e isso se aplica também à sua relação com a rede básica de saúde. A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro de cuidado para fora do hospital direcionando esta à comunidade, assim os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais.

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e regionais, pelo programa de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os profissionais que atuam nestas equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território.

O desenvolvimento da estratégia saúde da família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental, especialmente os Centros de Atenção Psicossocial marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção.

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves e às crises. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da Atenção Básica (AB) em qualquer uma de suas formas.

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família relatam realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

Existe um componente de sofrimento associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudável.

Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também mental, e que toda saúde mental é também - e sempre - produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.

Nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa, às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é uma tarefa complexa.

Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes de PSF em seu território, pois essas têm papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes que estão diretamente em contato com os usuários que possuem transtornos mentais e seus familiares.

Nessa compreensão, baseamos a idéia de que é preciso estimular ativamente as políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Os portadores de sofrimento mental grave ou psicótico, não costumam encontrar espaço e tempo nas unidades básicas quando em crise, os atendidos geralmente são os estáveis, que ali recebem apenas uma renovação da receita visando “manter o quadro”.

Desta forma há necessidade de se fazer uma nova adequação da atenção na unidade básica aos usuários de saúde mental dando prioridade aos casos mais graves.

Ao mesmo tempo em que se assegura essa prioridade aos casos de maior gravidade, a unidade básica de Saúde deve reconsiderar a forma de abordagem dada aos casos menos graves que não demandam atendimento tão especializado. Estas alterações delineiam um grande desafio, contudo, sua realização é indispensável, se queremos

assegurar à unidade básica um papel efetivo na rede de atenção aos portadores de sofrimento mental.

Em Arinos (2009) encontramos :

“...inferir que há importantes pontos de convergência entre Saúde Mental e Atenção Básica: constatamos que ambos se desenvolvem em um dado território, que não se limita apenas um recorte geográfico, contemplando também dinamicidade e a dimensão sócio/cultural das vidas das pessoas que nele habitam; o trabalho de ambos se desenvolve através de relações democráticas e participativas de equipes interdisciplinares, levando em conta saberes dos diversos profissionais que compõem e também os saberes de outros campos, como os das próprias comunidades; ambos são também norteados pelos princípios da responsabilização pela clientela adstrita ao território, da coordenação do cuidados de forma longitudinal e da consideração da singularidade do sujeito em sua complexidade e integralidade, buscando o estabelecimento de vínculo (“laço que se tece um a um”) para promover redução de danos ou de sofrimentos e inserção sócio-cultural através de rede de assistência integrada profundamente às vida diária dos usuários e da cidade, estimulando a participação e a autonomia, promovendo um viver de modo saudável.”

Estes são alguns pontos que reafirmam que a parceria entre atenção primária e saúde mental é necessária, desejável e possível: afinal, a lógica dos projetos de saúde mental inspirados na reforma psiquiátrica tem grande afinidade com os programas de saúde de família, entendidos como estratégia de implantação do SUS.

Deste modo, num trabalho articulado entre as equipes de PSF e de Saúde Mental, é preciso definir bem o acolhimento, os fluxos e critérios de encaminhamento para que o trabalho se torne efetivo e funcional.

2.3 Acolhimento

2.3.1 Conceito amplo de Acolhimento

Neste tópico procuramos um conceito amplo de acolher. Utilizaremos o Manual de “Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência” da Política Nacional de Humanização do SUS (2009), ancorando no método ZOPP e na aplicação da oficina como instrumento; de onde buscamos a fundamentação dos conceitos, das perspectivas e dos possíveis caminhos deste estudo. Completamos com as considerações dos autores Neves, Massaro, Rollo e Teixeira.

Ampliamos com as orientações sobre acolhimento em saúde mental da “Linha Guia de Saúde Mental” da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2006).

Segundo Brasil (2009) o acolhimento já acontece de alguma maneira nos serviços de saúde do SUS, porém sem uma significação técnica/ética ou clínica, incorrendo em um esvaziamento do sentido do acolhimento. Tradicionalmente o acolhimento é entendido ora como uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; ora como recepção administrativa e ainda como triagem para encaminhamentos naquele momento, reduzindo o acolhimento a uma ação descomprometida com os processos de trabalho em saúde e com a produção de vínculo.

Neste trabalho adotaremos a concepção de acolhimento preconizado por Brasil (2009), que propõe avançar no entendimento e nas diversas dimensões do acolhimento. “Acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (FERREIRA, 1975). O acolhimento entendido como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém.

O acolhimento *como diretriz é um regime de afetabilidade* construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento *é também um dispositivo de intervenção* que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/ profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento *não é um espaço ou um local*, mas uma postura ética; *não* pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

O acolhimento *é um modo de operar os processos de trabalho em saúde* de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja,

requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Para Neves e Massaro (2004) a proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um recurso importante para a humanização dos serviços de saúde. Os autores afirmam que é preciso não restringir o acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, devendo 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. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde..

Para Neves e Rollo (2006) as diferentes definições de acolhimento convergem em torno da comunicação, sendo considerado um modo de escuta no qual se estabelece empatia, demonstrando interesse pela fala do outro. Neste sentido a análise dos dados deste estudo apontam como passo fundamental a necessidade de instalação da comunicação na rede local.

Teixeira (2003) também considerou a recepção como o cerne do que chamou “acolhimento-diálogo”, ampliando o conceito para entendê-lo a partir de uma rede de conversações no serviço de saúde, ao longo da qual são definidas as trajetórias que cada usuário necessita na busca de satisfação para suas demandas.

Segundo Souza(2006) apresenta na “Linha Guia de Saúde Mental” em todos os níveis da assistência, o acolhimento, certamente, é a dimensão primeira. Do porteiro ao motorista, do auxiliar administrativo ao funcionário da limpeza, da equipe técnica, enfim de todos que participam do processo de trabalho em um serviço de Saúde. Acolher é o primeiro e indispensável passo para um atendimento correto e bem sucedido.

Define que “o acolhimento não é simplesmente uma questão de escala em que se revezam os profissionais, nem uma maneira mais racional de preencher as agendas. Além disto, e mais do que isto, o acolhimento é a aplicação cotidiana de um princípio

fundamental: seja ao pedir a informação mais corriqueira, seja ao trazer a mais fantasiosa expectativa, o usuário, quando nos traz o seu problema, é um cidadão que exerce o direito de dirigir-se a um trabalhador de um serviço público.”

Afirma que “acolher não é resolver tudo, nem concordar com qualquer coisa” mas que diante da grande diversidade das demandas à saúde não se pode adotar a postura de simplesmente dizer “Não”.¹Devemos para cada usuário que procura o serviço adotar uma conduta a ser tomada: admiti-lo naquele serviço ou encaminhá-lo a outro mais adequado para ele; atendê-lo imediatamente, se o caso é grave, ou marcar um outro horário, se pode esperar. A resposta que damos ao usuário, seja ela qual for, costuma ser bem recebida quando se baseia numa escuta atenta e numa avaliação cuidadosa do seu problema.

