

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

DANIELLE GONÇALVES ROCHA

O ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO
PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Belo Horizonte – MG

2019

DANIELLE GONÇALVES ROCHA

**O ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO
PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre(a) em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de Pesquisa: Promoção de saúde e suas bases: Cidadania, Trabalho e Ambiente: processo de conhecimento e produção da saúde a partir da atuação sobre suas determinações sociais, políticas, econômicas, culturais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Monica Freitas Ribeiro.

Belo Horizonte – MG

2019

Rocha, Danielle Gonçalves.

R672a O acolhimento multiprofissional na instituição psiquiátrica [manuscrito]: percepção dos profissionais envolvidos. / Danielle Gonçalves Rocha. -- Belo Horizonte: 2019.

103f.: il.

Orientador (a): Maria Mônica Freitas Ribeiro.

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Acolhimento. 2. Saúde Mental. 3. Hospitais Psiquiátricos. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Pessoal de Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Ribeiro, Maria Mônica Freitas. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WY 108

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Reitora:

Prof.^a Sandra Goulart Almeida

Vice-Reitor:

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação:

Prof. Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de pesquisa:

Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina:

Prof.^a Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação:

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof.^a Adalgisa Peixoto Ribeiro

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Prof.^a Elza Machado de Melo

Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Membros titulares:

Prof.^a Andréa Maria Silveira

Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Prof.^a Eliane Dias Gontijo

Prof.^a Elza Machado de Melo

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof.^a Palmira de Fátima Bonolo



FOLHA DE APROVAÇÃO


O acolhimento multiprofissional na instituição psiquiátrica: percepção dos profissionais envolvidos

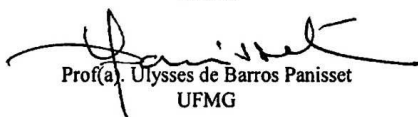
DANIELLE GONÇALVES ROCHA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 02 de agosto de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Maria Monica Freitas Ribeiro - Orientador
UFMG


Prof(a). Silvana de Araújo Silva
UFMG


Prof(a). Ulysses de Barros Panisset
UFMG

Belo Horizonte, 2 de agosto de 2019.

Dedico este trabalho a minha mãe SIMONE PEREIRA GONÇALVES, mulher forte, batalhadora, que me fez acreditar, a partir das suas ações, que a educação é o maior recurso para fazermos e sermos a diferença em um mundo de desigualdades sociais. A ela dedico esta obra com todo o meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção divina, por me permitir iniciar e finalizar essa jornada com saúde e serenidade.

Um agradecimento especial a minha querida orientadora Prof.^a Maria Monica Freitas Ribeiro, pela competência, dedicação e ética nas orientações, sempre com uma postura acolhedora e serena. Por acreditar em minha escolha de pesquisa e me ajudar a superar as adversidades que surgiram ao longo do percurso, agora concluímos juntas essa caminhada, porque não se faz ciência sozinha, muito obrigada e seguimos resistindo.

Agradeço imensamente às professoras Andreia Maria Camargos Rocha e Silvana de Araújo Silva pela disponibilidade e contribuições no processo de qualificação deste trabalho. Serei eternamente grata.

Ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, desde os funcionários aos Professores, pela competência e dedicação na condução desse mestrado, em especial à Prof.^a Elza Machado, inspiração de vida que me fez acreditar ainda mais na luta por uma sociedade sem violências. Professora, você é maravilhosa.

Aos colegas do mestrado, em especial Dani Carmona, Lucinéia, Adriana e Vânia, pelos momentos descontraídos de compartilhamento de vivências e trocas de angústias. Agradeço em especial ao Túlio, meu companheiro antes e durante esta árdua tarefa, sempre disponível para me auxiliar no que fosse necessário. Vocês são parte dessa trajetória.

Ao Hospital Instituto Raul Soares, lugar onde me tornei amante da saúde mental e que consentiu com a realização deste estudo.

Aos meus queridos ex-colegas de trabalho que participaram deste estudo, vocês são a potência de trabalho da instituição, meu eterno agradecimento.

Minha imensa gratidão aos profissionais do Hospital Instituto Raul Soares que aceitaram fazer parte desta pesquisa, sem a colaboração de vocês não teria sido possível.

À minha família, representada em particular pela minha mãe Simone, minha irmã Fernanda, meu irmão Luís, meu padrasto Eduardo, meu cunhado Alex, minha madrinha Marlene, por acreditarem em mim e me ofertarem carinho e apoio durante esta caminhada e por compreenderem minha ausência. Amo todos vocês.

Ao meu namorado Rafael, por me apoiar nos meus objetivos de vida, sempre ao meu lado independentemente de qualquer circunstância. Te amo.

Aos meus queridos amigos e amigas de vida, pelo carinho e palavras de incentivo, tornando mais leve e edificante o meu percurso. Obrigada pela solidariedade e torcida.

A razão sempre existiu, mas nem sempre de uma forma razoável.

(Karl Marx)

RESUMO

O acolhimento é uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) e se apresenta como um recurso capaz de remodelar o processo de trabalho nos serviços de saúde. Este estudo aborda o acolhimento na saúde mental, especificamente, como fator de mudança para o processo de trabalho na urgência de um hospital psiquiátrico. O objetivo consistiu em analisar a percepção dos profissionais de saúde que participam do acolhimento multiprofissional em um hospital psiquiátrico acerca de como foi sua implantação e como se dá seu funcionamento. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com aplicação de entrevistas semiestruturadas junto a nove profissionais do hospital psiquiátrico, sendo estes profissionais das diversas categorias: medicina, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional e psicologia. O tratamento analítico dos dados se deu via análise de conteúdo. Os resultados da pesquisa revelaram que alguns profissionais possuem um conhecimento limitado acerca da função do acolhimento. Em relação ao trabalho multiprofissional identificou-se que as ações do acolhimento em alguns momentos são realizadas de modo fragmentado, notadamente em decorrência da hegemonia do saber médico. Não existe um envolvimento de todos os profissionais para legitimação da mudança no processo de trabalho; há uma fragmentação na relação entre o profissional médico plantonista e profissional não médico. Os profissionais reconhecem as contribuições no atendimento às necessidades dos usuários e quanto à interlocução internamente e com a rede de serviços de saúde e saúde mental, com percepção de que houve redução no número de internações. Conclui-se, portanto, ser fundamental repensar e reafirmar o atual modelo assistencial no hospital psiquiátrico, sendo necessário investir em tecnologias leves como escuta, acolhimento e vínculo e elaborar estratégias para atender as necessidades dos usuários sem ter como recurso assistencial primordial a internação, notadamente a de longa permanência. É reafirmada a necessidade de práticas legitimadoras de decisões compartilhadas a fim de que a assistência em saúde mental se concretize de modo interdisciplinar com vistas à efetivação da integralidade.

Palavras-chave: Acolhimento. Saúde mental. Hospital psiquiátrico.

ABSTRACT

The “user embracement” is an operational guideline of the National Humanization Policy (PNH) of the Unified Health System (SUS) and presents itself as a resource capable of remodeling the work process in health services. This study addresses the reception in mental health, specifically, the “user embracement” as a factor of change to the work process in the urgency of a psychiatric hospital. Its objective was to analyze how health professionals who participate in multiprofessional care in a psychiatric hospital perceive how it was implemented and how it works. This is a qualitative research with the application of semi-structured interviews with nine professionals of the psychiatric hospital, being these professionals of several categories: medicine, nursing, social assistance, occupational therapy and psychology. The analytical treatment of data was done through content analysis. The results of the research revealed that some professionals have limited knowledge about the function of “user embracement”. In relation to the multiprofessional work it was identified that the actions of the reception in some moments are carried out in a fragmented way, notably due to the hegemony of medical knowledge. There is no involvement of all professionals to legitimize change in the work process; there is a fragmentation in the relationship between the medical professional on duty and non-medical professional. The professionals recognize the contributions in meeting the needs of the users. Better internal communication is also perceived as well as better communication with the network of health and mental health services, with the perception that there was a reduction in the number of hospitalizations. It is concluded, therefore, that it is fundamental to rethink the current model of care in the psychiatric hospital. It is necessary to invest in soft technologies such as listening, receiving and bonding and developing strategies to meet the needs of users without having as a primary care resource the hospitalization, long stay. The need for practices that legitimize shared decisions in order for mental health care to be carried out in an interdisciplinary way with a view to achieving integrality is reaffirmed.

Keywords: User embracement. Mental health. Psychiatric hospital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – O acolhimento na Urgência do Hospital Psiquiátrico: desafios e vantagens. 82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAC – Centro de Acolhimento da Crise

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial infantil

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

MRPB – Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira

MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PAD – Programa de Apoio à Desospitalização

PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PNH – Política Nacional de Humanização

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	Panorama histórico-social da loucura	19
2.1.1	Loucura: da sátira à ciência	19
2.1.2	Reforma Psiquiátrica: rupturas e continuidades	22
2.1.3	A constituição e a consolidação da política de saúde mental no Brasil	24
2.2	Reconfiguração do cuidado em saúde mental	32
2.2.1	A configuração de um <i>modus operandi</i> transformador na saúde mental ..	32
2.2.2	A interdisciplinaridade em saúde	36
2.2.3	Integralidade em saúde	39
2.2.4	O acolhimento como fator de mudanças na instituição psiquiátrica	40
3	PERCURSOS METODOLÓGICOS: EXPLORANDO O CAMPO DO ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA	42
3.1	Referencial metodológico	42
3.2	Sujeitos do estudo	43
3.3	Cenário do estudo	44
3.4	Aspectos éticos	45
3.5	Técnica e instrumento de coleta de dados qualitativos	45
3.6	Análise e tratamento dos dados	46
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
4.1	Ouvindo profissionais da instituição psiquiátrica sobre o acolhimento multiprofissional no setor de urgência	49
4.1.1	O acolhimento no discurso dos profissionais da instituição psiquiátrica ...	49
4.1.2	Desafios e vantagens do acolhimento na instituição psiquiátrica: a percepção dos profissionais	55
4.1.3	O trabalho interdisciplinar x hierarquização do saber	64

4.1.4 Pontos positivos e negativos do processo de trabalho no acolhimento, na perspectiva dos profissionais.....	70
4.1.5 Outros aspectos sobre o acolhimento na visão dos profissionais.....	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE.....	91
ANEXOS	93
Anexo A	93
Anexo B	96
Anexo C	101

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização da questão de pesquisa

Este trabalho discute a perspectiva do acolhimento, em interface com a saúde mental, a partir da percepção dos profissionais de saúde que participam do acolhimento multiprofissional em um hospital psiquiátrico. Abordou-se como foi sua implantação e como se dá seu funcionamento.

Desde a graduação em serviço social tenho interesse na temática da saúde mental, sendo que minha trajetória nesta área iniciou com o estágio curricular e a confecção do trabalho monográfico de conclusão de curso. Em seguida, fiz pós-graduação em saúde mental e atenção psicossocial, e posteriormente, no ano de 2012, fui contratada para trabalhar no hospital psiquiátrico, local em que atuei como assistente social até o ano de 2018. A partir das experiências acadêmica e profissional, notadamente a do trabalho na instituição psiquiátrica, percebi o quanto é primordial que o trabalhador na saúde mental, independente do espaço de atuação, sustente sua prática na perspectiva da desinstitucionalização e da efetivação da cidadania.

Apesar de meu trabalho na saúde mental ter sido galgado nos preceitos do que preconiza a Reforma Psiquiátrica, este sempre foi atravessado pelas características históricas de segregação associadas ao hospital psiquiátrico, questão que, inicialmente, na minha percepção, não poderia ser diluída com a mudança no processo de trabalho com a implantação do acolhimento no setor de urgência desse espaço institucional devido à hegemonia do saber médico. Mas, ao participar deste novo processo, percebi o quanto alterações no modelo assistencial podem transformar e contribuir para uma prática não asilar, não segregatória e com caráter inclusivo. Nessa perspectiva, entende-se por prática asilar aquela em que o cuidado em saúde mental se sustenta com o isolamento no hospital psiquiátrico com características de instituição total (GOFFMAN, 1992).

Desse modo, o interesse em pesquisar esse tema emergiu a partir da implantação do serviço de acolhimento, em outubro de 2015, no setor de urgência do hospital psiquiátrico. Naquele momento, eu e os demais trabalhadores da instituição nos deparamos com uma nova realidade, a qual trouxe inquietações, contribuições, mudança de paradigma e no processo de trabalho. Assim, o cenário desta pesquisa havia sido minha instituição de trabalho durante seis

anos, condição que me fez, a partir dessa vivência, buscar elucidar questões do cotidiano daquela realidade para reflexões.

A apreensão de como é a organização do trabalho permite visualizar como os serviços de saúde estão almejando a efetiva concretização do que está preconizado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (COIMBRA, 2003). Em se tratando da assistência em saúde mental, o conhecimento da organização do trabalho é fundamental porque o hospital psiquiátrico ainda se constitui como serviço de tratamento para pessoa com sofrimento mental, sendo necessária a constituição permanente de ações pautadas no que preconiza o aparato legal e assistencial na saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica.

O acolhimento surgiu na instituição psiquiátrica em estudo como uma estratégia de reorientação do modelo de saúde até então vigente na porta de entrada do setor de urgência, caracterizado pela atenção individual, médico-centrada e hospitalocêntrica. Nessa nova estratégia, o foco da atenção é direcionado a acolher os usuários e os seus familiares que procuram a urgência do serviço demandando atendimento médico psiquiátrico, em um acolhimento multiprofissional. O acolhimento é sustentado a partir das seguintes premissas: alcance universalizante (atendimento a toda a população que procura os serviços); reestruturação do processo de trabalho (substitui uma assistência médico-centrada por uma assistência multiprofissional); melhoria da relação profissional/usuário (construção de interesses comuns e a consolidação de um trabalho de qualidade com vistas a uma atenção integral) (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O acolhimento sustenta, ainda, uma modificação na organização do trabalho, que é construído baseado em equipe interdisciplinar, visando práticas mais resolutivas e integrais, tomando como eixo condutor a internação como último recurso. Nesse contexto, as ações de saúde mental estão voltadas aos princípios da humanização do cuidado. Assim, o acolhimento é um instrumento que viabiliza mudanças no processo de trabalho em saúde mental, e quando esse ocorre em um hospital psiquiátrico, supõe-se que ocorram mudanças no modelo hospitalocêntrico, contribuindo com o rompimento do paradigma asilar. Além disso, espera-se que o acolhimento multiprofissional trabalhe junto a uma rede comunitária de atenção à saúde mental e seus diferentes dispositivos.

O valor social e científico deste trabalho está relacionado ao fato de poder contribuir para ampliar o atual contexto de conhecimentos acadêmicos sobre o acolhimento em saúde mental, notadamente em uma instituição psiquiátrica que oferta serviço de atendimento aos usuários em sofrimento mental agudo, em âmbito estadual. Ainda existem lacunas no

conhecimento sobre o fazer nos hospitais psiquiátricos após a Reforma Psiquiátrica, especificamente sobre acolhimento nesses espaços. Pretende-se que os resultados desta pesquisa possam colaborar para reflexões nessa realidade, assim como dar subsídios para elaboração de instrumentos normativos e assistenciais dentro destes espaços que prestam atendimento de urgência às pessoas com sofrimento mental, com a proposição de contribuir para melhoria da assistência prestada.

Dessa forma, destaca-se que este trabalho é composto por esta introdução, em que são apresentados a problematização do objeto de estudo, o objetivo do trabalho, a sua justificativa, e relevância social e científica desta pesquisa. A fundamentação teórica é apresentada no segundo capítulo, no qual se apresenta um panorama histórico-social acerca da loucura e a reconfiguração do cuidado em saúde mental; aborda-se a apreensão da loucura pela ciência e os movimentos globais de ruptura com a assistência tradicional no trato à pessoa com sofrimento mental; demonstra-se a constituição e a consolidação da política de saúde mental no Brasil a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica; discutem-se, ainda, as transformações e o acolhimento como fatores de mudanças na assistência em saúde mental, notadamente na instituição psiquiátrica. No terceiro capítulo são delineados os percursos metodológicos da pesquisa, justificando o *locus* da pesquisa, as técnicas de coleta de informação e o tratamento analítico dos dados. O quarto capítulo apresenta os dados do campo sobre como foi a implantação e como ocorre o funcionamento de um serviço denominado “acolhimento” em uma instituição psiquiátrica, a partir da análise das entrevistas semiestruturadas com os profissionais em diálogo com a literatura, e por fim são apresentadas as considerações finais deste trabalho.

1.2 Objetivos

Este trabalho tem como objetivos:

Objetivo primário

Analisar como os profissionais de saúde que participam do acolhimento multiprofissional em um hospital psiquiátrico percebem como foi sua implantação e como se dá seu funcionamento.

Objetivos secundários

- Refletir sobre o significado atribuído pelos profissionais às práticas denominadas manicomiais/hospitalocêntricas e às práticas baseadas na política de promoção da saúde, especialmente o acolhimento multiprofissional.
- Verificar o envolvimento e a disponibilidade dos profissionais de saúde para o uso de tecnologias leves: acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia.
- Identificar vulnerabilidades e potencialidades na instituição psiquiátrica, na visão dos profissionais de saúde, para a implantação das tecnologias leves.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Panorama histórico-social da loucura

A proposta, neste capítulo, é resgatar a história e as dimensões conceituais em torno da loucura, trazendo aspectos sobre saberes constituídos em torno desta temática em diversos momentos históricos. Retrata-se inicialmente, no primeiro tópico, com base nos estudos de Foucault (2007) em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*, o momento no Renascimento em que a loucura tem sublimidades fantasiosas. Em seguida é observado o surgimento da internação, no século XVII, como recurso regulador dos considerados desviantes, entre eles, o louco, tendo a internação caráter meramente correcional e ajustador.

No item seguinte discutem-se aspectos sobre a consolidação da loucura como doença a partir do surgimento da psiquiatria, e os modelos de tratamento que se constituíram baseados em alternativas inicialmente segregatórias e que, com o processo de reformas nos modelos de tratamento e de assistência, permitiram outras alternativas no trato com a loucura, agora considerada sofrimento mental.

2.1.1 *Loucura: da sátira à ciência*

Desde a antiguidade, especificamente a partir do século XV, o louco e a loucura estão presentes no horizonte social, o que culminou no surgimento de diferentes discursos e práticas em torno do que é e de como intervir nesse objeto historicamente constituído. Durante toda a Idade Média e Renascimento (séculos XIV, XV e XVI), a partir de uma abordagem filosófica e literária, o louco estava vinculado ao divino, estava presente nas imagens e contos da época, se configurava como uma experiência trágica, uma sátira moral, “uma loucura que não precisava de médicos, mas apenas da misericórdia divina” (FOUCAULT, 2007, p. 39). Nesse período, as embarcações tinham a função de colocar os loucos à deriva, “frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos” (FOUCAULT, 2007, p. 9). Não existia uma clareza sobre o significado desse costume, mas ele possibilitava o abandono, a errância, o não pertencer e a purificação (FOUCAULT, 2007). No Renascimento, a loucura se configurava na arena da linguagem, tendo caráter de manifestação, revelação, sendo algo estético e do habitual (FOUCAULT, 2006).

Em meados do século XVII, com o advento da razão e após dois séculos de redução de prevalência da lepra, as estruturas que excluíram os leprosos permaneceram sendo utilizadas para a exclusão de mendigos, vagabundos, mágicos, libertinos, desempregados, ociosos e loucos. Nesse período, denominado de A Grande Internação, o internamento ocorria em Casas de Correção e Trabalho e em Hospitais Gerais, tendo a internação um caráter moral e ajustador vinculado ao imperativo do trabalho e à reprovação da ociosidade de indivíduos heterogêneos. O sentido real era isolar aqueles indivíduos que de alguma forma ameaçavam a “nova ordem” fundamentada na razão cristã e na moral (FOUCAULT, 2007).

O internamento se constituiu e se justificou a partir de vários aspectos dicotômicos, como possibilidade de prosperidade pelo trabalho, de assistência e proteção social e, ao mesmo tempo, como local de repressão e castigo aos desviantes. Essa prática se expandiu por toda a Europa nesse período, utilizando-se dos antigos leprosários, espaços de repressão mantidos, em parte, com recursos públicos. O confinamento dos considerados “desviantes” ocorria através da ordem do rei ou da justiça. Em 27 de abril de 1656, é instituído o decreto de fundação do Hospital Geral em Paris, instituição que representava o que foi o internamento até o final do século XVIII na Europa (FOUCAULT, 2007).

A consolidação da internação era justificada a partir de um viés moral que considerava as questões advindas das crises econômicas, como o desemprego e a ociosidade, condições para medidas autoritárias de coação nos Hospitais Gerais, ou seja, a internação se consolidou na época como um recurso para as crises econômicas e tinha caráter filantrópico (BENELLI, 2014). Assim, a internação é uma invenção “adequada” ao século XVII, sendo medida econômica e precaução social:

É o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 2007, p.78).

Sob a perspectiva de uma nova ordem social, com o projeto civilizatório do iluminismo, em que o indivíduo é um valor em si mesmo, supremo, separado do fato social e fundado na razão, aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo eram isolados, sendo considerados fonte conflitante da sociedade burguesa (ROSA, 2003).

Outra realidade da era clássica, especificamente no final do século XVIII, foi o internamento do louco com os doentes venéreos, sendo o hospital “um lugar de redenção comum aos pecados contra a carne e às faltas contra a razão” (FOUCAULT, 2007, p. 87).

Com a Revolução Francesa, no final do século XVIII, este cenário toma outra dimensão em função da reestruturação do espaço social, ou seja, nenhum cidadão pode ser privado de liberdade arbitrariamente, com exceção do louco, já que estes eram considerados perigosos e violentos (BRASIL, 1998).

No século XIX, na era moderna, a loucura é capturada pelo conhecimento racional, sendo considerada doença mental na cultura ocidental. Os psiquiatras decidem alterar o espaço de segregação da loucura, do confinamento moral, ajustador e jurídico para o confinamento pautado em uma justificativa patologizante, sendo a loucura considerada objeto de tratamento. “O desatino só tenha podido tornar-se objeto de conhecimento na medida em que foi, preliminarmente, objeto de excomunhão” (FOUCAULT, 2007, p. 105).

O médico Philippe Pinel (1745-1826) é a referência do período em que a classe médica denomina a loucura de alienação e posteriormente de doença mental, e substitui os asilos por hospitais psiquiátricos, onde os ditos loucos são internados. O tratamento tinha caráter moral; cada vez que cometia um ato indevido, o paciente era punido para reconhecer seus erros, sendo as internações precárias e desumanas. Pinel “funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental” (AMARANTE, 1995, p. 26). Neste período, no interior do hospital psiquiátrico,

a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que imprimirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura daí por diante. Se, por um lado, a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite com que esta seja apropriada pelo discurso e pelas instituições médicas, por outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão. Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio do tratamento moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade. (AMARANTE, 2003, p. 42).

O Hospital Psiquiátrico pode ser definido como instituição total, por ser um “local de residência e trabalho, onde muitos indivíduos em situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período levavam uma vida fechada e totalmente administrada” (GOFFMAN, 1992, p. 11). Ainda segundo o autor, estes são espaços constituidores do controle, da dominação e da produção de subjetividades, onde o internado não tem contato social com o mundo exterior.

Por muitos anos, a loucura foi capturada e excluída do espaço político de cidadania, estando restrita ao hospital psiquiátrico e sendo considerada elemento desviante da ordem social instituída (LOBOSQUE, 2003). Não havia respeito à subjetividade e à identidade, sendo a organização da instituição orientada para atender as necessidades desta, e não as do internado. “Antes de ser um doente mental, ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e acontraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade” (BASAGLIA, 1985, p. 113).

Foi nesse cenário, das internações dos loucos nos manicômios, que nasceu a psiquiatria, pela qual a loucura passou a ser definida como doença mental, com profissionais específicos para o trato com a questão, em particular o médico especialista em psiquiatria e a abordagem psicológica. A partir desse período desenvolveu-se o trabalho de descrição e denominação dos diversos tipos de doenças mentais (BRASIL, 1998).

A burguesia, delegando o “problema” da loucura à psiquiatria, fomentou um processo de medicalização e um processo de tutela, os quais remetem ao processo de internação hospitalar integral, regido pela desigualdade social de classe do paciente (ROSA, 2003).

Apesar das contribuições desse período no tocante ao tratamento do doente mental, este é muito criticado no sentido de que os pacientes eram privados de liberdade e vítimas de opressão nas instituições asilares, sendo estas assemelhadas às prisões. As instituições de internação tinham como real sentido “enclausurar, segregar e aprisionar as diferenças em suas singularidades” (BRAVO, 2006, p. 146).

2.1.2 Reforma Psiquiátrica: rupturas e continuidades

Após a II Guerra Mundial, a psiquiatria será questionada com o objetivo de alterar todo o modelo da psiquiatria clássica até então vigente, pois era dramática a situação dos hospitais psiquiátricos na Europa. Nesse sentido, podemos elucidar diversos movimentos de Reforma Psiquiátrica.

Houve reformas restritas ao âmbito dos hospitais psiquiátricos, como a Psicoterapia Institucional ocorrida na França em meados dos anos 1940, que tinha um caráter de reinvenção das práticas no manicômio, e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, no mesmo período, que tinham como objetivo tornar o hospital psiquiátrico um lugar terapêutico, democratizando as relações institucionais. Outras reformas buscavam vincular serviços hospitalares com serviços extra-hospitalares, como a Psiquiatria de Setor na França nos anos 1950, com a

constituição de equipes e instituições psiquiátricas regionalizadas, e a Psiquiatria Preventiva, nos anos 1960, nos Estados Unidos, com centros de saúde mental com perspectiva de redução das internações (MINAS GERAIS, 2006).

Houve, ainda, reformas que inauguraram uma perspectiva de substituição do hospital psiquiátrico por serviços alternativos, tecendo críticas aos saberes e práticas da psiquiatria até então vigentes. Foi assim com a Antipsiquiatria, ocorrida no final dos anos 1950 na Inglaterra, que procurava romper com o modelo e saber assistencial vigente, e com a Psiquiatria Democrática na Itália, também naquele período, que defendia a extinção do hospital psiquiátrico e criava alternativas substitutivas, promotoras da cidadania para o louco (MINAS GERAIS, 2006).

Essas reformas visavam algo em comum, romper com o modelo hegemônico de atenção à pessoa com sofrimento mental centrado no hospital psiquiátrico (VASCONCELOS, 2002). Além das reformas citadas anteriormente, nos anos 70, ocorreu na Itália a Perspectiva Basagliana, com vistas à desinstitucionalização:

[...] na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda, as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de caráter social (VASCONCELOS, 2002, p. 135).

Opondo-se claramente à psiquiatria tradicional e ao hospital psiquiátrico, o psiquiatra italiano Franco Basaglia foi um dos precursores na consolidação da Reforma Psiquiátrica Italiana, que tinha como propósito a extinção do hospital psiquiátrico, um novo modo de se relacionar com a loucura, e a perspectiva da inclusão a partir de novos saberes e equipamentos para o cuidado em saúde mental.

Essas reformas visavam o avanço entre o tratamento e o cuidado social, uma vez que o Estado e a família devem ser responsáveis no cuidado da pessoa com transtorno mental, sendo evidenciada a “complexidade da existência subjetiva e social de cada indivíduo, no sentido de reivindicar a possibilidade e legitimidade de uma existência na diferença” (VASCONCELOS, 2002, p.143).

A Psiquiatria Democrática Italiana teve impacto global. A partir desse período surgiram os primeiros movimentos pela Reforma Psiquiátrica em âmbito mundial. No Brasil, o início do movimento ocorreu entre 1978 e 1980, em um momento de efervescência política e cultural, atrelada à conquista de políticas públicas na área social, particularmente, um Sistema Nacional de Saúde, destinado a toda a população, desvinculado de concepções e tendências

tecnicistas e corporativistas, mas com vistas a uma interlocução mais ampla com a sociedade (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica surgiu como um movimento que questiona as condições marginalizadas de vida e a forma excludente da atenção a que estão submetidas as pessoas com sofrimento mental, visa o resgate da cidadania, cria propostas críticas e práticas através do desmonte progressivo dos hospitais psiquiátricos e a criação dos serviços substitutivos, tais como centros de referência em saúde mental, hospital-dia, centro de convivência e ambulatórios (OSCAR; COSTA; VIANNA, 2005). Esse movimento é composto pela sociedade, pelas instituições, por profissionais da área e áreas afins, conselhos, movimentos sociais, universidades, governos (municipal, estadual e federal) e opinião pública (BRASIL, 2003).

Pautando-se pelo objetivo de promoção e prevenção da saúde mental, pode ser observado um remodelamento dos espaços hospitalares, e a extensão da psiquiatria ao espaço público. Isso desencadeou a utilização de novos procedimentos terapêuticos, os quais procuravam acoplar serviços extra-hospitalares aos hospitais. Aquele momento pode ser considerado propício para repensar a relação sujeito/instituição, com a valorização do direito dos usuários em um processo de reabilitação psicossocial pautado na construção da cidadania (ROSA, 2003).

Redimensionando a temática acerca da Reforma Psiquiátrica, é necessário enfatizar esse processo histórico no Brasil e suas repercussões na assistência à saúde mental.

2.1.3 A constituição e a consolidação da política de saúde mental no Brasil

O modelo institucional hospitalocêntrico é implantado no Brasil no século XIX, importado de experiências europeias, sobretudo as francesas. Foi administrado, a princípio, pelas Santas Casas de Misericórdia, com uma conotação religiosa, tendo sido estas as primeiras instituições de saúde do país. “A função principal do hospício nessa fase foi a de remover, excluir e sanear a cidade de um segmento que potencialmente era considerado desordeiro/perigoso” (RESENDE, 1990 apud ROSA, 2003, p. 86).

Em 1852, no Rio de Janeiro, é criado o primeiro hospital psiquiátrico, com o nome Hospital Psiquiátrico Pedro II. Em seguida, instituições semelhantes são construídas em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais. A assistência em saúde nesse período era realizada em regime de filantropia ou privatista, e não existia assistência ligada ao setor público. Em

1890, o Hospício Pedro II transforma-se em instituição pública e altera sua natureza assistencial e caritativa em científica (BRASIL, 1998).

Em fins do século XIX, com o advento da República, consolidava-se o período em que a loucura passou a ser denominada doença mental, o que conseqüentemente desencadeou a medicalização e o tratamento por especialistas, sendo esta entendida por um viés científico. “Em 1903, é criada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, que previu a fiscalização das instituições psiquiátricas (Decreto nº 1132 de 22/12/1903)” (ROSA, 2003, p.88). De acordo com a autora, no período pós-republicano observa-se um avanço da psiquiatria, uma vez que ocorre a modernização do tratamento e a extensão da liberdade do louco. Concomitantes a esse avanço, estão as novas perspectivas de intervenção e as ampliações do conceito de saúde e de doença mental.

Nesse período, as Colônias Agrícolas e a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) introduziram no país o ideário extra-asilar para o tratamento da pessoa com transtorno mental, mas essas mesmas entidades, a partir da Revolução de 1930, sustentadas por um caráter positivista, aderiram à culpabilização dos problemas sociais e de saúde aos próprios doentes.

É nesse cenário dos anos 30 que ocorrerá um novo ordenamento normativo e institucional da assistência psiquiátrica, com o Movimento de Higiene Mental (1934), pautado no discurso preventivista, o qual preconizava a profilaxia, a assistência e a proteção dos doentes mentais e a fiscalização dos serviços psiquiátricos, sendo neste período instituída a 2ª Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais.

A assistência psiquiátrica é federalizada em 1944 (Decreto nº. 7055 de 18 de novembro), após a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais- SNDM, fato que se deu pelo decreto nº. 3171, de dois de abril de 1941. Em 1953, tal órgão é encampado pelo recém-criado Ministério da Saúde. (ROSA, 2003, p. 96).

No final da década de 1950 ocorreram graves problemas nos hospitais psiquiátricos estaduais, tais como: superlotação, deficiência de pessoas, maus tratos, entre outras situações que, juntamente com a proliferação de clínicas psiquiátricas privadas conveniadas ao poder público, desencadearam o declínio da psiquiatria pública (BRASIL, 1998). É o período em que o SNDM passa a utilizar o discurso da racionalização, que estimula a atenção ambulatorial e os serviços comunitários, apesar do governo federal continuar incentivando a construção de estruturas asilares.

O SNDM foi extinto em 1970 e substituído pela Divisão Nacional de Saúde Mental, “órgão federal encarregado da normatização, avaliação e controle dos programas de saúde mental implementados no país [...], com o objetivo de reduzir o número de internações psiquiátricas e os gastos do estado no setor” (ROSA, 2003, p.101). Ainda segundo a autora, em

1970, ocorreu um acentuado crescimento do parque manicomial brasileiro e os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam, então, o segundo lugar entre todos os gastos com internações do Ministério da Saúde, e eram raras as alternativas de assistência extra-hospitalares, como o atendimento ambulatorial. Além disso, o poder público não exercia qualquer controle efetivo na qualidade e duração das internações.

A reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil ocorreu no final dos anos 70, influenciada pela psiquiatria norte-americana e francesa, a qual condenava o modelo privatista hospitalocêntrico da assistência psiquiátrica, reforçando a assistência ambulatorial (ROSA, 2003). Apesar da perspectiva de ambulatorização, dinamizava-se uma política de financiamento dos leitos psiquiátricos da rede privada conveniada.

Ainda no final dos anos 70, os trabalhadores da saúde mental se organizaram, apontando os graves problemas do sistema de assistência psiquiátrica. Entre eles, estavam as violações dos direitos humanos nas instituições manicomiais, o que atingiu a opinião pública do país. Em Minas Gerais, evidencia-se o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, com a publicização das práticas desumanas com os internados.

O Movimento da Reforma Sanitária gesta o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), nos anos 60. A partir de 1978 este movimento ganha maior independência e identidade, principalmente a partir do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Santa Catarina. Esses movimentos desencadeiam o Encontro dos Profissionais de Saúde Mental em São Paulo e, posteriormente, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (ROSA, 2003). Esses acontecimentos propiciam o surgimento da proposta de uma reforma completa na assistência psiquiátrica.

Ainda segundo Rosa (2003), em 1981 ocorreu o Movimento Popular de Saúde, posteriormente o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, no momento de redemocratização do País, e a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Esses movimentos tinham como intenção garantir a cidadania plena e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), às quais estava atrelada a assistência psiquiátrica. Concomitantemente com a redemocratização do país, adota-se legalmente um novo conceito de saúde, como fator resultante das condições de vida da população. As mudanças no sistema de saúde pública no país possibilitaram a implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área de saúde mental.

O marco dessas mudanças foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no Rio de Janeiro em 1986, cujo desdobramento desencadeou a I Conferência de Saúde Mental

“na perspectiva de integração das ações de saúde mental às ações de saúde em geral, no cerne da Reforma Sanitária Brasileira” (ROSA, 2003, p. 109). As deliberações dessa Conferência previam a reorganização da saúde mental no país, pautada em uma assistência extra-hospitalar, construída com participação efetiva da sociedade civil no processo de rompimento do modelo hospitalocêntrico. Usuários e familiares passaram a participar ativamente de ações coletivas de desmonte da perspectiva manicomial, constituindo com a sociedade o Movimento da Luta Antimanicomial no final dos anos 1980, que através de intensas mobilizações, garantiram a implantação de um modelo assistencial em Saúde Mental realmente substitutivo ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2006).

A definição ampliada de Saúde como direito de todos e dever do Estado e a criação do SUS, com o respaldo legal da Constituição Federal de 1988 – artigos 196 a 201 (BRASIL, 1988), avançou o processo de Reforma Sanitária no país, o que conseqüentemente desencadeou mudanças significativas na saúde mental. Pode ser evidenciada nesse período, também, a Lei Orgânica da Saúde 8.080, que regulamenta o SUS, a qual incluiu a participação social no controle das políticas de saúde.

Nos anos 90 ocorreu a reestruturação da assistência na Saúde Mental, com o redimensionamento da organização e da atenção nos serviços de saúde. A Declaração de Caracas constituiu marco importante no questionamento da psiquiatria tradicional, propondo a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, com perspectivas de “atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo” (BRASIL, 1998, p. 36).

Em 1992 ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde para a efetivação do SUS e contra o projeto neoliberal. Nesse mesmo ano ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, cuja organização desencadeou o I Encontro pela luta antimanicomial em Salvador, em 1993, com o tema: Brasil sem manicômios no ano de 2000.

A Declaração de Caracas e a II Conferência Nacional de Saúde Mental possibilitaram o surgimento das primeiras normas federais, que regulamentaram a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial/Núcleos de Atenção Psicossocial e nos hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Inserido nesse processo de reconstrução da saúde mental está o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), que tinha como objetivo organizar e manter uma infraestrutura de cuidados assistenciais, que permitisse o retorno do paciente ao convívio social. O público desse

programa eram os pacientes com permanência em instituições psiquiátricas, com vistas a sua desinstitucionalização e a sua reinserção no meio social (CONFERÊNCIA... , 1994).

No ano de 1996, em meio à tendência neoliberal, com políticas não universalizantes, ocorreu a X Conferência Nacional de Saúde, na qual se defendeu a assistência em unidades de saúde e em novos serviços, pensando na atenção integral à saúde mental através de novas intervenções com eixo na reabilitação psicossocial. No ano seguinte ocorreu, em Porto Alegre, o III Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, com a proposta de extinção dos manicômios e ampliação dos novos serviços. (BRASIL, 2005).