Souza (2006) diz que as considerações acima valem para todos os usuários de serviços de Saúde; contudo, há algumas particularidades do acolhimento aos portadores de sofrimento mental.

Este usuário pode procurar um serviço específico de Saúde mental, como os CAPS, ou facilmente procurar um serviço de urgência, como UPAs, ou unidades básicas ou centros de saúde, hospitais gerais, etc.

Para Souza (2006) duas situações podem ser consideradas : primeiramente se o usuário não está em uma crise muito grave ele pode ser perfeitamente capaz de dizer o que quer , o que necessita . Portanto, a primeira coisa a fazer é uma avaliação inicial do que se trata: é uma urgência? Um pedido de esclarecimento? Uma marcação de consulta? Uma receita? A partir daí, o usuário será ou não encaminhado à Saúde Mental, hoje, amanhã, ou daqui a um mês, conforme o resultado da avaliação feita. É preciso ouvir e considerar sua demanda inicial, como se deve ouvir a de qualquer outro usuário. Outra situação é se o usuário ou seu familiar chega ao serviço solicitando o atendimento na Saúde Mental não significa que se trate de um portador de sofrimento mental, ha muitas situações de vida que podem gerar uma queixa “depressiva” ou o uso de medicação psiquiátrica. Portanto, não só o acolhimento, mas também o acompanhamento dessas pessoas muitas vezes podem ser feito pelas equipes dos Programas de Saúde da Família.

Nos casos em que o acolhimento conclui que o usuário deve ser realmente acompanhado pela equipe de Saúde Mental, ressalta que há um cuidado importante a tomar: rejeitar o velho critério do agendamento conforme a fila por ordem de chegada. É preciso avaliar não só qual o atendimento necessário, mas, também, o grau e a premência desta necessidade: alguns devem ser atendidos imediatamente, outros podem esperar um dia, uma semana, um mês, conforme o caso.

Ampliar o conceito de acolhimento, mudar os processos de trabalho, criar formas de implantar a lógica de uma acolhimento responsável e compartilhado, possibilitar o acesso de todos ao cuidado, facilitar a comunicação e fluxos de atendimentos possibilita atender a todos, sem sobrecarga para a equipe, nem prejuízo para os usuários.

2.3.2 Classificação de risco, protocolo e de fluxograma como ferramentas e instrumentos complementares ao acolhimento.

Voltamos a Brasil (2009) onde buscamos definições concisas de Classificação de risco, de protocolo e de fluxogramas como ferramentas e instrumentos complementares ao acolhimento. Não temos a intenção de propor um “protocolo” para a rede de saúde local e sim contribuir com suporte que propõe reflexões e modos de um fazer colaborativo.

Rollo & Neves (2006) abordando a implementação do acolhimento nos processos de trabalho descrevem algumas técnicas e ferramentas para estruturar o acolhimento nos serviços.

Como técnicas sugerem: *montagem* de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade; *levantamento e análise*, pelos próprios profissionais de saúde, dos modos de organização do serviço e principais problemas enfrentados; *construção* de rodas de conversas visando coletivização da análise e produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas; no adensamento do processo ir ampliando as rodas de conversa para participação de diferentes setores da unidade; *montagem* de uma planilha de passos com dificuldades, tentativas que fracassaram e avanços; *identificação* de profissionais sensibilizados para a proposta; *construção* coletiva dos passos no processo de pactuação interna e externa; *articulação* com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção; *assinalamento* constante da indissociabilidade entre atenção e gestão (modos de produzir saúde dos modos de gerir esta produção).

Como ferramentas de ação Neves e Rollo (2006) indicam o “*Fluxograma Analisador*” que é um “diagrama em que se desenha um modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção; as “*Oficinas*” como instalação de rodas de debate que produzam o encontro das idéias, a construção de consensos e a responsabilização dos participantes pela elaboração conjunta; articulação e/ou incentivo a construção de um “*Grupo de Trabalho de Humanização*”; “*grupos focais*” com usuários e rede social nas unidades de saúde e “*Elaboração de Protocolos*” sob a ótica da intervenção multiprofissional na qualificação da assistência, legitimando: inserção do conjunto de profissionais ligados a assistência, humanização do atendimento, identificação de risco por todos os profissionais, definição de prioridades e padronização de medicamentos

A *classificação de risco* é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: *garantir* o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; *informar* o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; *promover* o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; *dar* melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; *aumentar* a satisfação dos usuários e, principalmente, *possibilitar e instigar* a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Uma vez que não se trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, a classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente.

O *protocolo* de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência. O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento. A construção de um protocolo de classificação de risco a partir daqueles existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, porém adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na

rede de saúde, é uma oportunidade de facilitação da interação entre a equipe multiprofissional e de valorização dos trabalhadores da urgência.

A ferramenta do *fluxograma analisador* é bastante útil: trata-se de fazer o desenho fluxos percorridos pelos usuários, das entradas no processo, das etapas percorridas, das saídas e dos resultados alcançados, identificando a cada etapa os problemas no funcionamento. A análise de casos que ilustrem os modos de funcionamento do serviço também é uma ferramenta importante. Ambas promovem a reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia-a-dia. Quando esta elaboração e análise são realizadas conjuntamente por representantes de todas as categorias profissionais que trabalham no serviço, a identificação de problemas torna-se muito mais ampla e as propostas de mudança mais criativas, mais legítimas e mais aceitas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

- Construir uma proposta colaborativa de acolhimento e abordagem aos usuários da rede de assistência à saúde mental de Ouro Preto.

3.2 Objetivos específicos:

- Compreender as perspectivas do usuário, do gestor e do servidor da rede de assistência local no que tange ao acolhimento em Saúde Mental.
- Fortalecer o vínculo dos profissionais de saúde com os usuários e familiares.

4 METODOLOGIA

4.1 Contexto de realização da pesquisa

4.1.1 Ouro Preto

O Município de Ouro Preto é uma cidade de grande importância no cenário brasileiro e vem buscando qualidade na assistência da saúde de seus munícipes.

A origem de Ouro Preto está no arraial do Padre Faria, fundado pelo bandeirante Antônio Dias de Oliveira, pelo Padre João de Faria Fialho e pelo Coronel Tomás Lopes de Camargo e um irmão deste, por volta de 1698 (Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2010).

Em 1711 foi elevada a categoria de vila e denominada de Vila Rica, já em 1720 foi escolhida para capital da nova capitania de Minas Gerais, em 1823, após a Independência do Brasil, Vila Rica recebeu o título de Imperial Cidade, conferido por D. Pedro I do Brasil, tornando-se oficialmente capital da então província das Minas Gerais e passando a ser designada como Imperial Cidade de Ouro Preto. Depois foi elevada a capital da província e mais tarde do estado, até 1897 (Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2010).

A antiga capital de Minas conservou grande parte de seus monumentos coloniais e em 1933 foi elevada a Patrimônio Nacional, sendo, cinco anos depois, tombada pela instituição que hoje é o IPHAN. Em 2 de setembro de 1980, na quarta sessão do Comitê do Patrimônio Mundial da UNESCO, realizada em Paris, Ouro Preto foi declarada Patrimônio Cultural da Humanidade (Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2010).

O município está localizado na Serra do Espinhaço, na Zona Metalúrgica de Minas Gerais (Quadrilátero Ferrífero). Possui um relevo predominantemente montanhoso, com uma altitude média de 1.150 metros. A área da unidade territorial é de 1.245 Km², o clima é classificado como tropical de altitude (Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2010).

A economia do município está fortemente apoiada nas atividades de mineração e de metalurgia e o setor industrial absorve 32,5% da população economicamente ativa; os setores de prestação de serviços e administração pública ocupam 42,2%. O restante é absorvido pelos setores agropecuário, extração vegetal, comércio, transporte e comunicação. (Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2010).

A população constitui-se de acordo com os dados do Censo 2000 (IBGE) 66.277 habitantes, sendo que destes, 32.566 são homens e 33.711 são mulheres. A área urbana conta com 56.292 habitantes e a zona rural com 9.985. Estima-se ainda que na cidade há uma população estudantil flutuante de aproximadamente 6.500 pessoas. (Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2010).

O município é composto pela sede e mais 12 distritos. Possui significativa vocação de cidade pólo cultural (artes plásticas, restauração, teatro, música e literatura). (Prefeitura Municipal de Ouro Preto, 2010).

4.1.2 Saúde Mental de Ouro Preto

A história dos portadores de sofrimento mental no Brasil ocorreu em um cenário de confinamento, maus tratos e exclusão desde os tempos coloniais. Com a República a segregação ganhou um discurso respaldado na ciência regida pela noção de que era preciso separar e isolar para melhor observar o fenômeno da loucura a fim de tratá-la mais eficazmente (Machado, 2004).

Só no final da década de 70 que os profissionais da saúde do país iniciam, de forma mais incisiva, as discussões acerca da atenção em saúde pública dirigida a população, em especial aos que se mantinham fora do mercado de trabalho formal, ou seja, que não pagavam INPS - Instituto Nacional de Previdência Social. Essas discussões se deram paralelamente a luta pela redemocratização do país. Nesse momento, começou a criação do corpo do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, que questionava e criticava a assistência psiquiátrica prestada (Machado, 2004).

A ruptura com o modelo manicomial exige lançar um olhar crítico a esse modelo. Para vencer os modelos tradicionais, caracterizados pelo saber médico, verticalização das relações, tratamento centrado na doença e incentivo de tratamentos especializados o SUS instaurou novas diretrizes de atenção a saúde, pautadas na descentralização, integralidade, hierarquização, participação da comunidade. (Machado, 2004).

O modelo deixou de ser de confinamento e passou a ter uma perspectiva de promoção da saúde, pautada em ações preventivas e curativas, através da participação efetiva de profissionais e usuários dos serviços na construção do processo de saúde. Surgem os novos modelos de atenção à saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os hospitais-dia, os Centros de Convivência, as Moradias Terapêuticas, os Núcleos de Produção Solidária, entre outros. (Machado, 2004).

Em Ouro Preto o novo modelo de atenção à Saúde Mental iniciou-se em 1993, na rede de Saúde Pública, com profissionais especializados no Posto de Saúde do bairro Antônio Dias. Em 1994, criou-se o Ambulatório e as Oficinas Terapêuticas, de acordo com as normas expressas na portaria nº224 de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde e Resolução nº793 de 30 de setembro de 1993 da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. A atenção ambulatorial voltou-se inicialmente a pacientes psiquiátricos que, em sua quase totalidade, eram anteriormente encaminhados aos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte.

Em 1998, com a assessoria da Diretoria Metropolitana de Saúde de Belo Horizonte, houve uma proposta de reorganização do serviço para estruturar o atendimento à crise e à urgência, o que levou à implantação do Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS em novembro de 1999 e do CAPS 1 em maio de 2002.

Desta forma, aconteceu a criação de uma rede de assistência local de saúde mental, conforme as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. O serviço passou a atender os usuários em regime de cuidados intensivo, semi-intensivo e não intensivo com a seguinte equipe: gerente, psiquiatras, psicólogos, assistente social, terapeutas ocupacionais, enfermeira, técnicos de enfermagem, monitores de oficinas terapêuticas (música, ioga, teatro, pintura, desenho, culinária, cerâmica e outras), agentes administrativos, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais, porteiro e motorista.

Em 2005 o CAPS 1 iniciou o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Esta iniciativa causou um profundo impacto no atendimento aos demais usuários portadores de transtornos mentais. No mesmo ano foi realizada uma Audiência Pública promovida pela Câmara dos Vereadores de Ouro Preto, com diversos seguimentos da sociedade e do poder público, quando se verificou que havia uma desassistência aos usuários de álcool e outras drogas e a seus familiares na área da saúde, surgindo então a proposta da criação e implantação de um serviço municipal de assistência a estes usuários, o CAPS AD.

A história do atendimento em saúde mental infantil em Ouro Preto inicia-se junto à criação do primeiro ambulatório de saúde mental do município, em 1993. A demanda por serviços e atendimentos infantis na saúde mental faz com que os profissionais atuem de forma grupal, em oficinas terapêuticas com crianças e mães. Esse modelo funcionou em

local não específico para atendimento a criança, no mesmo ambiente dos atendimentos a adultos.

Com o credenciamento do serviço de saúde mental ficou cada vez mais evidente a impossibilidade de coexistência desses dois públicos no mesmo ambiente para tratamento, acarretando a interrupção dos trabalhos com crianças e adolescentes em 2005.

Nesse mesmo ano foi criado o Fórum Intersetorial da Criança e Adolescente, com profissionais e gestores das áreas de educação, saúde e assistência social, conselho municipal da criança e do adolescente e conselho tutelar. Neste fórum foram discutidas e articuladas as questões relativas a direitos, obrigações legais e a necessidade de um serviço específico para a demanda de atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes. Dessas discussões surgem ações coordenadas que culminam, em 2008, na abertura do ambulatório de saúde mental infantil, acolhendo a uma demanda reprimida de quase três anos no município.

A descentralização dos serviços de saúde mental do CAPS 1 se desdobrou em CAPS AD, Ambulatório Infantil, Ambulatório Adultos e Equipe Matricial de apoio as equipes do PSF. Assim o CAPS 1 foi reestruturado, deixando de ser o CAPS “Tudo” ou serviço centralizador de todas as ações em saúde mental do município. Esse processo ocorreu parcialmente, uma vez que o ambulatório, local onde se observa o maior número de conflitos do serviço de saúde mental, continua vinculado ao CAPS 1.

Cabe ao CAPS 1 atender a urgência, a Permanência Dia - PD e realizar ações de reabilitação psicossocial de acordo com as diretrizes nacionais. Para que estes serviços sejam oferecidos de modo satisfatório a toda a população é preciso vencer uma serie de limitações advindas da precarização do serviço como, por exemplo, estrutura física, recursos humanos e materiais e principalmente romper com um modelo centrado no atendimento psiquiátrico e medicamentoso.