As conferências, os encontros e os movimentos para consolidação de políticas públicas na área da saúde e saúde mental foram cruciais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que ganhou fôlego em 2001, com a aprovação da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (Lei Paulo Delgado) e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2002, com a perspectiva centrada na extinção dos hospitais psiquiátricos e na construção de uma rede assistencial pautada pelo respeito à cidadania. (BRASIL, 2005).

A Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, aprovada em 2001– Lei Federal 10.216, que garante a oferta de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos dos doentes mentais – é um documento substitutivo ao original Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado do ano de 1989. O projeto de lei de 1989 previa a extinção progressiva dos manicômios no Brasil, trecho retirado do projeto de lei aprovado em 2001 (BRASIL, 2001).

Após a promulgação da lei 10.216, em Brasília, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2002, evento que veio consolidar a Reforma Psiquiátrica no País, com a pactuação democrática dos princípios, das diretrizes e das estratégias para a mudança da assistência em saúde mental no país, e também veio consolidar a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS, através da proposta de conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Na mesma direção estratégica, no ano de 2002, surgiu o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria) (BRASIL, 2005). Este programa tem como finalidade avaliar a assistência psiquiátrica desenvolvida nos hospitais psiquiátricos e as normas técnicas do SUS nesses estabelecimentos, entre outros requisitos que respaldam o tratamento do paciente com transtorno mental. O PNASH/ Psiquiatria, impulsionou a política de desinstitucionalização, a redução de leitos e a melhoria da assistência hospitalar em psiquiatria.

A reforma psiquiátrica é um longo e complexo processo, composto por vários fatores que se complementam e estão sempre em movimento, quais sejam: o campo teórico-conceitual, o campo técnico-assistencial, o campo jurídico-político e o campo sociocultural (AMARANTE, 1999, p.50).

A dimensão técnico-assistencial é o estabelecimento de novos serviços para o cuidado em saúde mental, sendo esses espaços, locais de trocas de sociabilidade e de subjetivação sincronizados à desconstrução dos conceitos que sustentam a prática psiquiátrica e a recomposição de novos conceitos (AMARANTE, 1999). Para uma reconfiguração no cuidado em saúde mental é essencial uma mudança paradigmática através da capacitação técnica e da reformulação de conceitos acerca do sofrimento mental (LOBOSQUE, 2003).

A finalidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira não é apenas tratar tecnicamente de maneira mais adequada a pessoa com sofrimento mental, mas, sobretudo, construir um espaço social em que o portador de transtorno mental encontre algum respaldo humano para sua recuperação e controle. A singularidade desse processo da Reforma Psiquiátrica é o envolvimento da sociedade civil, sobretudo através da organização de técnicos, familiares e usuários no movimento.

O objetivo dessas ações de reestruturação da saúde mental, através dos esforços dos movimentos sociais, era permitir modificações no modelo de assistência psiquiátrica baseado no hospital psiquiátrico, através da construção de uma rede de serviços que respeitasse os direitos humanos e civis dos doentes mentais.

Portanto, a Reforma Psiquiátrica tem como eixo norteador a ruptura com o modelo asilar e com o modelo hegemônico psiquiátrico de produção de saberes sobre o cuidado em saúde mental (AMARANTE, 1999).

As modificações no modelo da assistência psiquiátrica no país desencadearam novas estratégias de assistência à saúde mental através de serviços que oferecem amparo e tratamento, priorizando a individualidade, a autonomia do usuário e a sua aproximação com a sociedade.

Busca-se uma forma de assistência caracterizada por um serviço de atenção diária, ou seja, o usuário tem a possibilidade de encontrar algum tipo de atenção no serviço diariamente, sem estar internado. A forma de atendimento procura ser personalizada, específica, respeitando as histórias de vida, a dinâmica familiar, as redes sociais. Enfatiza-se a busca de autonomia, liberdade, emancipação, direito à voz e a escuta etc. (BRASIL, 1998, p.35).

Essas formas de atendimento foram primeiramente instituídas pela portaria 224/92 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1992), a qual dispõe sobre o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em todas as regiões do Brasil e, inclusive, regulamenta o funcionamento dos

hospitais psiquiátricos e a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O hospital psiquiátrico é uma instituição, cujos leitos destinam-se, em regime de internação, ao tratamento especializado de portadores de transtornos mentais. Atualmente, o funcionamento do hospital psiquiátrico está regulamentado pela portaria nº. 148 de 31 de janeiro de 2012. De acordo com a portaria nº. 3.588 de 21 de dezembro de 2017, o hospital psiquiátrico passou a compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2017).

Além da configuração da RAPS, o hospital psiquiátrico ainda permanece prestando atendimento à pessoa em sofrimento mental em situação de crise aguda em regime de internação, mas este deverá ser recrutado quando todos os recursos extra-hospitalares forem esgotados. “Os hospitais psiquiátricos devem funcionar de maneira mais adequada possível, visando o bem-estar e a saúde daqueles que ainda precisam deles” (MINAS GERAIS, 2006, p.68).

A perspectiva de redução das internações psiquiátricas e da implantação dos serviços substitutivos consolidou-se a partir da regulamentação dos CAPS pela portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). Ainda sobre a regulamentação dos CAPS foram instituídas a portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011); a portaria nº. 130 de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a); a portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017) e a nota técnica nº. 11 de 2019 (BRASIL, 2019).

Os CAPS integram a rede de serviços do SUS, acrescentam novos parâmetros para a área ambulatorial, ampliam a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária e estabelecem portes diferenciados a partir de critérios populacionais. A construção do primeiro CAPS no Brasil ocorreu na cidade de São Paulo em 1987, mas a implantação efetiva da rede extra-hospitalar se deu a partir dos anos 90, e passou a ser financiada em 2002, ano em que ocorreu expressiva expansão do serviço (BRASIL, 2005). Os CAPS têm como objetivo:

[...] dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p. 12).

O CAPS não prevê a internação e sim um plano terapêutico consistente em sua diversidade de ações, com equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e em alguns casos, também há a introdução de medicamentos. O acompanhamento centra-se em terapias grupais e individuais e em ações que envolvem um processo de conscientização do paciente frente ao

sofrimento mental com vistas à inserção social, com autonomia e o fortalecimento dos laços sociais.

Os CAPS são organizadores e articuladores da rede de atenção à saúde mental em determinado território, sendo um serviço substitutivo do hospital psiquiátrico, e o público desses serviços são pessoas com sofrimento mental grave e persistente. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios:

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município (BRASIL, 2005, p.30).

Os CAPS são assim definidos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II, CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS ad IV. As diferenças entre eles se relacionam com o tamanho da população de abrangência, o horário de atendimento, se apenas diurno ou 24 horas, e o fato de ser especializado no atendimento de crianças e adolescentes ou em álcool e outras drogas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2019).

As atividades a serem realizadas pelos profissionais nos CAPS são: acolhimento, atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, atividades de suporte social), atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias. O trabalho técnico desenvolvido em um CAPS visa garantir a cidadania e a emancipação das pessoas em sofrimento mental, e está ancorado nos referenciais teóricos da Reforma Psiquiátrica e da reabilitação psicossocial territorializada (MINAS GERAIS, 2006).

Recentemente, o Ministério da Saúde emitiu a nota técnica de nº. 11/2019, que esclarece sobre as alterações realizadas na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas nos anos de 2017 e 2018:

Todos os serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais por que se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2019, p. 4).

As alterações descritas na nota técnica nº. 11/2019 não consideram a ampliação dos serviços extra-hospitalares na perspectiva de substituição ao hospital psiquiátrico, conforme

preconizado pela Reforma Psiquiátrica. A nota reafirma a necessidade do hospital psiquiátrico, local que historicamente foi marcado pela perda do direito à cidadania e à liberdade.

Na cena contemporânea, o que se observa é um retrocesso na construção de uma política de saúde mental consolidada nos últimos 40 anos, com a justificativa de que a proposta é solidificar a rede de atenção psicossocial já existente, incluindo Comunidades Terapêuticas para tratamento da dependência química e ampliando o aparato hospitalar para assistência em saúde mental.

2.2 Reconfiguração do cuidado em saúde mental

Na seção 2.1 foi possível perceber o quanto o trato com a loucura fez emergir inquietações, as quais possibilitaram novas percepções e ações para o tratamento e acompanhamento das pessoas com sofrimento mental ao longo dos anos. Nesta seção, por sua vez, pretende-se apresentar a construção de novas práticas em saúde mental no Brasil, tendo como premissa o cuidado na produção de saúde sob a égide de tecnologias e dispositivos sustentados pelos princípios da humanização, para um agir em saúde acolhedor, ágil e resolutivo. Como recurso tecnológico das relações, o acolhimento representa uma relação constituída entre trabalhador e usuário que viabiliza uma acessibilidade na perspectiva do trabalho vivo em ato, discussão central dos próximos parágrafos. Nesse sentido, também se discorrerá sobre o processo de implantação do acolhimento no setor de urgência de uma instituição psiquiátrica do Estado de Minas Gerais, *locus* de desenvolvimento desta pesquisa.

2.2.1 *A configuração de um modus operandi transformador na saúde mental*

A Reforma Psiquiátrica Brasileira fez eclodirem possibilidades distintas do que até então se configurava, no País, como tratamento em saúde mental. Este processo inseriu a assistência à pessoa com sofrimento mental nos diversos serviços que compõem o sistema de saúde pública, o que culminou no surgimento de novas práticas e saberes.

As mudanças ocorridas no campo da psiquiatria e da saúde mental, as quais apontavam para um novo modelo de atenção, tiveram a influência de diversos países como Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália. Os modelos de atenção são modos de junção entre técnicas e

tecnologias exequíveis para responder às demandas individuais e coletivas e não se constituem como preceitos rígidos, mas sim como norteadores para as intervenções em saúde (QUINDERE; JORGE, 2010).

A partir das transformações ocorridas na saúde mental nos últimos trinta anos, foi possível legitimar um modelo em que o cuidado acontecesse integralizado aos diversos níveis de complexidade, sendo o hospital psiquiátrico um dos recursos para assistir à pessoa em sofrimento mental. A proposta é que a instituição psiquiátrica funcione como equipamento a ser utilizado quando forem esgotados todos os recursos disponíveis nos outros níveis de complexidade, como a atenção primária e os serviços ambulatoriais.

O rompimento com as práticas centradas no modelo asilar e a efetivação de uma atenção em saúde mental psicossocial ocorrem a partir de diversos contornos. É necessário romper com a centralidade nos aspectos orgânicos com ênfase na medicalização para uma assistência que considere as diversas dimensões sociais, psíquicas e políticas que perpassam a vida dos indivíduos (COSTA ROSA, 2000). Para que isso possa ocorrer, “as ações e estratégias são de ordem diversa, levando-nos a intervir no âmbito da política, do direito, das legislações, da cultura, do trabalho” (LOBOSQUE, 2003, p. 18).

A lei 10.216 foi um marco decisório na transformação da assistência em saúde mental no Brasil, pois contribuiu para desconstruir a concepção de que as pessoas com sofrimento mental deveriam ser tratadas de forma excludente e em ambientes peculiares, afastados da sociedade dita “normal” (QUINDERE; JORGE, 2010). A partir dessa mudança de concepção, a transformação na assistência em saúde mental no Brasil pressupõe uma alteração nas tecnologias de trabalho tradicionalmente utilizadas e requer um trabalho interdisciplinar ancorado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde, o qual considera aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos do sofrimento mental (YASUI, 2006). Portanto, a atuação na saúde mental deve estar subordinada a um projeto que:

não é psiquiátrico ou psicológico, mas político e social; a esta ajuda chamaremos de uma clínica em movimento: uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio, entre os homens (LOBOSQUE, 2003, p.21).

A implantação do modelo de atenção tendo como foco o serviço extra-hospitalar e com redução de um sistema predominantemente hospitalocêntrico fez emergirem diversas transformações, não só nestes serviços, mas também no hospital psiquiátrico, com a implementação de tecnologias psicossociais interdisciplinares (BALLARIN *et al.*, 2011). Nesse

arsenal de mudanças na assistência em saúde mental, o acolhimento surge como uma ação técnico-assistencial considerável na organização dos serviços de saúde mental.

Para melhor entender o acolhimento, é preciso considerar que o processo da assistência em saúde se configura por meio das relações entre os usuários, os trabalhadores e os serviços de saúde. Os serviços de saúde se organizam a partir dos seguintes aspectos: identificação da complexidade da demanda; acesso a toda a população; oferta de uma assistência integral e a consolidação de uma equipe multiprofissional com vistas a um trabalho interdisciplinar (MALTA *et al.*, 2000).

Existe também, neste processo, a perspectiva individual do trabalho em saúde, que se constitui na relação de um usuário com um trabalhador, e que abarca a junção “entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 346).

As tecnologias em saúde são classificadas em três categorias, a saber: tecnologia-dura, que seriam equipamentos tecnológicos, instrumentos e normas; tecnologia leve-dura, constituída por modelos de cuidados previamente estruturados, teorias, processos de trabalho; e a tecnologia leve, que se constitui a partir das relações permeadas pelo vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e acessibilidade (MERHY, 2006).

As tecnologias leves em saúde se constituem das práticas alicerçadas no acolhimento, no diálogo, no vínculo e na corresponsabilização para a produção de uma assistência em saúde integral (MERHY, 2006).

Classificado como *tecnologia leve* (MERHY, 1999), o acolhimento tem como fundamento assistir todos os usuários que demandem atendimento nos serviços de saúde, de modo a decifrar suas necessidades e dar uma resolução para elas (MALTA *et al.*, 2000). O acolhimento na saúde é um ato relacional que engloba subjetividades, o estabelecimento do vínculo e a escuta das necessidades com vistas à construção de uma assistência cidadã (BUENO, 2007).

O acolhimento é uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH) que preconiza a transformação na organização e no funcionamento do serviço de saúde a partir de elementos fundamentais: garantia de acessibilidade a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, por meio de um atendimento multiprofissional resolutivo capaz de reorientar o curso do trabalho e legitimar uma relação trabalhador-usuário humana, solidária e cidadã (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O acolhimento propõe uma transformação paradigmática no cuidado em saúde, o que concerne a uma reorientação do modelo de atenção praticado a partir do desenvolvimento de habilidades necessárias à apreensão dos usos e dos sentidos dessa diretriz operacional, autenticando ainda mais esse processo. O que se espera consolidar é uma atenção em saúde humana, acessível e integral (NEVES; PRETTO; ELY, 2013).

O acolhimento não depende exclusivamente do trabalhador e do usuário, pois está subordinado às condições sociais, políticas, econômicas e históricas dadas pelo equipamento institucional que, do mesmo modo, se modificam nesse processo de produção do trabalho em saúde (MATUMOTO, 1998). É o primeiro recurso no cuidado em saúde, independente de em qual nível de complexidade da assistência ocorra. É o momento em que o usuário inicia o seu acesso à política pública de saúde, sendo necessária uma escuta acolhedora, atenta e cuidadosa que viabilize um direcionamento às suas demandas. É um instrumento que deve ser utilizado por todos os profissionais que atuam na área da saúde, pois envolve uma escuta que sustenta um modo de estar com o outro (BRASIL, 2006).

O trabalho em saúde, quando ocorre a partir do encontro trabalhador-usuário, sustenta o reconhecimento recíproco de direitos e deveres e tem como objetivo escutar as necessidades e trocar informações para a construção de intervenções que garantam e respeitem o protagonismo de ambos, e é considerado trabalho vivo (MERHY, 1997a). O trabalho vivo se constitui através das tecnologias leves. Definidas por Merhy como “tecnologias de ação mais estratégicas, elas se configuram em processo de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades” (MERHY, 1997b, p.107).

Portanto, se alguém chega a um serviço de Saúde trazendo um problema psíquico, 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. O que não podemos fazer é deixar de ouvir e de considerar sua demanda inicial, como se deve ouvir a de qualquer outro paciente (BRASIL, 2006, p.41).

O trabalho vivo perde seu sentido quando se sustenta rigidamente pelas normas, rotinas, organização do serviço, pelo uso de equipamentos, dentre outros. É importante considerar que o acolhimento não pode ser confundido com uma recepção ou triagem, pois são considerados aspectos que estão para além das normas e protocolos, os quais determinam o que seria necessidade e as formas pré-estabelecidas de solução (COIMBRA, 2003).

O trabalho em saúde é um processo relacional, que se constitui com o trabalho vivo em ato destituído de relações burocráticas e prescritivas advindas do saber médico hegemônico.

O trabalho vivo em ato é o agir na perspectiva do cuidado consolidado na relação democrática entre usuário e trabalhador (MERHY; FRANCO, 2003). O ato de acolher provoca uma aproximação que permite um acesso mais humanizado, o que exprime o reconhecimento de usuários providos de direitos, interesses e desejos (BALLARIN *et al.*, 2011).

O acolhimento é um recurso que pode e deve ocorrer em qualquer etapa do processo de trabalho, sendo o trabalhador o principal responsável pela sua efetivação, que implica em estabelecer relações humanas com o uso de tecnologias disponíveis para a solução de problemas. Está estritamente relacionado ao desenvolvimento de autonomia dos usuários com relação a sua vida e com a consolidação do modelo assistencial (MATUMOTO, 1998).

A política de saúde tem como objeto as necessidades individuais e coletivas da população. A responsabilização e o comprometimento da equipe são fundamentais para um cuidado em saúde de qualidade, alicerçado por um contrato de cuidados entre o profissional e o usuário (CAMPOS, 2006; 2007). Os serviços de saúde devem atender as necessidades dos usuários em sua totalidade, sendo capazes de dar respostas que considerem as diferenças culturais existentes e de compartilhar responsabilidades na relação entre usuários, trabalhadores e instituições (CARVALHO, 2007).

As práticas em saúde, por sua vez, são consolidadas a partir de diversos saberes em um processo de completividade e mutualidade (PEDUZZI, 2001). O acolhimento deve ser realizado pelos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde, tendo um caráter coletivo, portanto não especializado (PELISOLI *et al.*, 2014). O acolhimento oportuniza o trabalho e a discussão interdisciplinar, condição que amplia a possibilidade de se efetivarem respostas mais adequadas aos problemas (HENNINGTON, 2005).

2.2.2 *A interdisciplinaridade em saúde*

Analisar a interdisciplinaridade na saúde, em particular na saúde mental, requer abordar a multidisciplinaridade. A multidisciplinaridade é definida pela justaposição de conhecimentos em torno de um determinado problema, cada um com seu ponto de vista, mas com esclarecimentos dos seus elementos comuns, sem relação entre as disciplinas. Ainda que se avance na incorporação de múltiplas dimensões de um problema, a multidisciplinaridade continua a reproduzir práticas fragmentadas (TORRES, 1998).

Ainda segundo Torres (1998), a interdisciplinaridade pode ser definida como a interação entre duas ou mais disciplinas, em um estudo coletivo, no qual a partir do contato entre as disciplinas, estas passam a ter uma relação umas com as outras, permitindo uma transformação, cujo objetivo é a unificação das metodologias e conceitos para melhor responder à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo atual.