Hoje grande parcela dos usuários do CAPS 1 necessita ser atendidos em centros de convivência, lares abrigados; participarem de projeto de geração de renda, programa de volta para casa; receberem apoio familiar, inserção na rede de atenção de saúde primaria e outros programas e atividades que possibilitem inserção comunitária.

O PSF de Ouro Preto e o CAPS 1 necessitam ainda de capacitação dos profissionais, de um sistema de referência e contra referência e de uma rede social e de cultura da territorialização para a resolução dos problemas de saúde da comunidade onde estes estão inseridos.

Em sua história o CAPS 1 de Ouro Preto, mesmo arcando com a sobrecarga da centralização dos serviços, constituiu-se como serviço substitutivo construindo um perfil democrático e criativo.

Atualmente o CAPS1 realiza a prestação de serviços reorganizando a equipe, o acolhimento, a dinâmica da permanência dia (projeto terapêutico institucional), efetivando a articulação com a rede de saúde e firmando parcerias intersetorialidade de acordo com as diretrizes apontadas pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

4.1.3 Participantes

O processo de pesquisa aconteceu no CAPS 1 contando com a participação dos diversos setores envolvidos no acolhimento e responsáveis pelo atendimento em saúde mental dos usuários e seus familiares..

Os participantes da pesquisa foram dois representantes da gestão de Atenção Primária a Saúde - APS, um representante da Unidade de Pronto Atendimento - UPA, dois representantes da Policlínica, um representante do Serviço de Atendimento Móvel a Urgência - SAMU, dois representantes de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, da área rural, dois representantes de ACS área urbana, três representantes dos familiares, três representantes dos usuários, três representantes dos servidores do CAPS1 e um representante da equipe matricial/ambulatório de saúde mental.

No total foram convidadas 20 pessoas como colaboradores da oficina de discussão , levantamento de problemas e construção de soluções. Destes 15 compareceram e os outros 5 justificaram. Por questões éticas os participantes serão identificados por nomes fictícios:

Gestão da APS dois representantes: Carla e Ana.

UPA/Policlínica dois representantes: Leila e Rosa.

SAMU um representante: Gilda.

ACS dois representante, área rural: Márcia e Sandra.

Famíliares dois representantes: Gabriel e Ilda.

Usuários dois representantes: Almir e Letícia .

CAPS1 três representantes: Cleuza, Tatiana e Jane.

Equipe Matricial um representante: Aparecida.

4.2 Instrumento de coleta de dados

O estudo acha-se ancorado no Método Orientado por objetivos - denominado Método ZOPP⁴, na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, na Política Nacional de Saúde Mental e nas experiências desenvolvidas em todo o território nacional.

O trabalho utilizou Oficinas de Dinâmicas de Grupo (Afonso, 2002) como técnica de coleta de dados para o estudo. Para Oliveira (2005) “as oficinas proporcionam um importante espaço de comunicação horizontal, transversal e livre, concomitantemente com o rigor necessário à coleta de dados para um trabalho científico”.

Realizada com base no método ZOPP, a oficina foi registrada através de gravação e outros registros construídos individualmente ou coletivamente no grupo. .

Iniciamos a oficina intitulada “*Acolhimento em saúde mental: uma proposta de construção colaborativa*” com a apresentação da pesquisadora, leitura coletiva da carta convite e do termo de consentimento livre e esclarecido para explicitar o motivo do encontro, em seguida foi atribuído um tempo livre para que os participantes pudessem tirar dúvidas e proceder à assinatura de consentimento (ANEXOS A e B).

Em seguida realizou-se uma dinâmica de aquecimento da oficina constando da seguinte instrução: o grupo foi organizado em duplas; a primeira instrução foi que a dupla cumprisse uma conversa figurativa em seqüência falando *um, dois e três* repetidamente e

em alternância; depois foi pedido que cada dupla continuasse a conversa figurativa na seqüência falando *um*, batendo palma no lugar *do dois* e batendo o pé direito no lugar *do três* repetidamente e em alternância. A vivência buscou descontrair os participantes e demonstrar aspectos da influência e do entendimento mútuos. Foram feitos comentários pela pesquisadora contextualizando estes aspectos no exercício do acolhimento.

Em seguida o grupo de participantes foi dividido em 04 subgrupos com as consignas dos temas geradores (ANEXO C): 01 saúde mental, 02 acolhimento, 03 colaboração e responsabilização, 04 orientação e fluxo com priorização. Cada subgrupo discutiu sobre o seu respectivo tema e depois foi realizada uma plenária.

A plenária iniciou-se com a apresentação de cada participante e o segmento que estava representando (gestão, servidor, usuário ou familiar) e a apresentação da temática debatida em cada subgrupo, em seguida foram apresentados os pontos de discussão de cada subgrupo.

O próximo passo foi a dinâmica da oficina propriamente dita: “Árvore de problemas e soluções”; adaptadas do método ZOOOP.

Primeiramente para construir a “Árvore de problemas” cada um deveria escrever em uma curta frase ou palavra os problemas que encontra ou identifica na experiência de acolher ou de ser acolhido a partir do referencial individual ou da realidade dos serviços. E. Foram distribuídas canetas e tarjas de papel para cada participante com as instruções. Estas tarjas foram colocadas em um painel de forma desordenada e o passo subsequente foi ordená-las por problemas semelhantes. Buscamos a concepção individual para alcançarmos a grupal: *quais os problemas do Acolhimento em Saúde Mental*.

Para construir a “Árvore de Soluções” o procedimento realizado foi o mesmo, porém o grupo foi orientado a não minimizar o potencial das sugestões se limitando a corresponder com opostos, por exemplo: falta organização em contraponto organizar. Procuramos refletir com o grupo a complexidade das situações e a construir grupalmente, ou seja, formulações coletiva de soluções: *quais as sugestões para melhora do Acolhimento em Saúde Mental*.

Para o encerramento da Oficina realizamos uma exposição dialogada com breve conceituação e exemplificação de instrumentos de acolhimento. Buscamos feedback do grupo e agradecemos a colaboração.

4.3 Procedimentos de análise dos dados

Para análise dos dados apresentaremos o produto da “técnica Árvore de problemas e de soluções” e a ordenação dada pelo grupo. E a transcrição de excertos das falas dos participantes retirados das gravações da oficina, buscando compreender as perspectivas do usuário, do gestor e do servidor da rede de assistência local no que tange ao acolhimento em Saúde Mental.

Árvore de problemas

- Na rede: falta de capacitação para acolher transtornos mentais
- Orientação
- Falta de informação da rede sobre o funcionamento do CAPS
- Classificação e direcionamento
- Responsabilidade
- Ser responsável
- Responsabilidade pela orientação
- Ajuda familiar
- Ausência da família na urgência
- O que fazer com os pacientes crônicos
- Falta de informação
- Falta de programas para pacientes crônicos
- Falta de comunicação
- Pouca interação com a rede (atividades fragmentadas)
- Referência e contra-referências
- O tratamento é muito bom
- Eu agradeço é bom
- Demora no atendimento
- Falta de profissionais (psiquiatra, Terapeuta Ocupacional e psicólogos) em outras unidades de saúde

- Busca ativa e organização
- Reorganizar a saúde mental junto a Atenção Primária
- Falta de recursos para a resolução de mais casos
- Fila de espera /poucos profissionais capacitado sobrecarga de atribuições aos profissionais existentes
- Alta demanda
- Sobrecarregado
- No CAPS: número reduzido de profissionais para cobertura integral da demanda.

Árvore de soluções

- Contratação de mais profissionais
- Montar protocolo de Acolhimento (acolhimento, tratamento e encaminhamento)
- Centro de convivência nos bairros
- Divulgação do fluxo para atendimento
- A saúde é boa para todas as pessoas, tem que entender e ter paciência
- Classificação dos pacientes
- Tratar o paciente juntamente com a família./classificar os pacientes
- fazer uma ação ou ações (cartilha , etc) para que toda a rede saiba o que é o trabalho da saúde mental
- Saúde mental na atenção primaria, dando suporte e capacitando
- Estruturação da rede
- A saúde mental estar apoiando os PSFs quando necessário
- Meio de informação geral
- Interação; UPA,CAPS e APS
- Realizar cartilhas para maior esclarecimento sobre o serviço
- Cartilhas c/orientações sobre o serviço(CAPS1)
- Informação para toda a rede através de apresentação do CAPS, de cartilhas, oficinas
- Melhor comunicação
- Comunicação
- Mais comunicação divulgação CAPS1

Apresentaremos a seguir parcialmente os excertos das falas dos participantes da oficina “*Acolhimento em saúde mental: uma proposta de construção colaborativa*” – como forma complementar ao procedimento de análise dos dados que foram identificados nas arvores de problemas e soluções relatadas anteriormente.

As falas iniciais surgiram a partir da apresentação e discussões dos temas.

- Saúde mental: EU/realidade. Destacamos duas contribuições:

“A saúde mental é um serviço que atende, ajuda o portador de doença mental ...contribui para diminuir as internações psiquiátricas e colocar estas pessoas na sociedade...antes não era assim... este paciente é uma pessoa como outra qualquer que tem necessidades ...” (Tatiana)

“quando a gente adocece passa pelo acolhimento, a família não compreende e o CAPS faz essa ponte”(Letícia)

- Acolhimento. Destacamos a contribuição das três participantes deste tema:

“O Acolhimento é o cartão de visita, é porque a pessoa esta precisando do tratamento, é escuta qualificada que inicia com apoio de palavras e depois é encaminhado a questão dele.”(Gilda)

“Acolher não é dar um simples bom dia, é qualificado, tem que escutar o problema dele, porque buscou o serviço.O profissional tem que ser educado de qualquer maneira ,isso é pré requisito é humano. A urgência clinica na UPA não tem o vinculo...na saúde mental precisa” (Leila)

“O usuário quer segurança, o grito de socorro é quando chega no acolhimento,se é bem recebido a possibilidade é bem melhor”(Gilda)

“É preciso saber ouvir e direcionar” (Rosa)

- Colaboração e responsabilização. Destacamos a contribuição dos quatro participantes:

“A atenção primaria tem que saber como é o CAPS e a saúde mental tem que ter a referencia e contra referencia, saber como é a relação da família com o PSF qual a colaboração que pode dar. E o usuário tem que respeitar as regras do serviço.”(Ana)

“Estou tendo colaboração de todos até dos outros usuários, como pai estou tentando fazer o que posso, entender, ajudar...”(Gabriel)

“Trabalho no CAPS e vejo que a presença da família é muito importante.” (Cleuza)

“O usuário também tem que colaborar.” (Almir)

- Orientação e fluxo com priorização (exp.: mapas dos ônibus//bancos/museus). Destacamos a contribuição de duas participantes, uma só se apresentou e outra chegou mais tarde:

“Na orientação muitas vezes pensa se que o serviço só tem o psiquiatra...muitas vezes é outro profissional que atende ...tem um certo problema porque o CAPS é lugar da urgência e a pessoa pensa que vai ser atendida imediatamente, mas não é assim ...ela vai ser atendida, mas vai ser agendado...a pessoa fica nervosa.”(Jane)

“A pessoa procura a gente para marcar a consulta, ai a gente vai conversando com a pessoa e as vezes no final ela diz que passou...”(Márcia)

Após as falas dos temas geradores vamos apresentar as contribuições que surgiram na apreciação e discussão da “Arvore de problemas” construída pelo grupo.

“O problema esta no desconhecimento do que é o CAPS na rede de saúde e entre os próprios usuários de qual é o papel do CAPS”(Márcia)

“Acho que é muito confuso na rede o que é CAPS e o que é saúde mental. O CAPS é um dispositivo muito específico. Sem dispositivos na rede os pacientes estabilizados que deveriam estar no território, na atenção básica, com orientação dos profissionais da saúde mental estão no CAPS.São uma parcela de pacientes que estão no CAPS e deveriam estar num outro espaço ...isto é muito confundido na rede e não damos conta da demanda ...esta claro para nos e não para a rede.”(Aparecida)

Foi necessário uma intervenção da coordenação para que o grupo compartilhasse mais, parece que todos estavam muito concordantes.

“Quem esta na ponta não percebe, é um nó se a rede não entende. Tem que ter uma solução.”(Carla)

“O que acontece é que as vezes o primeiro atendimento é aqui, depois ele(se referindo ao usuário) fica solto não vai a atenção primaria.Coloquei a questão da referencia e contra referencia, porque o médico do PSF não tem noticia.”(Ana)

“Há desinformação.É preciso a saúde mental dentro dos PSF orientando,capacitando...falta isto”(Aparecida)

“No SAMU quando a gente atende uma ocorrência o que pensamos é trazer para o CAPS...é o único local que vem na cabeça ...as vezes é um paciente tranquilo mas onde é

que leva ,no CAPS. A ausência da família que quer ter descanso, não quer preocupar com a faca, com a queda,com o surto ...é a válvula de escape para a família”(G)

“É não tem outro lugar”(Aparecida)

“Tem que informar”(Carla)

“E um protocolo?”(Gilda)

“Uma cartilha para divulgar .Divulgação não através da matricial ...é preciso que todos os profissional saibam”(Carla)

Novamente a coordenação necessitou intervir para que o grupo guardasse o apontamento das soluções e falasse mais dos problemas.Sugeriu que cada participante falasse.

“A questão da falta de recursos humanos e da qualificação, capacitação ...é o que mais me preocupa”(Jane)

“O que esta acontecendo é que esta acolhendo,esta enchendo a casa ...enchendo a casa e não esta dando resolução”(Gilda)

(Ilda)Não conseguiu falar, ficou emocionada.