Para Minayo (1994), haveria duas formas de interdisciplinaridade: uma implícita, interna, própria da racionalidade científica que, pelo avanço de conhecimentos acaba criando disciplinas; e outra constituída externamente por campos operativos que articulam ciência, técnica e política, sobretudo, por meio de intervenções sociais, como é o caso da saúde pública. A interdisciplinaridade num processo iterativo de amadurecimento pode levar à produção de conceitos e marcos teóricos transdisciplinares.

Essas duas perspectivas de interdisciplinaridade podem ser alternativas para romper com os enfoques unidisciplinares, com a uniformização dos conceitos, possibilitando a totalidade do conhecimento, o respeito às diferenças e oposições.

Com o advento da modernidade no século XVIII, baseada no paradigma cartesiano (fragmentação e especialização do conhecimento) e no desenvolvimento da ciência ocidental, o conhecimento científico-tecnológico passou a adotar estratégias monodisciplinares, as quais mantiveram os pesquisadores em suas áreas específicas de atuação, com a divisão entre as várias áreas do conhecimento. O racionalismo da era moderna recuou da proposta interdisciplinar, já que o paradigma da ciência moderna era baseado no positivismo, o qual fraciona o conhecimento, isola os saberes e as disciplinas no século XIX (VILELA; MENDES, 2003).

O paradigma racionalista, apesar de suas contribuições, apresenta-se deficitário. Nesse contexto, surge a interdisciplinaridade como uma proposta de superar a visão disciplinar. A complexidade do mundo requer análises mais integradas sob várias dimensões, para responder à realidade multifacetada. As novas perspectivas e desafios que se apresentam à ciência fizeram com que o pensamento passasse por uma revisão na contemporaneidade.

A saúde, historicamente, foi respaldada pelo viés biomédico e funcionalista, sendo este caracterizado pela ausência de doença, mas a partir do século XX, é incorporado um conceito mais amplo em saúde, com a interação entre os condicionantes sociais, econômicos e históricos para a percepção do adoecer. Observam-se transformações significativas, em especial a tentativa de uma abordagem interdisciplinar, com o questionamento da unidisciplinaridade. Devido às novas demandas de intervenção na área da saúde, considera-se necessário levar em

conta, “além dos aspectos anatômicos e fisiológicos, valores, atitudes e crenças que se encontram no universo das representações dos atores sociais que vivenciam esse processo” (DESLANDES; GOMES, 1994, p.108).

A perspectiva de interdisciplinaridade tem como propósito um novo tipo de questionamento sobre o saber, sobre o homem e sobre a sociedade, sendo um esforço para aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos, para enfrentar os problemas e questões que preocupam a sociedade.

Outro aspecto importante para a efetivação da interdisciplinaridade na saúde é a educação dos atores envolvidos com a área. A educação deve ter como objetivo a concepção crítico-reflexiva da promoção da saúde, através da intersetorialidade e na prática social, desenvolvendo a autonomia das populações (VILELA; MENDES, 2003). Essa afirmativa é corroborada por Minayo (1994) quando a autora considera ser um pré-requisito para o sucesso do empreendimento interdisciplinar a reunião de profissionais dispostos ao diálogo, competentes em suas áreas disciplinares, que possam articular conceitos comuns e realizar triangulações metodológicas, colaborando entre si na análise dos resultados.

O trabalho interdisciplinar configura-se a partir das responsabilidades individuais de cada profissional atreladas a um processo de corresponsabilização das intervenções realizadas em conjunto, sendo a equipe responsável pela obtenção dos resultados esperados frente à assistência em saúde prestada à população (PEDUZZI, 2001).

É observável que a interdisciplinaridade é um desafio possível e desejável na área da saúde, uma vez que há ilimitado campo de possibilidades a ser explorado, pois há ligação direta e estratégica com o mundo vivido. Essa ligação torna-se mais complexa quando a realidade da saúde ultrapassa a dimensão individual e passa para a esfera coletiva. Portanto, a interdisciplinaridade é extremamente necessária para a saúde pública, dada a complexidade de seu objeto, sendo que esta pode ser uma proposta para o resgate da medida do humano na racionalidade técnico-científica (DESLANDES; GOMES, 1994).

A experiência interdisciplinar, contudo, não é uma proposta fácil, sua definição e operacionalização ainda são pontos em debate. Muitas são as dificuldades e obstáculos impostos, que podem ser explicitados resumidamente como:

[...] (a) a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde; (b) os espaços de poder que a disciplinarização significa; (c) a estruturação das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes sem nenhuma comunicação entre si; (d) as dificuldades inerentes à experiência interdisciplinar tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas (DESLANDES; GOMES, 1994, p. 109).

Assim, a proposta de interdisciplinaridade convive com obstáculos que dificultam a troca de saberes e a colaboração mútua no exercício profissional. Diante disso, é necessário, segundo Vasconcelos (1997, p. 147), “uma compreensão mais específica da dinâmica da cultura e identidades profissionais para o processo da reforma psiquiátrica e para uma análise crítica das práticas interdisciplinares”.

O rompimento da abordagem totalizante, normatizadora, eugênica e preconceituosa na saúde mental pode ser efetivado com a integração dos saberes “tentando compreender o transtorno mental como envolvendo toda a complexidade da existência subjetiva e social de cada indivíduo, no sentido de reivindicar a possibilidade e legitimidade de uma existência na diferença” (VASCONCELOS, 1997, p.143).

A implementação da interdisciplinaridade na saúde mental visa à discussão democrática e às decisões horizontais, entre profissionais e usuários dos serviços de saúde pública, desenvolvendo um processo coletivo, com uma práxis comum ou hegemônica (VASCONCELOS, 1997). Os problemas em saúde mental requerem a articulação entre os vários saberes profissionais, para a transformação efetiva dos espaços institucionais.

O setor de saúde, dadas as suas peculiaridades, deve viabilizar o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade, gerar sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e favorecer a democratização do poder político (CARVALHO, 2007).

Existe um predomínio, na assistência em saúde, de ações fragmentadas com caráter individual e racionalizado (ALMEIDA; MELO; NEVES, 1991). A assistência médica individual não pode ser a finalidade central quando se configura o cuidado em saúde (ALMEIDA, 1991).

2.2.3 *Integralidade em saúde*

A integralidade é um princípio do SUS, preconizado na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 no artigo 7º, inciso II: “Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Assim, a integralidade é um recurso para a concretização do direito à saúde na perspectiva da cidadania, deste modo "a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema" (PINHEIRO, 2002, p.15).

A integralidade é um princípio do SUS, e sua concretude está intimamente relacionada às diretrizes operacionais de acolhimento e vínculo instituídas na PNH. O acolhimento, enquanto diretriz operacional, tem como objetivo alterar a organização e o funcionamento do serviço de saúde a partir de uma equipe de acolhimento multiprofissional para escuta e comprometimento na resolução do problema de saúde do usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Mattos (2001) considera que a efetivação da integralidade ocorre a partir de três vertentes. A primeira é a superação do atendimento médico centrado em um viés biologicista, por um atendimento centrado na prevenção e na percepção para além do que está explícito na queixa principal do usuário. A segunda seria a consolidação de práticas horizontalizadas com vistas à superação da fragmentação das ações de saúde e à consolidação de experiências coletivas junto à população. A terceira seria a concretização de respostas a um dado problema de saúde a partir de ações assistenciais e preventivas que respeitem os direitos dos usuários.

A integralidade se constitui a partir de um cuidado em saúde que considera o protagonismo do usuário na resolubilidade das suas demandas e necessidades de saúde. É um princípio que visa a superação dos entraves para as ações dos serviços de saúde por meio da implantação de inovações no cotidiano dos processos de trabalho nos diversos níveis de complexidade do SUS (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Os profissionais de saúde podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las como buscar criar espaços de mudança em que se possam engendrar novas necessidades e suas correspondentes intervenções e modos de trabalhar e organizar os serviços de saúde, na perspectiva da integralidade e da intersubjetividade da saúde (PEDUZZI, 2007, p. 24).

Tendo como base essas premissas, observam-se na seção 2.2.4 algumas propostas de implantar esses elementos, com a exposição de um processo iniciado em uma instituição psiquiátrica de atendimento de urgências no âmbito estadual, na tentativa de impactar os mecanismos de assistência à saúde mental e de procurar possibilidades de novas configurações em determinados modelos de atenção em saúde mental.

2.2.4 O acolhimento como fator de mudanças na instituição psiquiátrica

A normatização e a determinação de padrões para o trabalho em saúde mental têm como objetivo a efetivação de um modelo assistencial diversificado e legitimador da autonomia e responsabilização (ALVES, 1994). Nesse sentido, o ponto de partida para a implantação do

acolhimento foi a decisão de modificar o processo de trabalho na instituição psiquiátrica a que se refere este estudo, notadamente no setor de urgência, onde o atendimento era realizado exclusivamente por um profissional médico plantonista e mais dois médicos residentes de psiquiatria.

A partir da decisão de implantar o acolhimento, e sob a permanente coordenação da gerência assistencial e da coordenação do setor de urgência do hospital psiquiátrico, foram realizadas diversas reuniões com o corpo de profissionais das diversas categorias para construir uma proposta de trabalho, sustentada nos preceitos do acolhimento, para ser implementada na porta de entrada deste serviço. Definiu-se pela organização de uma equipe multiprofissional para realização do acolhimento aos usuários e familiares que demandassem atendimento no setor de urgência, e que este iria funcionar das 7h às 19h com dois acolhedores a cada 6 horas, tendo o médico plantonista na retaguarda para atendimento e discussão dos casos.

O acolhimento foi iniciado no dia 1º de outubro de 2015. Para nortear a nova configuração do trabalho, foi construído o memorando circular interno 026/UPE/2015, contendo os fluxos, as atribuições e as regulamentações do acolhimento (ANEXO A). Nesse documento estão a composição da equipe e suas atribuições, assim como o fluxo de atendimento no serviço. Sua leitura é importante para entender melhor como foi proposto e se iniciou o acolhimento na instituição estudada.

Como toda mudança substancial no processo de trabalho, era de se esperar que houvessem reações a ela, tanto favoráveis quanto desfavoráveis. Conhecer como as pessoas perceberam e vivenciaram esse processo foi o objetivo desta pesquisa. Considerando-se que a avaliação de um trabalho vivo seria bem melhor realizada com a interação entre pessoas, optou-se por realizar esta pesquisa com a metodologia qualitativa.

3 PERCURSOS METODOLÓGICOS: EXPLORANDO O CAMPO DO ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

Nas próximas páginas será realizada uma apresentação pormenorizada das diversas ações metodológicas utilizadas para a coleta e análise dos dados.

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico para reflexão sobre a temática investigada e para a familiarização com o tema em questão, seguido de leituras e fichamentos que acompanharam todo o processo de investigação. O levantamento se deu a partir dos seguintes descritores: acolhimento, reforma psiquiátrica, saúde mental, hospital psiquiátrico e termos análogos. A busca ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde, no Portal CAPES, em revistas eletrônicas, sites acadêmicos, livros e bibliotecas digitais de dissertações e teses que tratavam do tema.

3.1 Referencial metodológico

O objetivo geral deste estudo foi analisar, através dos discursos dos profissionais de saúde mental que participam do acolhimento multiprofissional em um hospital psiquiátrico, a percepção de como foi sua implantação e como se dá seu funcionamento. Tendo em vista esse objetivo, compreende-se que o estudo qualitativo é o que melhor baliza essa proposta de investigação, uma vez que se define como uma linguagem estabelecida e fundamentada em “conceitos, métodos e técnicas” que possibilitam o desvelamento dos fenômenos que permeiam as relações humanas. Assim, o método qualitativo se realiza por meio da relação intersubjetiva, na qual o agente de uma realidade é simultaneamente pertencente a ela (MINAYO, 1994).

Esta modalidade de pesquisa ocupa-se das significações das leis, normas e práticas que se inscrevem na estrutura social e se desenvolve por meio da compreensão dos fenômenos, o que possibilita uma apreensão global de uma visão de mundo. Nesse processo de conhecimento da realidade, o sujeito ultrapassa as aparências e busca perceber a essência dos fenômenos, indo além de suas manifestações imediatas. A relação dinâmica entre sujeito e objeto possibilita ao observador atribuir significado aos fenômenos observados (CHIZZOTTI, 2011).

Nas investigações qualitativas a prioridade não é a quantidade das informações analisadas, mas sim a maneira como se constitui a representatividade dessas informações e a qualidade do conteúdo obtido a partir delas. (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Esta pesquisa é um estudo de caso em que a técnica utilizada para a coleta dos dados em campo foi a entrevista semiestruturada. A entrevista se caracteriza como uma conversa orientada por “propósitos definidos”, permitindo uma abordagem livre do tema proposto (MINAYO, 1994). É um instrumento que abrange em pormenores o universo dos sujeitos pesquisados, suas crenças, costumes, valores e motivações em relação às suas condutas (GASKELL, 2003).

Para a análise do material obtido foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de procedimentos de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (BARDIN, 1977).

3.2 Sujeitos do estudo

Foram convidados, para participação no estudo, profissionais de ambos os sexos das diversas categorias profissionais (serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, psicologia e medicina) que compõem a equipe de acolhimento multiprofissional no setor de urgência de um serviço de urgência psiquiátrica da rede FHEMIG.

Os critérios para inclusão foram profissionais das diversas categorias profissionais que trabalham no acolhimento do serviço em estudo e que aceitaram participar deste. Foram excluídos aqueles que, embora preenchendo os critérios de inclusão, não aceitaram participar.

Foi realizado o contato pessoal com os profissionais que preenchiam os critérios de inclusão, e feito o convite para participar da pesquisa. No momento do contato foram esclarecidos ao profissional os objetivos e a metodologia da pesquisa, bem como sobre a liberdade de recusar a qualquer momento a sua participação no processo. As entrevistas foram realizadas conforme a disponibilidade dos participantes e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Nas incursões em campo, não havia uma definição prévia de quais especialistas seriam entrevistados, estes foram os que aceitaram participar da pesquisa.

Adverte-se, ainda, que a autora deste estudo trabalhou no serviço de acolhimento em saúde mental onde foi realizada a pesquisa e, desse modo, possui intimidade com o objeto de estudo, entretanto, no momento do trabalho de campo não estava mais na instituição. Contudo, não se considerou tal situação como impedimento para realização do trabalho.

Para a coleta dos dados não existiu uma definição prévia do número de participantes no estudo, uma vez que esta pesquisa utilizou como critério para o encerramento amostral, elementos não mensuráveis a partir da técnica de saturação, ou seja, quando os dados obtidos passaram a evidenciar, na concepção do investigador, redundâncias, repetições dos pontos de vistas e as informações disponibilizadas pouco adicionariam ao conteúdo já adquirido (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A condição para a finalização da coleta dos dados ocorreu quando não foi identificada a presença de elementos novos a partir da compilação e do agrupamento dos dados, via temáticas identificadas tendo como instrumento uma interpretação pormenorizada e contextualizada do objeto em estudo. Empregou-se um processo de amostragem intencional, por meio do qual foram incluídos nesta pesquisa os profissionais pertencentes às diferentes categorias profissionais e essenciais ao estudo (MINAYO, 2010).

Assim, chegou-se a uma amostra de 9 profissionais, a qual foi considerada satisfatória para a apreensão dos padrões e das relações investigadas acerca do acolhimento, pela repetição das respostas e pela saturação das categorias em estudo.

3.3 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Instituto Raul Soares. O dispositivo é uma unidade hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado de Minas Gerais para atendimento de saúde mental. Realiza atendimentos 24hs por dia, é uma instituição de portas abertas, ou seja, presta atendimento a qualquer cidadão que compareça ao serviço demandando atendimento. O hospital foi fundado em 1922. Em 1977 foi vinculado à FHEMIG e em 2005 foi credenciado como Hospital de Ensino, sendo reconhecido como instituição de ensino e pesquisa.

Atualmente executa atividades de ensino e pesquisa, em serviço de assistência aos portadores de sofrimento mental, em regime de urgência e emergência, ambulatorial e de internação de curta permanência.

A escolha deste cenário fundamentou-se no fato de a instituição ser referência estadual no atendimento de urgência psiquiátrica para os municípios onde não existem serviços de atendimento à crise aguda. Estes serviços geralmente são: Hospital Psiquiátrico, CAPS III e leitos psiquiátricos em Hospital Geral. Outro aspecto que foi considerado é que essa instituição

é uma das poucas com essas características onde o serviço de acolhimento multiprofissional foi implantado.

3.4 Aspectos éticos

A coleta de dados teve início após a aprovação pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) CAAE 01935018.7.0000.5149 (ANEXO B) e da Fundação FHEMIG CAAE 01935018.7.3001.5119 (ANEXO C). Na execução da pesquisa foram cumpridas as exigências éticas previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c).

No momento da coleta dos dados, os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, e aqueles que concordaram assinaram o TCLE e receberam cópia assinada pela pesquisadora. Os participantes foram esclarecidos individualmente sobre a voluntariedade e o direito de desistir a qualquer momento da participação no estudo. Ainda foram informados acerca da garantia de anonimato e sigilo das informações.

As entrevistas foram gravadas em áudio, identificadas pelo número de ordem em que foram realizadas para posterior transcrição e análise. O áudio das entrevistas e as transcrições estão conservados em local seguro, sob a guarda e responsabilidade do pesquisador, que as inutilizará após cinco anos da coleta.

Embora a autora principal tenha trabalhado na instituição no período em que se iniciou o acolhimento, no momento não possui vínculo com a instituição. Declara que não tem nenhum conflito de interesse.

3.5 Técnica e instrumento de coleta de dados qualitativos

O processo de coleta dos dados se configurou a partir da realização de entrevista semiestruturada, a qual obedeceu a uma formatação prévia a partir de um roteiro com questões sequenciais, o que permitiu uma contemplação das hipóteses e pressupostos no momento da coleta (MINAYO, 2010).

Os participantes foram convidados a compartilhar suas experiências com base em questões sobre o acolhimento multiprofissional no setor de urgência da instituição psiquiátrica. Para a entrevista foram utilizadas as seguintes perguntas norteadoras:

- *O que você entende como acolhimento?*
- *Como você percebe o acolhimento na instituição psiquiátrica? Fale um pouco de desafios e vantagens.*
- *Você acredita que o acolhimento rompeu com a hierarquização do saber, possibilitando o trabalho interdisciplinar?*
- *Como o acolhimento contribuiu na prática para o processo de trabalho? Explícite pontos positivos e negativos.*

Para realização da coleta de dados, o pesquisador agendou um horário com cada entrevistado em ambiente adequado, onde a entrevista ocorreu sem impedimentos, e preservou o sigilo das informações prestadas. O tempo de duração da entrevista não foi definido previamente, ficando a cargo do pesquisador e do entrevistado, durante o processo de coleta, a decisão sobre o momento de encerrar. As entrevistas tiveram, em média, 10 minutos de duração.

A escolha pela entrevista do tipo semiestruturada esteve associada ao fato de ir a campo com certo conhecimento e informações sobre o assunto a ser investigado e, portanto, certa estruturação no tocante à temática e às questões pesquisadas. Além disso, essa técnica, ao mesmo tempo que permitiu aos entrevistados certa flexibilidade no tocante ao conteúdo das suas falas, também consentiu a essa pesquisadora certa liberdade de incluir falas que não estivessem diretamente ligadas às questões presentes no roteiro, mas que julgou importante considerar na análise, seja para complementar e/ou elucidar fatos importantes sobre a realidade investigada ou mesmo para considerar novas questões que surgiram a partir das respostas dos participantes e que foram relevantes para a pesquisa (MINAYO, 2010).

3.6 Análise e tratamento dos dados

Nesta pesquisa, o tratamento analítico dos dados foi realizado por meio da análise de conteúdo com abordagem qualitativa, uma vez que as informações coletadas foram as falas dos profissionais acerca do acolhimento. A análise de conteúdo se configura como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

Há algumas perspectivas teóricas que abordam a análise de conteúdo. Essa categoria foi desenvolvida no século XX no Estados Unidos com o objetivo de analisar material jornalístico. Nos anos 1940, foi capturada pelos cientistas, sendo difundida em várias áreas (LIMA, 1993).

A análise de conteúdo enquanto possibilidade teórica, segundo Minayo (2010), fornece várias modalidades, sendo a análise temática considerada a mais pertinente para as análises qualitativas em saúde. A análise por categorias temáticas consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316).

Tendo em vista o fenômeno estudado, optou-se por ancorar as análises realizando as três etapas operacionais da análise temática: pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

A pré-análise é o momento de decidir os registros a serem interpretados. Esta fase se consolida com a leitura flutuante (contato relevante com o material coletado em campo para a pesquisa); constituição do conteúdo a ser analisado (responder aos elementos de validade qualitativa: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); formulação e reformulação de hipóteses e objetivos (procedimentos exploratórios e correção ou abertura para novos questionamentos) (BARDIN, 1977; MINAYO, 2010).

A segunda etapa, nomeada como “exploração do material”, consiste na consolidação de categorias a partir da composição de unidade de registro, da escolha das regras de contagem e da classificação e agregação dos dados. A fase do tratamento dos resultados obtidos e interpretação abarca a classificação dos elementos de acordo com semelhanças e diferenças, sendo reagrupados em função de atributos comuns a partir da leitura dos registros coletados em campo (BARDIN, 1977; MINAYO, 2010).

A análise de conteúdo dedica-se ao conteúdo, isto é, trabalha com a materialidade da redação a partir do experienciado no texto, e estabelece categorias para a sua interpretação (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para a análise dos dados, a pesquisadora e a orientadora do trabalho fizeram uma leitura das respostas a cada uma das perguntas para entender o sentido geral dessas. Em uma

segunda leitura, foram selecionados e destacados os pontos mais relevantes na resposta de cada participante, que respondia à pergunta feita, buscando categorizar as respostas. Em seguida buscou-se identificar similaridades e contradições existentes nas respostas, tanto do próprio indivíduo quanto entre os vários participantes. Uma nova leitura foi feita, posteriormente, pela pesquisadora principal, buscando novos elementos que pudessem ter passado despercebidos na leitura inicial.

Procurou-se, depois de feitas as análises individualizadas de cada resposta, uma leitura do conjunto de respostas de cada participante, para tentar identificar possíveis percepções que tivessem ficado pouco claras quando se analisaram as respostas às perguntas separadamente. Os achados foram analisados em diálogo com a literatura.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Ouvindo profissionais da instituição psiquiátrica sobre o acolhimento multiprofissional no setor de urgência

Este capítulo compreende os resultados deste estudo e sua discussão. A análise dos dados coletados em campo está dividida em dois eixos: no primeiro, constituído das seções 4.1.1 e 4.1.2, é exibida a compreensão dos profissionais sobre o acolhimento e a percepção destes sobre o acolhimento no hospital psiquiátrico, com seus desafios e vantagens. No segundo, apresenta-se uma análise do trabalho realizado pela equipe multiprofissional (Seção 4.1.3), bem como a reflexão do processo de trabalho no acolhimento e os seus desdobramentos positivos e negativos (Seção 4.1.4). Por fim, na última seção deste capítulo, abordam-se outros aspectos sobre o acolhimento na visão dos profissionais, igualmente fundamentais para discussão na saúde mental.

4.1.1 O acolhimento no discurso dos profissionais da instituição psiquiátrica

Os profissionais da instituição psiquiátrica, ao compartilharem seus discursos, explicitaram como compreendem o acolhimento, sendo possível perceber que são diversas as percepções em torno dessa prática. Há desde uma visão restrita, que percebe o acolhimento como um instrumento de formalização do trabalho por meio da triagem no serviço de urgência, até a concepção de uma prática baseada na integralidade, a qual possibilita a construção do vínculo em uma assistência multidisciplinar.

Sobre a noção do acolhimento como triagem, pôde ser observada no discurso de dois profissionais uma compreensão possivelmente mais burocratizada da assistência em saúde mental, aquela em que não se efetiva a produção do vínculo para o cuidado:

[...]onde vai ser feita a triagem, e, e, e, e a filtragem da demanda do paciente né? (E1).

[...]é acolher a demanda do paciente com humanização, escutar o paciente, tentar fazer os encaminhamentos (E4).

Essas afirmações remetem o acolhimento a uma mera recepção pontual, não o compreendem como uma política assistencial que deve ocorrer em todos os momentos do

contato dos profissionais com os usuários na política de saúde a partir de um atendimento humanizado e resolutivo (MATUMOTO, 1998). O acolhimento realizado na perspectiva de uma mera triagem pode culminar em um não reconhecimento da real necessidade trazida pelo usuário, sendo inviabilizada a solução do seu problema de saúde, tornando o serviço ineficiente ao que de fato se propõe. Essa visão do acolhimento reproduz o que é tradicionalmente feito em alguns serviços de saúde, nos quais, conforme a Política Nacional de Humanização, o acolhimento tem sido colocado como uma mera questão de melhorar um ambiente administrativo de recepção e a realização de uma triagem burocratizada para a efetivação de encaminhamentos para atendimento especializado (BRASIL, 2006).

A associação do acolhimento com um momento de recepção do usuário pelo serviço de saúde também foi observada, como demonstram as afirmações que se seguem:

[...] é o momento que você tem pra receber o paciente (E2).

Eu acho que é uma recepção assim, da nossa parte é uma forma de recepcionar o paciente né, a pessoa que tá procurando a urgência, eu acho que essa formação do vínculo ela fica mais fragilizada né? (E5).

A recepção é um instrumento integrante da realização do acolhimento, mas não um fim em si mesma. O acolhimento, quando entendido somente como uma recepção, limita a sua real finalidade nos serviços de saúde, situação que o restringe a porta de entrada dos serviços. Quando o acolhimento é compreendido somente na perspectiva de receber bem aquele usuário que procura atendimento, de fato a consolidação do vínculo ocorrerá de modo frágil ou nem existirá.

Outra questão apontada na fala do entrevistado é que o serviço de urgência no hospital psiquiátrico limita a legitimação de uma prática sustentada na produção do vínculo:

[...] mas aqui o que realmente eu acho que acontece é uma recepção do usuário, e que eu depois não vou ter mais contato com ele, então a formação de vínculo ela é muito estreita, muita estreita no sentido superficial mesmo, assim, então eu acho que esse é o maior problema [...] (E5).

O vínculo produzido entre profissional e usuário no exercício do acolhimento é a base de consolidação dos processos de produção de saúde, este não deve estar restrito a uma recepção humanizada da demanda na porta de entrada (BRASIL, 2006). Essa visão mais ampliada acerca do acolhimento pôde ser observada nas entrevistas de outros profissionais participantes da pesquisa:

Eu acho assim, que tem uma coisa que é inerente ao acolhimento mesmo, que acontece desde o início assim, na portaria a partir do momento que ele chega, com a pessoa que atende ela no guichê, né? A pessoa que tá limpando o banheiro, o bebedouro que tá ali, eu acho que já acontece o acolhimento, isso que eu acho mais

legal, assim sabe, porque eu acho que em todo serviço isso é possível de acontecer, e as vezes, o efeito é muito positivo[...] (E5).

Ehhh, eu entendo o acolhimento como, acho que uma postura assim, que pode ser adotada em qualquer momento do contato com a pessoa dentro do sistema de saúde [...] (E7).

Bom, eu entendo que o acolhimento, ele faz parte primeiro da Política Nacional de Humanização[...] (E9).

O acolhimento é o primeiro recurso no cuidado em saúde, independentemente do nível de complexidade da assistência em que este ocorra. É o momento em que o usuário inicia o seu acesso à política pública de saúde, sendo necessária uma escuta acolhedora, atenta e cuidadosa que viabilize um direcionamento às suas demandas. É um instrumento que deve ser utilizado por todos os profissionais que atuam na área da saúde, pois envolve uma escuta que sustenta um modo de estar com o outro (BRASIL, 2006). Além disso, é um recurso para construção e ou reconstrução do modelo assistencial e viabiliza a organização da oferta e da demanda e modifica o processo de trabalho (MERHY, 2006).

A maneira como um serviço de saúde é configurado e ofertado à população pode modificar práticas hospitalocêntricas, burocratizadas, desagregadas e excludentes em práticas produtoras de responsabilização, vínculo e autonomia, atribuindo legitimização do princípio da integralidade e equidade conforme preconizado no Sistema Único de Saúde (PEDUZZI, 1998). Ao associarem o acolhimento à concepção de construção de vínculo e acolhida, foi possível perceber na fala dos entrevistados um processo de responsabilização usuário/família/profissional e o início de uma construção do projeto terapêutico a ser desenvolvido nos serviços extra-hospitalares ou dentro da própria instituição psiquiátrica, como explicitado nas afirmações a seguir:

[...] ehhh, a formação de vínculo com o usuário pra que se inicie o cuidado, que seja possível, e o cuidado e a responsabilização tanto do profissional da equipe quanto do paciente e do familiar (E5).

[...] pra gente escutar quais são as demandas, qual que é a queixa, o que que a gente pode intervir, o que que a gente pode ajudar, é o primeiro momento que você tá ali com o paciente e é tudo, porque se não for bem acolhido pode estragar o resto né? (E6)

[...] escutar a demanda da pessoa naquele momento, e usar daquele momento, tanto para vincular aquela pessoa ao serviço ou pra, dependendo da situação, esclarecer para aquela pessoa que talvez não seja naquele serviço, mas que tem um outro serviço que é mais adequado pra situação, e dessa forma também vincular ela num outro serviço mais adequado, mas no geral eu entendo que é assim, é aproveitar o momento de contato com a pessoa, pra acolher a queixa e dar um direcionamento pra ela dentro daquela demanda dela e dentro do que é oferecido no sistema. (E7).

Com essa abordagem, pode-se iniciar um projeto terapêutico. O projeto terapêutico é um instrumento que consolida os direcionamentos a serem realizados no acompanhamento ao usuário da saúde mental a partir da sua admissão no serviço. Tem como propósito traçar um plano de cuidados em que o sujeito é protagonista do processo (MINAS GERAIS, 2006).

Outro grupo de entrevistados remeteu o acolhimento a um momento para produção do vínculo a partir de uma recepção cuidadosa realizada na porta de entrada da instituição, com vistas à integralidade da assistência e da produção de um projeto terapêutico multidisciplinar, como se pode observar nos trechos a seguir:

[...] no sentido de você recebê-lo de uma maneira ampla, onde você vai ver assim, eh, a queixa, o quê que é que o traz para aquela instituição, porque ele precisa desta instituição, que momento é esse da vida dele que ele precisa vir pra cá, né? e aí a gente sabe que abre um leque de situações, que acontecem, né? É o momento que eu vou também conhecer um pouco a história desse paciente, né? [...] e a partir daí desse acolhimento, dessa história, de saber sobre essa queixa, a partir daí pensar um projeto terapêutico pra esse paciente (E2).

[...] seria receber essa pessoa que tá batendo na porta do hospital entender sua necessidade e tomar providências em relação a ela, é isso que eu entendo, como acolhimento onde nós estamos hoje na psiquiatria, seria isso (E3).

A produção do vínculo é essencial no processo de adesão do usuário ao tratamento em saúde mental. O acolhimento na urgência de uma instituição psiquiátrica pode funcionar como engajador deste processo, sendo possível consolidar uma assistência conforme preconiza a política de saúde mental. É necessária uma aproximação entre trabalhador e usuário que possibilite uma assistência às diversas demandas e necessidades apresentadas (COIMBRA, 2003).

O acolhimento na saúde é um ato relacional que engloba subjetividades, o estabelecimento do vínculo e a escuta das necessidades com vistas à construção de uma assistência cidadã (BUENO, 2007). A constituição do vínculo, na perspectiva do acolhimento, considera a responsabilização e o comprometimento da equipe eixos centrais para a constituição de uma prática de qualidade permeada por um contrato de cuidados entre o profissional e o usuário (CAMPOS, 2006).

Historicamente, na instituição, o trabalho no setor de urgência era realizado exclusivamente pelo médico. A proposta de mudanças no processo de trabalho teve como objetivo qualificar a assistência em saúde mental a partir de um trabalho multidisciplinar e não médico-centrado. Na fala de dois profissionais observou-se a consolidação do trabalho multidisciplinar, com a implantação do acolhimento na urgência da instituição psiquiátrica. Observa-se este aspecto nos trechos que se seguem:

As pessoas entram aqui com vários motivos e o que que a gente faz, tenta entender qual a necessidade dela e depois a gente dentro da equipe, vê quais as expertises que poderiam ajudar nessa necessidade dessa pessoa. (E3).

[...] então a pessoa chega e ela é acolhida a gente primeiro ela é acolhida não necessariamente por um médico, por um psiquiatra, né? Ela pode ser atendida por qualquer profissional da área de saúde mental, então é um enfermeiro é um terapeuta ocupacional, um psicólogo e a gente procura escutar entender o motivo daquela pessoa que tá chegando ali no nosso serviço. (E8).

Nota-se que o acolhimento é uma prática responsável pelo primeiro contato do paciente com a instituição psiquiátrica, sendo realizado por diversos profissionais. É um momento que permite direcionar as demandas daquele usuário, acolhendo as suas necessidades e corroborando para o seu acesso às políticas de saúde e de saúde mental. O acolhimento efetivado através do trabalho interdisciplinar viabiliza a construção de interesses comuns e consolida uma atenção integral, o que contribui para a melhoria da relação profissional/usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A composição de uma equipe multiprofissional se constitui a partir de diferentes processos de trabalho, em que as diferenças técnicas entre os profissionais são preservadas, sendo possível uma interlocução entre os saberes (PEDUZZI, 1998). Nesse sentido, tanto as demandas de saúde quanto as intervenções deslocam-se de uma abordagem unicamente biologicista e individualizada para uma abordagem que considera o contexto histórico-social dos indivíduos, o que requer a expertise dos diversos saberes (PEDUZZI, 2000).

A implantação de um novo processo de trabalho na urgência da instituição psiquiátrica, denominado “Acolhimento”, fez emergir a concepção de que fazer acolhimento neste serviço seria realizar o primeiro contato/atendimento do usuário e de seus familiares, conforme evidenciam os relatos a seguir:

[...] é um serviço que a gente estrutura, pra proporcionar aquele primeiro contato com a pessoa que tá chegando no serviço de saúde, no caso saúde mental ... (E8).

Nossa, bom. Acolhimento... É um, é um primeiro momento né, de atenção a uma pessoa que chega muitas vezes assim, num grau de sofrimento enorme [...]. (E6).

[...] e é um primeiro atendimento, uma primeira escuta ao paciente quando ele chega, eh, vamos falar do hospital, porque eu estou no hospital né? (E9).

O acolhimento, nesse contexto, surge com a proposta de tornar o serviço mais humanizado, resolutivo e acolhedor, sendo capaz de viabilizar o rompimento com práticas hospitalocêntricas a partir de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Com um papel fundamental no cuidado em saúde e saúde mental, é uma estratégia necessária para a reorganização de um serviço, pois proporciona a reestruturação do processo de trabalho, com a

substituição de uma assistência médico-centrada para uma assistência multiprofissional (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

De acordo com Yasui (2006), a transformação na assistência em saúde mental no Brasil pressupõe uma alteração nas tecnologias de trabalho tradicionalmente utilizadas e requer um trabalho interdisciplinar ancorado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde, o qual considera aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos do sofrimento mental. Assim, são prioritárias práticas que viabilizem uma articulação entre os equipamentos que compõem a rede de cuidados, a pessoa em sofrimento mental e a sua família. O acolhimento na instituição psiquiátrica pode converter relações historicamente verticais e impessoais em relações horizontais e descentralizadas entre os diversos saberes.

Nas entrevistas abaixo, foram identificados dois aspectos significativos acerca do ato de acolher:

é o momento também que a gente faz contato com a rede, ...se ele tem um histórico, é o momento também que a gente faz contato com outros profissionais da rede, ou de outras instituições..., algumas vezes ele chega com a família, é o momento também de receber um pouco a família. (E2).

[...] é aproveitar o momento de contato com a pessoa, pra acolher a queixa e dar um direcionamento pra ela dentro daquela demanda dela e dentro do que é oferecido no sistema. (E7).

Como pode ser observado nas entrevistas, o acolhimento não está reduzido a somente melhorar a assistência dentro da instituição, com um trabalho a partir da produção do vínculo e de uma escuta qualificada. Essa tecnologia tem também a função de promover uma interlocução com os serviços que compõem a rede de assistência em saúde mental, com vistas a um trabalho legitimador do conceito ampliado de saúde preconizado no artigo 196 da Constituição Federal: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Além disso, observou-se que o acolhimento é realizado com os familiares que acompanham o usuário que demanda atendimento. É interessante que a dimensão cuidadora não é mais individualizada, é possível uma construção coletiva, sendo a família recrutada a protagonizar em parceria com o Estado esses cuidados no território. Ela é parte integrante no processo de cuidados, tendo um papel fundamental nas decisões compartilhadas do acompanhamento em saúde mental, sendo necessário que os profissionais a acolham com o compromisso do protagonismo, da responsabilização e do vínculo (MINAS GERAIS, 2006).

Foi possível também perceber, nos relatos, que o acolhimento que ocorre na saúde é diferente do realizado na saúde mental, que é diferente daquele realizado na instituição psiquiátrica:

Na saúde mental ou aqui no Raul? Na instituição psiquiátrica. (E5).

De maneira geral ou acolhimento na saúde mental? [...] Eu tô falando isso mais na lógica do acolhimento na saúde mental porque eu não tenho experiência com acolhimento em outra área porque parece que é diferente, no hospital geral...isso. (E4).