“A gente faz busca ativa ... passa o problema, mas é muita gente ..a gente vê o problema mas as pessoas tem medo, existe uma barreira.(Márcia)

“O ACS tem o contato com a comunidade, muitas vezes o paciente não aceita e ai pode ocasionar um transtorno mais grave, porque a pessoa não aceita o tratamento no primeiro momento o que gera atendimento na UPA. E ate passar aquele momento e o remédio fazer efeito deveria estar no hospital...o hospital deveria ter um leito ao invés de mandar para BH...não tem retaguarda. A atenção primaria também não absorve o que deveria.”(Ana)

“Todos deveriam se responsabilizar.”(Gilda)

“Na UPA geralmente a gente dá o suporte nos fins de semana” (Rosa)

“Falta informação da população...as vezes a gente coloca o usuário na fila de espera porque o usuário vem sem nenhuma informação do posto ou da família ...ai a gente marca como se não fosse uma urgência ...se viesse com algum esclarecimento poderíamos ajudar”(Cleuza)

“Penso que todos os problemas foram falados mas a falta de comunicação na hora do encaminhamento,a falta de interesse da pessoa que esta do outro lado e não se coloca no lugar de quem esta com o paciente.”(Tatiana)

“Nos temos que dividir todos os tipos de atendimentos com o gravíssimo ...todos vem com demanda urgente ...mas a urgência mesmo necessita de mais cuidado.”(Aparecida)

Passamos agora para os excertos das falas das contribuições sobre a construção da “Árvore de Soluções”.

“Acho importante a cartilha...é um instrumento, já seria um começo.Quanto ao PSF o CAPS esta junto a rede, onde é solicitado nos vamos, não ficamos fechados...”(Jane)

“ A atenção primaria tem que ter uma forma, ninguém transforma sozinho..o profissional aqui de dentro é que tem mais conhecimento de como funciona. Criar multiplicadores, os agentes levariam para a comunidade.Quem sabe ,participar da reunião de referencia técnica onde todos os enfermeiros participam ...eles tem duas reuniões mensais com sua equipe...então eles seriam multiplicadores para equipe e os ACS com a comunidade.Encontrar com o SAMU, com a fisioterapia ,com a assistência odontológica...dessa forma dá pra fazer funcionar melhor a comunicação dentro da atenção primaria’(Márcia)

“Estamos abertos(se referindo ao CAPS) e queremos, precisamos...” (Aparecida)

“Eu queria saber assim...o paciente deve ser encaminhado ao PSF,chega lá ...e ai.O PSF tem informação como fazer o tratamento,as visitas , o acolhimento familiar ...o tratamento tem que ser feito em casa e no PSF e por ultimo aqui no CAPS...mas o PSF sabe como fazer o acolhimento?”(Gilda)

“Qual é o papel de cada um , não adianta capacitar se não estiver claro o funcionamento ...o papel de cada um”(Carla)

Neste momento a coordenação pede que o grupo avance nas sugestões das soluções e como podem ser executadas.Vamos a seguir relatar as sugestões apresentadas:

- ✓ (Carla) e (Ana) representantes da Gestão na Atenção Primaria sugerem que a equipe do CAPS participe da reunião de referencia técnica (reunião da Superintendência e dos coordenadores da AP com todos os enfermeiros responsáveis pelas áreas de cobertura dos PSF) para apresentar o funcionamento do CAPS. Assim poderão cobrar dos enfermeiros que repassem as informações para sua equipe.Concluem dizendo que aguardam a presença do CAPS em reunião agendada previamente.
- ✓ (Almir) Reforça que as reuniões de equipe são espaço de comunicação.
- ✓ (Rosa) Indica a participação nas CAUS – Conselhos Administrativos das Unidades.

- ✓ (Ana) Sugere que o CAPS monte uma cartilha básica e leve para apreciação dos outros setores para que cada um dê sua opinião, donde feitas as correções fazer a distribuição. O PSF do município já fez uma cartilha, mas ela não sabe como foi elaborada.
- ✓ (Gilda) Diz que é necessário levar a informação para as escolas “para quebrar tabus ,existe muita resistência que o CAPS é lugar para doido”.
- ✓ (Gilda) Pensa que teria que ter uma estratégia para alcançar a família que não participa do tratamento. (Tatiana) faz um comentário “ a família aparece no momento da crise ...vem todo mundo...depois abandona.”
- ✓ (Almir) Propõe Centros de Convivência nos bairros.
- ✓ (Gilda) e (Gabriel) Sugerem e questionam os espaços das Associações de Bairro como possibilidade de convivência.
- ✓ (Ana) e (Aparecida) Informam ao grupo sobre as pré conferencias e a I Conferencia Intermunicipal de Saúde Mental que irão acontecer no município e identificam para o grupo que estas são possibilidades que acontecem no território e são uma forma de acesso a informação e espaços de sugestões de melhorias na rede de saúde.
- ✓ Ainda (Gilda) Fala que em BH e em outros municípios existe uma” triagem” especifica para a urgência psiquiátrica . O SAMU de Ouro Preto tem um protocolo que não é especifico para saúde mental.Sugere uma sensibilização junto ao SAMU para levantar a discussão.
- ✓ (Rose) Relata que um estudo esta sendo feito para a implantação da Classificação de Risco na UPA. Afirma que seria importante a participação da saúde mental na construção deste instrumento.
- ✓ (Márcia) Sugere que levemos a oficina, as discussões,as informações para as unidades para as equipes do PSF.
- ✓ (Ana) Fala das limitações do planejamento na Atenção Primaria mas que mesmo assim há uma futura possibilidade da implantação dos NASF – Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

5 RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS

A realização da oficina buscou compreender as práticas e os problemas enfrentados a partir das diferentes perspectivas dos envolvidos no acolhimento em saúde mental.

Dentre os resultados obtidos, destacamos:

- O surgimento de iniciativas dos representantes dos gestores e servidores.
- As intervenções nas reuniões de referências técnicas da atenção primária à saúde. Esta reunião acontece uma vez por mês com a Superintendência, coordenações da Atenção Primária e as referências técnicas de cada PSF compostas pelos(as) enfermeiros(as). Este espaço seria adequado para que o CAPS1 pudesse se apresentar e instaurar a discussão de procedimentos no acolhimento em saúde mental, tais como abordagem, fluxo de encaminhamentos, e outros específicos de cada localidade.
- A necessidade de participação na construção de Avaliação e Classificação de Risco e Protocolos da urgência da UPA. Neste momento a equipe da UPA e gestão estão discutindo a viabilidade de implantação destes procedimentos, porém sem contemplar o acolhimento e a rede de saúde mental.
- A sensibilização de outros servidores quanto há necessidade de promover a discussão nos locais de trabalho. Esta proposição fica evidente nos relatos dos profissionais tanto da complexidade – UPA e SAMU, como da ponta – PSF. Todos identificam os preconceitos que envolvem o atendimento ao usuário com transtornos mentais, assim como o interesse e a necessidade de capacitação.
- A manifestação de certo “despertar” em usuários e familiares sobre a dimensão dos espaços comunitários em que eles são, potencialmente, agentes transformadores da realidade. Seja na inserção nos serviços de saúde – por exemplo: reunião de familiares do CAPS, nos grupos operativos dos PSF- seja nos espaços comunitários como associações, pastorais e outros.