Em saúde mental, né? É, é, é! Bem, eu entendo o acolhimento como, como um trabalho feito na porta de entrada da instituição[...]. (E1).

É possível que existam diferenças no modo como o acolhimento é realizado em cada espaço institucional, dadas as particularidades assistenciais de cada serviço de saúde, mas existem preceitos unidimensionais norteadores dessa prática, sustentados a partir do que preconizam o SUS e a Política Nacional de Humanização. Os princípios do SUS estabelecem diretrizes para a organização da assistência à saúde, sendo estes também norteadores do trabalho em saúde mental.

Em síntese, percebe-se que é vital imprimir mudanças no cotidiano do trabalho em saúde a partir da construção de competências e tecnologias que garantam novas direcionalidades ao agir em saúde (MERHY, 1999).

4.1.2 Desafios e vantagens do acolhimento na instituição psiquiátrica: a percepção dos profissionais.

Quando indagados sobre a percepção que tinham a respeito do acolhimento na instituição, considerando seus desafios e vantagens, observou-se que os profissionais identificam diversas questões a serem superadas, mas reconhecem as contribuições para o processo de trabalho, como identificado nas falas a seguir:

[...] eu acho que foi um ponto positivo[...]eeeee isso implica muitas coisas né? Primeiro porque o plantão médico é reduzido o volume, talvez pro tanto de pacientes que chegam, pela demanda que chega na porta. Eu acho que o acolhimento ajuda a receber esse paciente, a acolhê-lo melhor, e fazer os encaminhamentos, caso ele não seja atendido, caso a demanda dele não seja pra instituição. (E1).

Aí eu ligava pro CAPS, negocio lá [...]. (E3).

[...] eu acho que no atendimento ao paciente, nesse sentido, eu acho que foi muito bom, porque eu acho que a escuta, ao paciente e à demanda dele... é melhor atendida e melhor acolhida. (E4).

[...] ele acaba sendo atendido mais rápido tem uma pessoa ali que ajuda a dinamizar o encaminhamento, o atendimento que for necessário e também acaba a gente como acolhedora a gente acaba interferindo mesmo por mais que a decisão final é do médico, a gente acaba falando... (E9).

É evidente que essa nova prática na porta de entrada da instituição trouxe contribuições significativas para a assistência. Além de mudar o modo de assistir à população no serviço, ocorreu uma extensão da quantidade de profissionais, condição que impactou positivamente para a redução da sobrecarga de trabalho que era delegada ao médico plantonista. O atendimento se tornou mais qualificado a partir do dinamismo dos acolhedores, ao reduzir o tempo de espera dos usuários e viabilizar uma proximidade com os serviços extra-hospitalares por meio das discussões de caso e dos encaminhamentos.

Outra vantagem identificada foi a qualidade do atendimento e a construção do encaminhamento adequado a partir de uma interlocução com os serviços substitutivos:

[...] e fazendo esse trabalho, tendo esse trabalho de acolhimento na porta de entrada, às vezes com o esclarecimento, com o encaminhamento, você consegue vincular a pessoa mais no serviço de referência da área onde ele mora. (E7).

[...], mas a vantagem é que eu acho que a gente sempre faz uma defesa pro paciente, pro bem dele, eu acho que apesar de tudo ele sai sempre pelo menos com uma resposta daqui, entendeu? (E6).

A Reforma Psiquiátrica tem como eixos centrais a desinstitucionalização e a extinção dos hospitais psiquiátricos, e preconiza que o número de internações nestes espaços seja reduzido, sendo necessária a utilização de outros equipamentos e recursos dentro da política de saúde e saúde mental. Tais serviços substitutivos se configuram a partir de uma rede constituída por equipamentos inseridos na comunidade, e suas ações validam a extinção do hospital psiquiátrico na medida em que sustentam um cuidado em liberdade (LOBOSQUE, 2003).

A implantação desse modelo de atenção, tendo como foco o serviço extra-hospitalar e a redução de um sistema predominantemente hospitalocêntrico, fez emergirem diversas transformações, não só nestes serviços, mas também no hospital psiquiátrico, com a implementação de tecnologias psicossociais interdisciplinares (BALLARIN *et al*, 2011). A estruturação de uma nova lógica assistencial no serviço de urgência da instituição psiquiátrica vai ao encontro a um dos eixos preconizados na lei 10.216/2001 em seu artigo 4º: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). A percepção da redução das internações é observada nas entrevistas, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

Eu acho que isso ajuda a encaminhar de uma maneira melhor, eu acho que quando isso fica por conta do Plantão Médico, isso ficava a desejar com certeza, ou internava para que isso fosse feito dentro da instituição, a partir da internação fosse feito, por exemplo, contato com a família, encaminhamento para rede que fosse, um outro momento ou isso era feito de uma forma mais, mais onerosa[...]. (E1).

[...] internar os casos que realmente tem indicação de internação, porque chegava muitos casos aqui, sem indicação, que poderia ser acolhido na rede de atenção psicossocial, no CERSAM, mas acabava internado, eu acho que diminuiu o número de internações, e eu acho que isso teve um impacto também na diminuição de leitos de internação na instituição, eu acho que isso foi uma vantagem, eu acho que assim, uma coisa, esse movimento assim, da instituição de implantar o acolhimento, acabou tendo um impacto, uma repercussão na diminuição do número de leitos de internações. (E4).

Nesses discursos é possível identificar que os profissionais têm sustentado uma dinâmica de trabalho no acolhimento que visa romper com as internações desnecessárias. Nesse caso, as internações desnecessárias seriam aquelas que ocorrem apenas com o objetivo de realizar a articulação com a rede e, em alguns casos, com a família, para que o usuário seja encaminhado posteriormente para um serviço extra-hospitalar.

Os profissionais que compõem a equipe do acolhimento sinalizam como vantagem a possibilidade de a equipe sustentar a real função da instituição psiquiátrica, que é a de internação de curta permanência do usuário em crise aguda, garantindo que o seu direito de se tratar em serviços comunitários seja consolidado (BRASIL, 2001). Essa perspectiva encontra-se em consonância com o que é descrito na literatura. Para Coimbra (2003), a efetivação na redução de um sistema predominantemente hospitalocêntrico reorienta o modelo de atenção em saúde mental, o que garante a consolidação de novos serviços capazes de produzir novas intervenções e concepções acerca do sofrimento mental. Com a reorientação do cuidado em saúde mental, “o hospital psiquiátrico deve ser rediscutido quanto à sua importância e o seu papel nas políticas de saúde pública, e outros modelos assistenciais deveriam ser estimulados, integrados em ações comunitárias” (BENELLI, 2014, p. 227).

É fundamental criar estratégias no processo de trabalho dentro e fora destes espaços que façam resistir a um modelo de atenção instituído, cristalizado e segregador. “Os hospitais psiquiátricos devem funcionar de maneira mais adequada possível, visando o bem-estar e a saúde daqueles que ainda precisam deles” (MINAS GERAIS, 2006, p.68). A consolidação de outros modelos de atenção, substitutivos ao hospital psiquiátrico, é um desafio macropolítico. Em paralelo a essa questão mais ampla, existe a assistência em saúde mental que ainda é prestada no hospital psiquiátrico com amparo legal e que necessita de alterações no cotidiano de trabalho para que não se apresente como mecanismo de gerenciamento da subjetividade desviante do padrão dominante (GOFFMAN, 1992). Assim, só será possível construir um

cuidado correspondente ao que preconiza o direito à saúde, se for possível repensar e reorganizar o que cuidar deve ser (LOBOSQUE, 2003).

O atendimento na instituição psiquiátrica é ofertado a toda a população que procura o serviço, mas este não está mais centrado em procedimentos e sim no usuário e nas suas reais necessidades, conforme revelado nas falas a seguir:

As vantagens, as vantagens eu acho que é, eu acho que selecionar os casos que chegam na urgência, atender dentro da proposta da instituição, né que é atender a crise[...]. (E4).

Eu acho que tem algumas vantagens que, eu acho que você otimiza o serviço na medida em que você consegue direcionar pra rede algumas demandas que não são compatíveis com a complexidade do serviço hospitalar, que é o terciário, eu acho que ajuda em alguns casos. (E7).

Na assistência em saúde mental o objeto de trabalho não pode estar centrado na doença, porque remeterá a uma intervenção fragmentada com vistas a eliminar os sintomas e consolidar uma cura. Esse caráter assistencial não abarca o que está preconizado na política de saúde, que tem como objeto as necessidades individuais e coletivas da população (CAMPOS, 2007).

A seguir apresenta-se falas que demonstram como os profissionais envolvidos com a proposta do acolhimento efetivaram a consolidação de um encaminhamento adequado das necessidades, bem como foram capazes de otimizar a rede de atenção ao delinearem em conjunto com o usuário um processo de responsabilização:

[...] às vezes tem muita gente também que é acostumado a vir no hospital..., tendo esse trabalho de acolhimento na porta de entrada e fazendo esse trabalho, tendo esse trabalho de acolhimento na porta de entrada, as vezes com o esclarecimento, com o encaminhamento [...]. (E7).

Pode até ser que, não seja... a gente não consiga atender a expectativa do paciente, porque muitos chegam aqui, que a gente tem que olhar também outro lado, né? De ganho secundário, tem uns que vem aqui porque querem ficar na zona de conforto, né? E muita das vezes a gente tem que romper com isso mesmo, mas eu acho que a gente sempre olha pelo paciente mesmo. (E6).

A escuta ao usuário na perspectiva de uma atenção qualificada requer: reconhecer o indivíduo considerando suas experiências de vida; fazer do encontro usuário/profissional um momento de trocas sem um caráter autoritário; e considerar que as concepções de saúde estão relacionadas à realidade que cada um vivencia no território (MERHY, 2006; CAMPOS, 2007).

São basilares para o fortalecimento da atenção em saúde mudanças assistenciais criativas e inventivas que fortaleçam o que o SUS preconiza (MERHY, 2006; CAMPOS, 2007), ainda que estas estejam restritas aos espaços de trabalho.

Considera-se importante refletir que um dos aspectos que qualifica a atenção em saúde mental é a realização do trabalho em equipe e a troca de saberes, conforme demonstram os relatos a seguir:

[...] eu acho que tem uma outra vantagem que é uma, um compartilhamento de saber na hora do atendimento, porque envolve uma equipe, não é só o psiquiatra atendendo ficha, você discute o caso, você entra em contato com a rede, você tem mais possibilidade assim, dividindo o trabalho de entrar em contato com a família, com rede e tudo mais, e discutir os casos, pensar um pouco mais, então eu acho que pensando no trabalho de equipe ajuda [...]. (E7).

Ehhh, e também um tempo pra que aquele profissional possa discutir se for o caso, se ele achar que é necessário, qual a melhor conduta pra gente tomar diante daquele atendimento que tá chegando, então eu acho assim, na urgência psiquiátrica, eu acho que o acolhimento ele só enriquece a meu ver, ele só tem a contribuir com a qualidade do serviço. (E8).

Essas falas estão de acordo com o que caracteriza o trabalho em equipe, que é a possibilidade de trocas para o delineamento de uma proposta coletiva de trabalho. As especificidades dos saberes não podem servir como justificativa ou argumento para que a utilidade da equipe seja apenas para divisão do trabalho (MINAS GERAIS, 2006).

Dando continuidade acerca do trabalho em equipe, um dos entrevistados elucida o quanto este é importante, e como o médico pode ser um elemento aglutinador neste processo:

[...] poxa então nessa equipe eu quero participar, você se sente em uma equipe, mas fazer o serviço, uma coisa é fazer o serviço de acolhimento, outra coisa é participar de uma equipe de acolhimento. Então fazer o serviço de acolhimento eu não gosto não, agora fazer um serviço de equipe, fazer uma equipe de acolhimento aí me agrada. (E3).

É também no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que se consolidam as transformações de saberes, valores culturais e sociais acerca do cuidado em saúde mental. “Os profissionais na saúde mental é o mais precioso patrimônio e sua atuação não requer investimentos tecnológicos de monta” (LOBOSQUE, 2003, p.176). O trabalho em equipe dentro da instituição psiquiátrica pode não ser capaz de romper com a essência do paradigma de instituição total conforme definido por Goffman (1992), mas pode apontar caminhos alternativos para a organização do processo de trabalho neste espaço. Afinal, existem aspectos determinantes e condicionantes na estrutura hospitalar, mas é possível resistir ao instituído:

O sujeito é produto/produtor do ambiente sócio-histórico e institucional, condicionado, mas não determinado em último grau. Ao entender quais são os determinantes que o marcam e condicionam, o sujeito pode interferir nesses determinantes, agindo no plano político, tanto no macro quanto no micropolítico (BENELLI, 2014, p. 223).

A instituição psiquiátrica ainda existe como espaço de tratamento na política de saúde mental, e sua substituição progressiva por serviços abertos ainda não está contemplada como uma perspectiva legal. Logo, é necessário que sejam inventadas alternativas criativas no plano da assistência para que as internações nesses espaços ocorram quando forem esgotadas todas as possibilidades de cuidados no território. É fundamental criar estratégias no processo de trabalho, dentro e fora desses espaços, que façam resistir a um modelo de atenção instituído, cristalizado e segregador.

A Reforma Psiquiátrica deseja romper com o curso: crise-internação-crise-internação, mas é fundamental uma rede de serviços habilitada para fazer o rompimento deste circuito e viabilizar a garantia da vida em sociedade para a pessoa com sofrimento mental (COIMBRA, 2003).

Ao serem indagados sobre os desafios na execução do acolhimento na porta de entrada da instituição psiquiátrica, os profissionais apontaram como principal desafio a centralidade das decisões no médico, condição que coloca a execução da proposta do acolhimento à mercê da visão de cada médico plantonista. Os profissionais não médicos dependem do aval médico para tomar decisões. A impressão que se tem é de que o médico não faz parte da equipe de acolhimento. Existe uma distribuição de tarefas, mas o médico detém o poder sobre a execução do acolhimento. Esse foi o principal desafio apontados pelos entrevistados, como se pode observar nos trechos a seguir:

[...] aí você anota tudo, aí você faz, faz uma evolução, aí você vai no médico, oh doutor ele falou isso, e isso, ah não, ah não, vai fazer isso não você vai falar com ele que ele vai fazer isso assim, aí você voltava, aí volta, olha o médico falou que você vai fazer assim, assim, assim, ah mas eu não concordo, eu quero isso, isso e isso. Aí, ah meu Deus do céu, aí volta lá no médico. Doutor ele falou que não é assim, que assim não funciona que ele já foi lá não atenderam. Não, você vai fazer contato com o CERSAM, com o CAPS e vai mandar ele pra lá sim. Aí volta eu, fulano deixa eu te falar uma coisa, você vai para o CAPS mesmo, não tem jeito não, ele não vai te atender, não vai te dar receita, não vai te dar medicação, você vai voltar para o CAPS. (E3).

[...] eu acho que tem um imperativo aqui do médico, do médico que sobressai sobre as outras profissões e um desafio é desconstruir isso, que um outro profissional, de uma outra categoria também pode acolher o paciente em uma urgência psiquiátrica. (E4).

[...] é essa interlocução que você tem que ter com os colegas, já aconteceu assim que eu pensava de um jeito, o plantonista pensava de outro, e aí a gente vê que a palavra final é sempre do médico, né? (E6).

[...]que no hospital o serviço é muito centrado no médico, tudo acontece assim, quando você tá no plantão, na porta de entrada do hospital, a demanda sempre recai em cima do médico, tudo tem que passar pelo médico e tal, aí se você às vezes coloca uma equipe pra trabalhar junto, pra algumas pessoas isso pode ficar meio, essa mudança assim da dinâmica pode não acontecer tão tranquilamente assim, eu acho

que às vezes tem gente que não aceita, ou não entende, ou não sabe, trabalhar com outra pessoa ali naquele mesmo serviço. (E7).

O principal enfrentamento a ser realizado para que de fato o modelo de atenção na urgência psiquiátrica mude, é romper com o poder médico e a subordinação dos outros saberes a esse poder. É complexo romper com práticas fortemente instituídas e bem estruturadas, sobretudo centradas no corporativismo médico. O modelo médico-hegemônico construiu um certo agir em saúde, centrado nos procedimentos e no controle dos processos decisórios clínicos, que dificulta a efetivação de um modelo centrado nas tecnologias leves (MERHY, 1999). O médico precisa aprender a trabalhar em equipe.

Nesse sentido, a instituição psiquiátrica é um hospital, caracterizado no sistema de saúde como atenção terciária, o que requer responsabilidades legais ao médico sobre a assistência prestada à população, notadamente acerca do atendimento de urgência e emergência nesses locais. Essa característica, em alguma medida, é utilizada como justificativa para a centralidade das decisões. Um dos entrevistados elucidou essa questão como um desafio para a efetivação do acolhimento:

[...], mas tem muitos desafios porque o hospital, é um hospital, por ser um hospital né? Tem coisas que passam pelo médico, como por exemplo, o fato de todo acolhedor ter que discutir o caso com Plantão Médico, não acho que isso em si é um problema, mas eu acho que todo acolhimento tem que passar pelo aval e pelo carimbo médico eu acho que isso já mostra que hierarquicamente o acolhedor e o plantão tão em posições diferentes.[...] eu acho que por tá dentro do hospital tem certos protocolos né, assim, todo acolhimento dentro da porta de entrada tem que passar por uma assinatura médica, então essa própria maneira do serviço funcionar no modelo hospitalar eu acho que ainda detém a decisão na mão do médico, então assim, foi bom? (E1).

Destaca-se ainda, a resolução nº. 2.077 de 2014 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que, em seu artigo 3º, dispõe:

Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014, p. 3).

O reconhecimento da resolução do CFM para a execução do processo de trabalho na instituição psiquiátrica não pode ser condição para que as ações de saúde não aconteçam de modo interdisciplinar, conforme preconizado no anexo da portaria nº. 354 de 10 de março de 2014: “O Serviço de Urgência e Emergência deve prestar ao paciente assistência integral e interdisciplinar quando necessária” (BRASIL, 2014, p.38).

Tradicionalmente, as equipes nos hospitais tendem a se organizar em torno do saber médico, o que coloca os outros saberes como auxiliares e coadjuvantes (MINAS GERAIS, 2006). Contudo, é essencial, no interior das políticas de saúde, romper com a tradição higienista e curativa, para que profissionais não médicos tenham suas ações reconhecidas (CARVALHO, 2007). As mudanças na forma de assistir a pessoa com sofrimento mental só se sustentam na medida em que a lógica do atendimento não se sujeita aos procedimentos da consulta médica e da sessão clínica (LOBOSQUE, 2003).

No acolhimento, ao mesmo tempo que existe uma divisão técnica do trabalho, tendo o acolhedor uma função e o médico plantonista outra, é possível uma interlocução entre as partes, o que qualifica a assistência prestada e possibilita o rompimento, no setor de urgência da instituição psiquiátrica, da centralidade do atendimento na figura do médico. O primeiro contato do usuário com a instituição psiquiátrica acontece a partir do contato com acolhedor (profissionais não médicos), este no atendimento ao usuário realizará a primeira escuta e fará intervenções de acordo com as demandas e necessidades apresentadas. O médico tem a função de retaguarda, construirá com o acolhedor após o primeiro atendimento ao usuário, quais as ações a serem realizadas, não eximindo a responsabilidade legal e ética de cada profissão.

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

É necessário responder as demandas assistenciais de modo criativo na entrada de uma instituição de saúde, tendo como recurso primordial as tecnologias leves na relação usuário/profissional (MERHY, 2006). O trabalho em saúde, quando ocorre a partir do encontro trabalhador-usuário, sustenta o reconhecimento recíproco de direitos e deveres e tem como objetivo escutar as necessidades e trocar informações para a construção de intervenções que garantam e respeitem o protagonismo de ambos, é considerado trabalho vivo (MERHY, 1997a).

Os profissionais não médicos que realizam o acolhimento na urgência da instituição psiquiátrica não estão diretamente vinculados ao setor, estes são lotados nas unidades de internação e, uma vez por semana, durante um período de seis horas, são recrutados para realizar a função de acolhedor. As opiniões sobre esse fato foram controversas, dois dos entrevistados colocaram como desafio a não constituição de uma equipe fixa no acolhimento:

[...] , então a gente mesmo resolvia esse acolhimento, ninguém vinha de fora pra participar disso não, a gente mesmo resolvia. (E3).

[...] assim, minha experiência pessoal, eu não tenho assim uma equipe fixa, que eu sempre trabalho com essa mesma equipe, então, eu trabalho em vários dias diferentes com várias equipes, então tem equipes que eu acho que isso acontece, eu vejo tranquilamente, e tem outros dias que não, eh, porque, ou às vezes você vê que a pessoa não está interessada, a pessoa não fez um acolhimento, ela te faz um relato, né, assim, não é, se você for olhar um acolhimento como um todo, assim o conceito não foi feito [...]. (E7).

Um outro entrevistado apresenta opinião divergente:

Porque a multi que tava na urgência, e é a multi que tá na enfermaria, isso é uma coisa muito legal, eu acho que isso contribuiu demais pra prática, pra agilizar a prática do trabalho. Agiliza: Ah não, mas eu tava lá, eu que acolhi; aí eu já fiz isso; já falei com Fulano, aí o meu colega já pega isso já sabe, então isso agiliza pro paciente, isso é um ponto muito positivo [...]. (E9).

Conforme se pode observar, são afirmações que remontam a questões distintas: ao mesmo tempo que o acolhimento requer uma organização permanente do trabalho, existe uma necessidade premente que esta equipe da urgência, da qual o acolhedor se constitui como parte, esteja em constante diálogo com os outros espaços da instituição psiquiátrica.

Não existir uma equipe previamente construída para a condução do acolhimento, em algum sentido é positivo porque a prática não está submetida a determinados padrões rígidos e engessados de como fazer, mas em parte é negativo porque os profissionais que não concordam com o acolhimento continuam a atuar de modo fragmentado e centralizador.

Como se pode observar no relato a seguir, um dos desafios colocados ao profissional é a detenção de saberes sobre a saúde mental e sobre a dinâmica de um setor de urgência:

[...] que um desafio é você ter conhecimento sobre a saúde mental, pra entender a urgência, o quê que chega ali, na hora do acolhimento [...]. (E4).

Conforme apontam Vilela e Mendes (2003), um elemento importante para a efetivação do trabalho interdisciplinar na saúde é a educação dos atores envolvidos. É elemento indispensável para que os profissionais detenham uma concepção crítico-reflexiva fundada na promoção da saúde, na intersectorialidade, na prática social e no desenvolvimento da autonomia das populações.

A implantação do acolhimento possibilitou mudanças no processo de trabalho e tem sido um elemento questionador da assistência centrada no médico, porém a decisão que prevalece acerca da internação na instituição, quando a percepção do acolhedor é divergente, é a do médico. Entretanto, a assistência médica individual não deve ser a finalidade central quando se configura o cuidado em saúde (ALMEIDA, 1991).

4.1.3 O trabalho interdisciplinar x hierarquização do saber

Ao serem indagados sobre a efetivação do trabalho interdisciplinar no serviço de urgência na instituição psiquiátrica após a implantação do acolhimento, somente dois profissionais apontaram considerações:

Eu acho que melhorou muito, eu acho que aproximou a equipe multi da equipe de plantão. Eu acho que de uma maneira geral aproximou as equipes, facilita as discussões[...]. (E1).

[...] eu acho que o acolhimento trouxe, ele trouxe uma abertura pra discussão, uma abertura, não quer dizer que a discussão ela acontece de uma forma, eh, horizontal, não quer dizer que a discussão, que o saber do médico não prevalece porque é o contrário, o saber do médico é que prevalece [...]. (E9).

Como é observável nos relatos acima, o funcionamento de uma nova lógica assistencial viabilizou uma aproximação dos profissionais não médicos com os médicos plantonistas, o que abriu espaço para discussões coletivas não horizontalizadas. Entende-se que apesar da constituição de uma equipe multiprofissional para a efetivação de um trabalho interdisciplinar, este ainda é atravessado pela hegemonia médica, condição que fragiliza a consolidação de ações e decisões coletivas. A atuação coletiva ‘interdisciplinar’ fica mais no âmbito das discussões do que das decisões.

O acolhimento oportuniza o trabalho e a discussão interdisciplinar, condição que amplia a possibilidade de se efetivarem respostas mais adequadas aos problemas (HENNINGTON, 2005). Autores como Merhy (2006) e Peduzzi (2007) tecem críticas à hegemonia médica no cuidado em saúde, pois consideram que a centralidade do saber médico propicia uma subordinação de outras especialidades ao modelo biomédico.

Quando interrogados sobre a hierarquização do saber no processo de trabalho, a maioria dos profissionais sinalizou que esta existe, notadamente relacionada ao médico, sendo este o profissional no topo desse poder verticalizado. Observam-se algumas falas que ilustram essa realidade:

Assim, eu lembro que no início isso foi muito colocado, né assim, no início da implantação do acolhimento a equipe multi questionava isso muito, né, assim: Ah mas a gente tá aqui para secretariar médico, acaba que não fica a cargo do acolhedor a decisão, isso tudo tem que passar pelo médico, é claro que você pode discutir, você pode colocar clara a sua posição, você pode registrar no prontuário né, que o que você achava que devia ser feito é isso, e que a conduta foi tal, mas eu acho que a gente pode fazer, mais do que isso, a gente não tem essa governabilidade. (E1).

De maneira nenhuma. De maneira nenhuma. É como eu tô te falando depende do médico, quem manda é o médico, não tem jeito, é ele que assina, ele que vai fechar a conduta. Tem hierarquização sim, [...] sempre tem hierarquização, ela pode ser mais

participativa, de contribuir com o trabalho do colega dele ali, ou não, uma hierarquização ordenativa, ela que ordena e determina, e você faz ou não. (E3).

Tá muito centrado no saber médico mesmo, muitas vezes dá a sensação de que a gente tá secretariando[...]. (E5).

[...] ainda é o saber médico, principalmente, impera mesmo. (E6).

[...] então eu acho que abriu a possibilidade, de romper, mas dizer que rompeu, rompeu eu acho que não. (E7)

Essa hierarquização, ela existe, ela é; em alguns casos quando você encontra um profissional mais gentil, vamos dizer assim, mais educado, ela é velada. Quando você encontra um mais direto ela é direta e mal-educada, não eu não concordo e pronto, você faz isso, cansei de ouvir isso. Uma vez até respondi. (E9).

Os depoimentos acima enfatizam diversos aspectos advindos de uma questão central que é a hegemonia do saber médico. Os profissionais não médicos têm uma autonomia regulada, enfrentam dificuldades de sustentar decisões mesmo coletivamente, se sentem cerceados quando o profissional médico lhes delega a função de secretário. Secretário e secretariar, no exercício do acolhimento na instituição psiquiátrica, é quando o profissional não médico acolhe com o objetivo de pegar informações sobre a condição de saúde do usuário e transferi-las para o médico, que de antemão já determina e ordena as condutas sobre o caso, sem ouvir o acolhedor.

Mesmo os acolhedores tendo a oportunidade de exporem o seu ponto de vista nas discussões em equipe, nem sempre sua opinião é considerada. Essa desvalorização do saber ocorre sob justificativa objetiva de que o médico é que responde legalmente pelo atendimento na urgência psiquiátrica de um hospital, sendo essa informação confirmada na legislação. Os profissionais da saúde e saúde mental são habilitados a partir de uma prática tradicional, em sua maioria, limitada ao hospital, tendo um caráter de vigilância e zelo pelas normas mais do que o cuidado em saúde (LOBOSQUE, 2003).

Um aspecto bastante complexo em torno dessa hierarquização é o poder exercido de forma autoritária pelo profissional médico, conforme relatado por um dos entrevistados (E9). Identificados com esse caráter autoritário, alguns médicos se sentem autorizados a ditar a conduta e até desrespeitar os outros profissionais. Esta realidade constitui um dos grandes dificultadores do trabalho interdisciplinar no acolhimento. Apesar da discussão e da participação do acolhedor na assistência ao paciente, a hierarquia é mantida, sendo imprescindível para a sua superação o reconhecimento legal e ético do que é inerente a cada profissão, bem como a valorização dessas especialidades diversas para efetivação da perspectiva interdisciplinar na saúde mental.

Ainda dando seguimento à discussão em torno da autoridade médica na execução do trabalho multiprofissional na instituição, a seguir apresentam-se falas que demonstram que foi aventada a possibilidade de superação da hegemonia médica através do autorreconhecimento do trabalho individual de cada acolhedor:

[...] eu acho que é uma parte importante do atendimento na urgência e faço sem problema, assim, então eu acho que isso dilui também essa sensação de haver uma hierarquia, entendeu? Porque eu acho que quando você se incomoda com o que você tá fazendo como se fosse menor do que o médico faz, isso talvez fique mais acirrada essa sensação de que existe uma hierarquia. (E5).

Isso foi muito discutido e eu lembro que isso ficou colocado como se fosse uma posição de cada um, cada um tivesse que conquistar esse espaço. Eu acho que a gente comprar a proposta, cada profissional acolher, receber bem a proposta e trabalhar de acordo, eu acho que isso ajuda muito, você entender que você tá ali participando de uma mudança de funcionamento assistencial na porta de entrada e se você compra essa ideia, eu acho que é o primeiro passo né, que os profissionais acreditem na nova proposta, mas eu acho que foi mais forte, sabe assim? (E1).

Existem movimentos e posicionamentos individuais de superação desta hierarquização do saber que podem ser efetivados a partir da percepção do profissional da importância do próprio trabalho e da participação efetiva nas ações que consolidam as mudanças na assistência. É preciso também, para além de ações de cunho individual, vinculadas à postura do profissional, promover operações coletivas e reivindicativas de alterações que incluam o médico como parte integrante para superação desta hierarquia:

Eu acho que assim, quando ambas as partes estavam interessadas rompeu, em alguns casos sim, agora em outros casos eu acho que não [...]. (E7).

A ruptura da hierarquia é uma construção coletiva. Os profissionais em conjunto devem ser responsáveis pela consolidação do trabalho interdisciplinar. Os acolhedores precisam de dimensões criativas para resistir a essa postura autoritária do médico.

Chama atenção o fato de que a maioria dos entrevistados identificaram que o acolhimento até o momento não rompeu com a hierarquização do saber, mas existem tentativas de superação dessa realidade com enfrentamentos consolidados que desafiam o poder médico, conforme assinalado nos relatos a seguir:

[...] cansei de ouvir isso, uma vez até respondi. Não, essa discussão é só de médico, ok. Agora se liga pro CERSAM, falei não, a discussão é do médico, então o médico também liga pro CERSAM, e saí da sala pra não esperar a resposta, então você escuta isso ainda, né? Então eu acho que diminuiu um pouco essa hegemonia médica, diminuiu. Eu acho que os médicos daqui, tão começaaaando a aprender a trabalhar multi, né? A trabalhar com equipe multi. Então acho que o acolhimento trouxe essa abertura [...]. (E9).

[...] eles têm medo de perder assim, não sei, se isso é uma coisa meio da ordem do fantasma, mas assim de perder um campo de trabalho, que eles acham que eles vão

ser, né, assim, perder mesmo, uma maneira de trabalhar ali e ganhar o dinheiro deles, né ? Mas enfim, é isso. (E8).

A inclusão do trabalho dos profissionais não médicos na urgência da instituição psiquiátrica, tendo como orientador deste trabalho o acolhimento preconizado na Política Nacional de Humanização, questiona a hegemonia do saber médico, tendo este que conceder, mesmo com a autoridade ameaçada, a abertura ao trabalho multiprofissional. É importante destacar que os acolhedores e os médicos não se identificam como partes de uma mesma equipe, apesar de estarem trabalhando conjuntamente. Os acolhedores são nomeados como equipe multiprofissional, e os médicos pertencem à equipe médica:

[...] outros colegas que não gostam de trabalhar com o acolhedor, que fazem questão de, mesmo depois do relato do acolhedor, olhar o paciente e tomar a conduta dele mesmo, então eu acho que abriu a possibilidade, de romper, mas dizer que rompeu, rompeu eu acho que não. (E7).

O médico ele é visto fora da equipe, como se o acolhimento fosse um anexo do plantão médico. Nesse contexto, existem posturas médico-centradas com o objetivo de deslegitimar a utilidade do acolhimento na urgência, conforme elucidado no trecho a seguir:

[...] já escutei assim, de colegas médicos: não qualquer pessoa que chegar aqui eu atendo independente do acolhimento ou não, então acaba tendo um retrabalho desnecessário porque o sujeito, o colega não legitima o acolhimento. (E1).

[...] muitos médicos não acreditavam que um outro profissional teria capacidade de acolher um paciente e de avaliar a condição clínica dele e indicar ou não internação. (E4).

[...] os médicos também têm um pouco esse olhar, alguns me dá a impressão que menosprezam um pouco essa função de que a gente faz uma parte do serviço que eles não gostam, que têm preguiça e tudo, mas a mim nunca incomodou[...]. (E5).

A contratação de profissionais para a instituição psiquiátrica que também trabalham nos serviços extra-hospitalares tem tornado mais viável a consolidação das mudanças assistenciais. É como se o profissional da rede de atenção psicossocial tivesse uma concepção mais ampliada acerca do cuidado em saúde mental, e que os profissionais vinculados somente ao trabalho no hospital tivessem uma tendência a permanecer com práticas cristalizadas, principalmente aqueles que ali estão por muitos anos:

Eu acho que o fato de o hospital receber mais recentemente plantonistas que vêm da rede, isso ajuda muito, então assim com os funcionários mais antigos, com os plantonistas mais antigos eu não sei se foi tão possível assim. (E1).

A ressignificação de uma prática hospitalocêntrica e médico-centrada, arraigada na instituição psiquiátrica ao longo dos tempos, implica em um rompimento do paradigma manicomial para a legitimação da atenção psicossocial. O profissional é um sujeito em potencial

para a efetivação das diretrizes que orientam o trabalho na saúde mental, é essencial que este se ancore em conhecimentos técnicos transformadores e não conservadores. É desafiador, mas imprescindível “superar as dificuldades, inventar e reinventar maneiras novas e cada vez melhores, mais criativas e mais capazes de dar conta de produzir saúde e cidadania” (HENNINGTON, 2005, p. 263).

A hierarquização do saber não está presente somente na relação profissional-profissional, ela também aparece na relação profissional-usuário, conforme explicita a fala de um dos entrevistados:

[...] , o acolhimento é um dispositivo fundamental, dentro da construção de um caso né, e o acolhimento vem com essa intenção mesmo, de quebrar a hierarquia dos saberes, é o momento em que os profissionais né, ehhh, vão colocar né tudo aquilo que tem de experiência, tem de saber, um pouco suspenso, não é abrir mão desse saber, mas é colocá-lo em suspenso pra gente poder escutar o sujeito[...], mas certamente o acolhimento é a quebra da hierarquia do saber, certamente o acolhimento é o momento em que a gente nada sabe, e o saber tá do lado do paciente, com certeza. (E2).

O relato acima elucida a relevância do saber específico de cada profissão e, ao mesmo tempo, aponta que este saber não pode ser condição para hierarquizar a atenção em saúde e saúde mental. A importância da escuta ao usuário, colocando o saber em “suspensão” permite uma relação horizontalizada em que o usuário, a partir do acolhimento, protagoniza, em parceria com o acolhedor, a condução do seu tratamento.

A articulação da instituição psiquiátrica com a rede é função basilar para que o usuário tenha garantia de uma continuidade do acompanhamento na política de saúde e/ou saúde mental, mas essa articulação deixa de se efetivar quando os acolhedores não são ouvidos, sendo as condutas verticalizadas. A supressão de articulação com a rede sobrecarrega de demandas a urgência da instituição, faz com que usuários demandem da instituição cuidados que devem ser efetivados no território, conforme elucida a fala a seguir:

[...] e falei com ele, vamos dar medicação pra ele só hoje porque amanhã já agendei a consulta pra ele no CERSAM, o CERSAM já conhece ele, tá esperando ele lá amanhã, de maneira nenhuma, vou dar 30 dias de medicação pra ele, eu falei bom, então o problema é seu, internamente. Abri mão do caso, e falei, o médico vai te atender, saí fora, o quê que aconteceu? Duas semanas depois, o menino tava aqui de novo, o pai não levou no CERSAM, ele não foi, ele tinha medicação em casa, pra quê que eu gastei meu tempo? (E3).

É necessário, a partir do cotidiano de trabalho, desconstruir saberes, práticas e discursos comprometidos com a objetificação do sofrimento mental, reduzindo-o à concepção de doença diante da qual, portanto, só seria necessária a conduta do médico. É indispensável no processo de trabalho construir alternativas inventivas que atravessem o instituído no cuidado

em saúde (HENNINGTON, 2005). O acolhimento é um instrumento que viabiliza uma reestruturação e uma redefinição na atenção em saúde, tem um caráter de resolutividade quando permite o acesso e uma solução para as demandas da população.

As necessidades em saúde mental demandam uma complementaridade entre os diversos saberes e equipamentos de saúde e saúde mental. O trabalho interdisciplinar pode fornecer elementos para a consolidação deste processo ao ampliar a capacidade interventiva dos profissionais. A interdisciplinaridade requer uma consciência dos limites e das potencialidades de cada especialidade para que se possa haver uma abertura em direção a um fazer coletivo (DESLANDES; GOMES, 1994).