A dinâmica da oficina possibilitou aos participantes reconstruir conceitos e estimulou a colaboração e o compromisso de levar as reflexões para aqueles locais ou funções que representaram na oficina de gestores, servidores, familiares e usuários.

A oficina resultou em consensos na existência de carências e lacunas no acolhimento e na abordagem do usuário com transtorno mental na atenção primária, nos dispositivos de urgência e mesmo no CAPS. Na necessidade de construir instrumentos de intervenção tais como cartilhas, protocolos e fluxos que alcancem modificar esta realidade. E que é imperativo a continuidade na realização de oficinas temáticas nos CAPS, nos setores representados ou não que compõem a rede de saúde e nos espaços comunitários – por exemplo: escolas, associações, dentre outros - para sensibilização e construção de estratégias coletivas de enfrentamento nos processos de saúde/doença e na composição da rede cuidados.

Não obstante as diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência BRASIL(2009), é preciso que haja uma contextualização e reflexão a respeito da realidade local, que engloba fatores como recursos institucionais, capacitação profissional e cultural de profissionais e usuários.

Em nossa prática como Terapeuta Ocupacional em saúde mental constatamos que os atendimentos individualizados restritos à medicalização e psicologização dos problemas de enfrentamento social não geram saúde, mas repetem o isolamento e o adoecimento.

De acordo com Cecílio (2001 p.14),

O processo de saúde-doença se manifesta na vida dos indivíduos a partir das relações que se estabelecem com as reais condições de vida, com as situações concretas associadas ao mundo do trabalho, à família e ao meio social e a partir das representações, do significado e das vivências e experiências subjetivas de cada pessoa. Envolve, assim, sempre inúmeras dimensões da vida. Ao pensarmos as necessidades de saúde podemos agrupá-las em quatro grandes conjuntos: necessidade de possuir boas condições de vida; necessidade de ter acesso a toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; necessidade de ter vínculo com profissional e equipe de saúde e a necessidade das pessoas obterem graus crescentes de autonomia no cuidado à própria saúde.... Depende da integração de diversos serviços, de um trabalho de equipe e da atuação específica dos profissionais em diversas dimensões.

Esta realidade envolve também os servidores, que trabalham no acolhimento, neste sentido Neves & Rollo (2006 p.3) fazem um alerta:

Os processos de “anestesia” de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação as suas necessidades e diferenças, tem nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forcas de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade... Deste modo, podemos dizer que temos como um dos nossos desafios re-ativar nos encontros nossa capacidade de cuidar ou estar atento para acolher, tendo como princípios norteadores:

- O coletivo como plano de produção da vida.
- O cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida.
- A indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir e produzir saúde).¹²

A precariedade na organização, na estruturação e na prestação da assistência a uma demanda inesgotável de sujeitos adoecidos gravemente, impede a realização de ações de promoção da saúde.

A ausência da coletividade na construção das soluções e propostas de resolução para romper o círculo vicioso dos encaminhamentos para as especialidades como resposta a um quadro de saúde multifacetado gera ofertas de serviços que rapidamente são preenchidos e esgotados, mas que não alcançam os fatores geradores do adoecer daquela coletividade.

Desta forma, este estudo pretendeu propor uma intervenção mediadora entre usuários e prestadores de serviços, capaz de transformar as ações de cuidado. A reflexão se deu na discussão do grupo em torno das vivências e levou a construção de um devir solidário, humanizando as relações subjetivas e de convivência, conduzindo a resolução de problemas através do resgate de saberes, habilidades, experiências, coragens, enfim, da diversidade de concepções e capacidades dos participantes. Vejamos a definição de processo de trabalho e de cuidado dada por Tubone (2004 p 12) :

Os serviços de saúde são os lugares onde são produzidos os cuidados às pessoas portadoras de algum tipo de necessidade de saúde. A maneira como se organiza e se articulam os diferentes trabalhos e ações (atendimento de enfermagem, consulta médica, curativo, inalação, atividades

educativas etc.) para responder às necessidades de saúde, o modo como cada profissional de saúde opera seu trabalho específico, como se relaciona com os usuários e com os demais colegas de equipe caracterizam o processo de trabalho e definem a produção de cuidado. O processo de trabalho em saúde é bastante complexo, rico e dinâmico.

A implementação de mudanças nas relações que se estabelecem entre os profissionais e os usuários e nos processos de trabalho é um grande desafio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo abre a possibilidade de construção de uma nova proposta de acolhimento em saúde mental. Agregar as percepções, expectativas e sugestões de todos os envolvidos no processo de cuidado em saúde nos encoraja aprofundar o estudo nas perspectivas culturais e organizacionais, assim como fomentar a implementação de projetos que possam transformar a nossa prática.

Espera-se que os atores envolvidos promovam novas discussões em outros fóruns legítimos, tais como: as conferências de saúde, os conselhos locais e municipal de saúde, as associações e as equipes envolvidas no processo de trabalho; ampliando a rede de colaboradores.

A oficina facultou a servidores e às famílias expressar suas necessidades e potencialidades em integrar as ações da assistência em uma rede, colaborativa e humanizada para o usuário de transtornos mentais graves e persistentes.

A iniciativa do estudo, a realização da oficina, a criação do vínculo permitiram vislumbrar a proposta de “inventar” um novo acolhimento. Nesta construção está sendo considerado o conceito amplo de acolher. Não se trata somente de um ato de recepção, mas de uma mudança de paradigma de gestores e servidores, de uma mudança de cultura, onde os usuários e seus familiares possam ser sujeitos históricos desse processo.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Lúcia. (org). **Oficinas em dinâmica de grupo**: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002.

ARINOS, M.D.J. **Saúde Mental na Atenção Básica**: um Modelo em construção. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília. 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília. 2004. 86 p.

CAMPOS, A. E. M.; ABEGÃO, L. H.; DELMARO, M. C. **O Planejamento de Projetos sociais**: dicas técnicas e metodologia. IN: Caderno da Oficina Social. Centro de Tecnologia, Trabalho e Cidadania. Rio de Janeiro, n. 9. 2002.

GOMES, L. P. **Projeto para implantação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. 2006, p. 3-4. Dissertação (Pós- graduação Latus senso Assistência a usuários de álcool e outras drogas) Escola de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais.

MACHADO, Ana Lúcia. **Reforma psiquiátrica e mídia**: representações sociais na Folha de S. Paulo . *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?lng=en>>. Acesso em: 05/04/2010.

NEVES, C. A.B.; MASSARO, A. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco:** um paradigma ético-estético. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 1ª Ed. Brasília, 2004.

NEVES, C. A. B.; ROLLO, A. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília- DF, 2ª Ed, 2006

OLIVEIRA, C. C. **Oficina:** A Oficina de trabalho como técnica de coleta de dados para pesquisa e espaço de aprendizado e reflexão. **Tese de Doutorado**, Universidade de São Paulo, São Paulo/ SP, 2005.

Prefeitura Municipal de Ouro Preto. **História.** Disponível em: <<http://www.pmop.com.br/acidade/historia.php>>. Acesso em: 05/06/2010.

SANTOS; L. C. **Projetos sociais:** fragmentos de ensinamentos. **Revista Administração Pública.** UNEB, Salvador, Ano I, n.4, p.39-50, maio/agosto 2003.

SCHOLZE.A. S., ÁVILA,L. H., SILVA M. M., DACOREGGIO, S. T. K. **A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez.2006. Disponível em:< www.ccs.uel.br/espacoparasaude>. Acesso em: 12/06/2010.

SOUZA, E. M. **Linha Guia de Saúde Mental.** Atenção em Saúde Mental. Secretaria de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

TEIXEIRA,R.R.**O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** Publicado em *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.*

Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; p-p 89-111.

TUBONE ,M.M. E COLs. **1º Caderno de apoio ao Acolhimento** - orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade. Projeto Prioritário Acolhimento,Secretaria Municipal de Saúde.São Paulo,2004.168 p.

TUBONE, M.M. e COLs. **2º Caderno de apoio ao Acolhimento** - orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/ vulnerabilidade. Projeto Prioritário Acolhimento, Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, 2004. 252 p..

8 ANEXOS

- ANEXO A:

CARTA CONVITE

Caro colaborador,

Gostaria de convidá-lo para participar da primeira oficina de *“Acolhimento em saúde mental: uma proposta de construção colaborativa”* que acontecerá no **dia 05(cinco) de março de 2010 das 9:30 horas as 11:30 horas sede do CAPS 1** (Centro de Atenção Psicossocial de atendimento ao usuário com sofrimento mental grave e persistente) coordenada por mim Terapeuta Ocupacional do CAPS1 . *A oficina consiste em breve apresentação da proposta e consentimento de participação , dinâmica interativa “arvore de problemas,reflexão,arvore de soluções ” ou outra mais adequada ao grupo, breve conceituação e exemplificação de instrumentos de acolhimento e fechamento.*

Esta atividade é parte do projeto de pesquisa desenvolvido no Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Projeto Veredas, e pretende resultar, a partir da discussão e reflexão das diferentes perspectivas dos envolvidos, na elaboração de uma proposta de acolhimento colaborativo que otimize a organização dos fluxos e procedimentos assistenciais nos serviços de saúde para o usuário com sofrimento mental e seus familiares – assim como para os prestadores do serviços.

Contamos com sua presença e agradecemos a disponibilidade, de em esforço conjunto, construirmos uma proposta de acolhimento que atenda a realidade local .

Atenciosamente,

Elaine Silva Reis - CREFITO 04- 2835T.O. Terapeuta Ocupacional do CAPS1 – técnico de saúde mental.

- **ANEXO B:**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Elaine Silva Reis, Terapeuta Ocupacional e aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Projeto Veredas, estou desenvolvendo um estudo com finalidade acadêmica e difusão da ciência, cujo título é “Acolhimento em Saúde Mental: uma proposta de construção colaborativa”. A sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito a sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de reflexão acerca dos processos de trabalho que envolvem a rede de saúde no acolhimento e abordagem do usuário portador transtorno mental

2. Os objetivos propostos são:

- Buscar compreender as perspectivas do usuário, do gestor e do servidor da rede de assistência local no que tange o acolhimento em Saúde Mental.
- Identificar os consensos e dissensos entre as perspectivas do usuário, do gestor e do servidor.
- Contribuir para a efetivação de uma proposta colaborativa de acolhimento e abordagem dos transtornos mentais para a rede de assistência local.

3. A investigação esta ancorada no Método Orientado por objetivos- denominado Método ZOOP e na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS e na Política Nacional de Saúde Mental e nas experiências desenvolvidas em todo o território nacional.

4. A participação é voluntaria, tendo o participante a liberdade para desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha desejar, sem risco de qualquer penalização.

5. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado o sigilo de dados confidenciais.

6. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelos telefones do CAPS1 - 355932.66 ou celular 97923307 ou pelo correio eletrônico elainesilvareis@yahoo.com.br.

7. A (s) Oficina(S) serão gravadas e lhe será permitido acesso ao vídeo/gravação, se assim o desejar. Para a transcrição e uso dos excertos na pesquisa serão usados somente as iniciais do seu nome ou nome fictício.(.....deixe aqui um nome como sugestão).

8. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo dela mesma, podendo discutir junto ao pesquisador e/ou utilizar das propostas para o desenvolvimento da mudança do processo de trabalho no seu serviço/localidade.

Ciente dessas informações concorda em participar do estudo.

Ouro Preto, 05 de março de 2010.

Assinatura do participante representante dos

Assinatura do pesquisador

- **ANEXO C**

OFICINA: “Acolhimento em saúde mental: uma proposta de construção colaborativa” .
OURO PRETO-MG

1 Tema e Análise da demanda:

1.1 Tema:

“Oficina para representantes da gestão da saúde municipal, dos servidores da rede de saúde municipal, dos usuários e dos familiares munícipes para discussão da realidade local e sugestões para uma proposta de construção colaborativa de acolhimento em saúde mental para rede de assistência de Ouro Preto”.

1.2 Análise da Demanda:

Conforme nossa expectativa de que de alguma maneira todos os participantes em seu papel realizam acolhimento em saúde mental, seja, pensando os serviços, realizando procedimentos, cuidando ou pedindo ajuda, certo é, que acumulam diversas experiências. Pretendemos que cada um possa descolar para a vivência do outro, compreendendo as possibilidades e as limitações e de que todo o grupo possa colaborar com uma proposta de acolhimento em saúde mental funcionante e humanizada. .

2 Temas –Geradores:

Tendo como objetivo uma proposta de construção colaborativa pensamos em temas que envolvessem os participantes onde pudessem colocar suas impressões de forma reflexiva e propositiva.

Temas geradores:

- Saúde mental: EU/realidade
- Acolhimento
- Colaboração e responsabilização
- Orientação e fluxo com priorização (exp:mapas dos ônibus//bancos/museus).

Consensos/dissensos: razão/loucura; acolher/recusar; colaborar /executar e outros.

3 Enquadre:

Oficina será realizada com representantes da gestão em saúde, dos servidores em saúde, de usuários e familiares, acontecerá na sede do CAPS1 no dia 05 de março de 2010 das 9:30 horas as 11:30 horas e será dirigida pela pesquisadora e Terapeuta Ocupacional do CAPS1.

4 Planejamento:

4.1 Apresentação e consentimento: exposição dialogada dos objetivos da oficina com a coordenadora da oficina.

4.2 técnica de aquecimento e perspectiva da oficina

4.3Técnica ou Dinâmica/oficina propriamente dita: “Arvore de problemas e soluções” ; adaptadas do método ZOOP.

4.4 Exposição dialogada : breve conceituação e exemplificação de instrumentos de acolhimento.

5 Fechamento: feedback e agradecimento.

Coordenação da oficina: Elaine Silva Reis. Colaboração: Thais Xavier