Um dos entrevistados afirmou que o acolhimento está abrindo espaço para romper com a hierarquização do saber, mas que a efetivação de um trabalho interdisciplinar levará alguns anos para se efetivar conforme preconizado na atenção em saúde:

[...] e abre, tá abrindo espaço, quem sabe daqui 50 anos a gente chega num ponto legal, o acolhimento funcionar um trabalho multidisciplinar de verdade. (E9).

As dificuldades apontadas pelos profissionais envolvem barreiras pessoais e barreiras institucionais que culminam num tratamento reducionista, fragmentado, e sem integralidade, embora se notem resistências e questionamentos sobre a hierarquização do saber. Os profissionais de um modo geral apontaram que o rompimento com essa lógica médico-centrada impactaria positivamente na assistência na urgência da instituição psiquiátrica.

O médico tem que passar a ser parte da equipe multiprofissional e não um anexo a ela. Mesmo que o encerramento das condutas, legalmente, tenha que passar pela assinatura e carimbo do médico, isso não é condição para que o trabalho interdisciplinar não aconteça. É essencial fazer enfrentamentos de caráter coletivo e interventivo. “Apenas novas e belas construções teóricas, pedagógicas e psicológicas ou médicas, não podem mudar a realidade das coisas” (BENELLI, 2014, p. 237). A instituição psiquiátrica possui formas de funcionamento automáticas e hospitalocêntricas que precisam ser transformadas e não reformadas (BENELLI, 2014).

Autores como Lobosque (2003) e Benelli (2014), bem como as análises presentes nas orientações da PNH sobre o acolhimento (BRASIL, 2006), consideram que as mudanças no âmbito do hospital psiquiátrico, dada a sua configuração de instituição total, tendem a não se sustentar efetivamente, sendo retomadas as práticas nomeadas asilares.

Uma das vertentes da Reforma Psiquiátrica é a mudança nos modelos de atenção nas práticas de saúde e saúde mental. Embora para muitos autores (AMARANTE, 1995; LOBOSQUE, 2003; BASAGLIA, 1985) o hospital psiquiátrico devesse ser extinto, no Brasil ele continua sendo local de assistência à pessoa com sofrimento mental, o que requer novas alternativas de trabalho engajadas com um projeto maior de transformação no cuidado em saúde mental.

4.1.4 *Pontos positivos e negativos do processo de trabalho no acolhimento, na perspectiva dos profissionais*

Pontos positivos

O acolhimento é um instrumento que reestrutura e redefine a atenção em saúde, o que conseqüentemente requer modificações no processo de trabalho. Os profissionais, ao serem interrogados sobre os impactos positivos deste processo, revelaram:

Olha, eu acho que a primeira contribuição, assim que deu para notar, já de início, foi a diminuição do número de internação, eh, a gente percebia isso muito no início, assim, principalmente porque tava mais evidente essa mudança de forma de assistência na porta de entrada. [...] a gente percebeu isso, a gente que trabalha dentro da enfermaria, percebeu lá dentro, um número menor de pacientes [...]. (E1).

[...] só que a gente começou a ter mais critério com a internação, então começou realmente a ter mais número de vagas nas enfermarias, eu lembro que a gente chegava na enfermaria tinha cinco leitos, e antigamente sempre tava lotado. (E6).

Ainda que o dado sobre a diminuição da internação não seja algo mensurável quantitativamente neste estudo, essa informação aponta que o acolhimento provocou mudança na lógica da função institucional.

Outra característica importante, no tocante à diminuição das internações, foi o acolhimento possibilitar a consolidação do que de fato a instituição preconiza como projeto assistencial, que é ser uma instituição de referência estadual para os municípios que não possuem serviços de atendimento à crise aguda (CAPS III e leitos psiquiátricos em hospitais gerais), conforme evidencia o relato de um dos entrevistados:

[...] eu acho que isso também aconteceu, também uma diminuição do número de internação de paciente de Belo Horizonte, até mesmo porque melhorou esses encaminhamentos, esses retornos com essa conversa com a rede. (E1).

A internação passou a ser um dos recursos e não o principal, e isso impactou também nas internações das enfermarias. Com os profissionais de outras especialidades atuando na urgência, a internação como alternativa passou a ser algo mais criterioso a partir de uma interlocução mais integral com os serviços extra-hospitalares:

[...] com mais gente recebendo o acolhimento, tendo mais disponibilidade além do plantão médico para poder fazer contato com a família, para fazer contato com serviços, encaminhar pros serviços, eu acho que isso melhorou na assistência a pessoa na porta de entrada, né? [...] o hospital também passou a aparecer mais para esses serviços né? Isso nos convocou a fazer contato com eles, a discutir os casos. (E1).

[...] especificamente eu acho que facilitou, da gente entrar em contato com a rede, integrar mais com a rede, porque se você tem mais de uma pessoa, uma equipe fazendo o trabalho, fica mais fácil de você pegar o telefone, e ligar para a família, pegar o telefone e ligar pra rede, então eu acho que nesse aspecto do processo ajudou bastante. (E7).

Para melhor entender essas afirmativas, é importante salientar que a Reforma Psiquiátrica possibilitou a mudança de paradigma não só nos serviços abertos, mas nos demais espaços que promovem a assistência à pessoa com sofrimento mental. “A Reforma Psiquiátrica mineira admite apenas uma coexistência provisória com os hospitais psiquiátricos, ou seja, deles fazemos uma utilização ocasional e temporária, enquanto caminhamos para construir esses recursos que ainda nos faltam” (MINAS GERAIS, 2006, p. 67). A demanda ao hospital psiquiátrico público após a Reforma Psiquiátrica se estabelece diante da incompletude de equipamentos, serviços e práticas que se constituam realmente substitutivos à lógica da internação, seja pelas visões reducionistas e manicomiais que atravessam os serviços substitutivos, seja pela ausência de equipamentos de atendimento à crise aguda (MINAS GERAIS, 2006).

As vertentes que legitimam o processo da Reforma Psiquiátrica não são hegemônicas na política de saúde e saúde mental, o que requer a participação de diversos atores, notadamente os profissionais das diversas categorias profissionais, para romper com as práticas manicomiais ainda existentes na assistência à pessoa com sofrimento mental. Segundo Benelli (2014),

São as coordenadas do campo sócio-histórico global, os movimentos contraditórios do complexo cenário político-pedagógico-jurídico brasileiro e a atual conjuntura sociocultural os determinantes mais gerais que incidem na estrutura, funcionamento e na produção da subjetividade nas instituições de confinamento. (BENELLI, 2014 p.237).

De acordo com a Portaria nº. 3.088 de 23 de dezembro de 2011, o hospital psiquiátrico não se constituía como serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mesmo prestando assistência à população com sofrimento mental, uma vez que a sua existência era para ser

superada a partir da consolidação de serviços substitutivos. Recentemente, a Portaria nº. 3.588 de 21 de dezembro de 2017, emitida pelo Ministério da Saúde, que dispõe sobre a constituição da rede de atenção psicossocial, instituiu o hospital psiquiátrico como parte integrante da RAPS.

A Reforma Psiquiátrica tendo como eixos centrais a desinstitucionalização e a extinção dos hospitais psiquiátricos, precisa reivindicar a abertura de mais serviços que tenham como finalidade assistir a pessoa com sofrimento mental no seu território.

Mesmo no hospital psiquiátrico de atenção terciária, a ampliação da equipe em termos de quantidade e multidisciplinaridade de profissionais, na porta de entrada da urgência, facilitou a condução do caso e da assistência. Além da distribuição de tarefas, a capacidade reflexiva em torno do trabalho foi ampliada com a diversidade de saberes. A atuação dos profissionais não médicos com um contato mais próximo com os serviços de saúde e saúde mental viabilizaram um lugar de questionamento para além do espaço do hospital, das demandas que chegam, conforme elucida a fala a seguir:

[...] porque de alguma forma também a gente começa a problematizar isso na porta de entrada, o por quê de internar determinados pacientes, os pacientes que vem e vão o tempo inteiro, pacientes que tão inseridos na rede já, e que às vezes vem para cá por diversas questões, mas até mesmo por maior facilidade que o atendimento pode ser até mais rápido aqui na urgência, né? [...] a problematizar porque que tá vindo o tempo todo, eu acho que antes do acolhimento, o hospital tava bem mais distante para esses serviços, eu acho que assim melhorou o diálogo e a possibilidade de problematizar alguns casos. (E1).

Desse modo, o caráter questionador instituído construiu uma nova configuração da relação entre hospital e rede. O hospital passa a ser protagonista e tenta fazer caber essa interlocução com os serviços, mesmo em alguns momentos sendo deixado de fora. Às vezes, mesmo com todo o movimento institucional de romper com uma lógica tradicional, este é um espaço que carrega características históricas de segregação, cerceamentos, mortificação do eu (GOFFMAN, 1992), as quais, na visão dos autores que legitimam a extinção dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995; LOBOSQUE, 2003; BASAGLIA, 1985), jamais serão extintas, mesmo com todo esforço de se fazer diferente.

Outra dimensão positiva para o processo de trabalho foi que esta mudança da lógica assistencial na urgência teve desdobramentos para dentro da instituição, não se limitando a ter impactos positivos restritos somente a um espaço, conforme se identifica no trecho a seguir:

[...] eu acho que, mesmo no processo do..., quando vai se encaminhado para internação, eu acho que também tem um lado, porque a equipe que acolhe é a mesma equipe que atende, não necessariamente vai ser a mesma pessoa, mas as pessoas que estão acolhendo depois podem acabar tendo contato com os pacientes, então já conheceram, já tiveram mais informação, ou podem passar pro colega que tá com aquele paciente, e falar: ah, eu acolhi esse paciente em tal, tal situação, então eu

acho que isso ajuda também dentro do processo de trabalho dentro do hospital, eu consigo ver basicamente assim. (E7).

Então quando o paciente chega pro seu leito, que você vai fazer o tratamento na enfermaria, você já tem um saber sobre o paciente e, de uma certa forma, o tratamento, ele tem uma tendência não é uma perfeição ainda não, mas ele tem uma tendência dar uma continuidade do que já foi feito na urgência [...] a urgência não funciona mais isoladamente, eu acho que a gente tem uma interlocução, a urgência hoje faz parte do hospital. (E9).

Na percepção dos participantes, esse processo contribuiu para a atuação dos profissionais, na medida em que ampliou o diálogo entre as equipes do hospital, pois os casos passam a ser acompanhados com uma perspectiva de continuidade e não de modo fragmentado, ou seja, não se separam mais a urgência e a internação. A afirmativa acima é evidenciada por Minayo (1994) quando a autora considera ser um pré-requisito para o sucesso do empreendimento interdisciplinar a reunião de profissionais dispostos ao diálogo, competentes em suas áreas disciplinares, que possam articular conceitos comuns e realizar triangulações metodológicas, colaborando entre si na análise dos resultados.

O acolhimento é uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização, e se estabelece a partir de uma escuta qualificada oferecida pelos profissionais, conforme evidenciam-se nas afirmações a seguir:

[...] ele tem um espaço maior de escuta. (E1).

[...] junto com aquele paciente, porque nós precisamos que ele diga as coisas que o incomodam, que o fazem sofrer, pra que a gente pense no tratamento. (E2).

[...], mas você esquece que aquela ali é uma pessoa, então você precisa de escuta, você precisa de alguma forma humanizar aquilo, e entender que não é só o conhecimento que você tem técnico-científico pra aquilo ali, né? E em segundo lugar eu acho que é essa questão da humanização mesmo. (E8).

Na literatura sobre o tema, fica claro que é necessário realizar alterações no modo de gerir e cuidar a partir de tecnologias adequadas, que contemplem as necessidades dos usuários das políticas de saúde e saúde mental. “Humanizar o atendimento significa se opor à violência da negação do outro e articular as tecnologias com o relacionamento, sendo o fator humano essencial na eficácia dos dispositivos organizacionais em saúde” (PELISOLI *et al.*, 2014). É importante que o profissional não se constitua hierarquicamente na relação com o usuário, sendo capaz de se destituir de um saber *a priori*. A produção do cuidado se efetiva na relação entre usuário e trabalhadores que ultrapassa o instrumental ordenador (MERHY; FRANCO, 2003). O acolhimento permite o protagonismo do paciente e um outro olhar sobre o modo de assistir a pessoa com sofrimento mental em um serviço de urgência.

Outro fator positivo elencado pelos entrevistados foi a aquisição de conhecimento a partir do atendimento aos usuários e no contato multiprofissional:

Eu acho que isso agrega conhecimento pro profissional que tá ali também, porque chega casos diversos, diversos tipos de casos com características específicas, que agrega conhecimento e que vai contribuir com o processo de trabalho, eu acho que é isso. (E4).

[...]em termos de pontos positivos eu acho que é essa possibilidade de você dividir com os outros o seu saber[...]. (E8).

O trabalho em equipe não requer a supressão das especificidades, pois a diversidade de saberes técnicos propicia o aprimoramento do conhecimento e da capacidade técnica, bem como uma maior produção (PEDUZZI, 2001). A modificação no modelo de atenção em saúde mental passa pela transformação da concepção dos profissionais em relação à abordagem do sofrimento mental. É essencial a ressignificação dos saberes que legitimam o preconceito e a segregação.

Nas falas analisadas, confirma-se o acolhimento como elemento auxiliar no processo de organização do cuidado na porta de entrada da instituição psiquiátrica, conforme destacam os fragmentos a seguir:

Então pra mim, o acolhimento ele ajuda sendo esse organizador, ele ajuda a equipe a se situar com relação aquele caso. (E2).

Eu acho que você torna um serviço, com um acolhimento bem montado, um serviço mais estruturado. (E8).

Eu acho que o acolhimento tem uma função de agregar uma equipe, né? (E5).

Além do aspecto organizador, o acolhimento viabilizou a integração da equipe. Nesse sentido, Peduzzi (2001) esclarece que quanto menores as desigualdades entre os diferentes profissionais e seus respectivos saberes, maior será a integração da equipe.

Pontos negativos

Quando inquiridos sobre os pontos negativos para a efetivação do acolhimento nos serviços de urgência do hospital psiquiátrico, um dos entrevistados expôs que, no início de mudança no processo de trabalho, os profissionais estavam mais estimulados em sustentar o novo projeto assistencial, mas por diversas razões a permanência dessa proposta foi se perdendo:

[...] talvez porque as coisas dentro da instituição tendem a voltar pro mesmo lugar se isso não é mantido em discussão o tempo inteiro assim, eu acho que no início do

acolhimento fomentou muita coisa, muita discussão, todo mundo pensando nas novas formas de trabalhar, mas com o tempo a poeira vai abaixando e a tendência que as coisas voltem a funcionar da mesma forma, mesmo, mesmo com essa intenção de que funcione de uma forma diferente eu acho que tem algo na instituição psiquiátrica que faz as coisas voltarem a funcionar como era antes talvez pela formação das pessoas, talvez pelo hábito que elas têm do que é a instituição aqui, e também porque eu acho que foi deixando também, isso entrou na rotina e aí deixa-se de problematizar, né? (E1).

Esta afirmativa está em consonância com a literatura. Lobosque (2003) escreve que, para uma reconfiguração no cuidado em saúde mental, é essencial uma mudança paradigmática por meio da capacitação técnica e da reformulação de conceitos acerca do sofrimento mental. Além disso, de acordo com Peduzzi (2007), os profissionais da saúde devem atuar com o objetivo de consolidar alternativas que promovam transformações na sua prática e no estilo de organizar os serviços de saúde tendo como preceitos norteadores a integralidade e a intersubjetividade. É necessário promover ações para além do que já está instituído nos serviços de saúde para atender as necessidades de saúde (PEDUZZI, 2007):

Observa-se, também, que implementar uma mudança no processo de trabalho não é garantia de que o trabalho em equipe vai se consolidar:

[...] tem momentos ali que são grupos de pessoas, tem outros momentos que são equipes. Então não acho que o tempo todo tem equipe não. Tem momentos que são grupos de pessoas trabalhando individualmente. Isso eu acho que é uma perda pro hospital, o hospital perdeu. (E3).

Acho que o processo de trabalho vai ficando mais claro pra mim à medida que eu vou me familiarizando com as pessoas, embora os residentes mudem a cada plantão, né? Mas pelo menos o contato com plantonista eu acho que à medida que a gente vai se conhecendo vai ficando mais fácil, trabalhando como equipe mesmo, mas eu acho muito frágil mesmo, né? A gente não tá ali todo dia, a discussão do caso é muito pontual, rápida, né? (E5).

As falas acima apresentam afirmações de que a relação da equipe não acontece continuamente, mas há um reconhecimento do quanto a relação do trabalho em equipe é necessária para a qualidade da assistência.

A efetivação do trabalho interdisciplinar requer a destituição da racionalidade médica e a perspectiva da integralidade com ênfase no trabalho em equipe e na distribuição do poder (PEDUZZI, 2007). Um dos entrevistados aponta a dificuldade vivenciada pelo profissional não médico de contrapor a determinação do médico:

Então se é uma pessoa que acha que tem que internar, sob qualquer circunstância, é difícil ir contra, quando, quando essa pessoa for um plantão médico[...]. (E1).

A insatisfação vivenciada por um dos entrevistados referente ao acolhimento foi a impossibilidade do seu trabalho ter um caráter continuado:

[...] é muito fragmentado assim a gente não dá conta de enxergar um processo de trabalho como um todo, é uma parte muito pequena assim dá uma sensação de incompletude mesmo assim, de que a gente não sabe o quê que aconteceu com aquele usuário depois, sabe? Pra que serviu aquilo que você fez, entendeu? Eu acho que é isso. (E5).

A continuidade do cuidado na saúde não necessariamente deve ser estabelecida por um profissional ou serviço específico. Particularmente na urgência, essa continuidade costuma ficar comprometida. Os profissionais devem ter clareza da função assistencial da instituição e das limitações que ali operam. “Acolher não significa a resolução por completo dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, o que se comunica sem o recurso da palavra, o respeito ao outro, a valorização de suas queixas” (MATUMOTO, 1998, p. 207).

O profissional de saúde é quem consolida o acolhimento através de atos produzidos a partir das relações constituídas no cotidiano do trabalho (ALMEIDA, 1991). É fundamental ter profissionais que acreditem no processo de trabalho. Pelisoli *et al.* (2014) apontam que existe uma dificuldade para o envolvimento multidisciplinar na concretização do acolhimento. Esse fato pode ser evidenciado na fala do entrevistado:

Agora, os pontos negativos é a dificuldade mesmo de você tentar estruturar isso de uma maneira adequada, então, ou seja, montar uma escala que não tenha furo, sabe? Com profissionais que estejam com desejo de sustentar isso, porque nem todos estão, a gente não pode simplesmente obrigar as pessoas a fazer alguma coisa que elas não acham, que elas não querem fazer, que elas não acham que é da competência delas. Então a dificuldade de estruturar isso, eu acho que é bem complicada, eu acho que tem que partir mesmo de um desejo coletivo porque se não tiver gente pra bancar isso, realmente a coisa não funciona. E aí eu acho que ele pode funcionar mal né [...]. (E8).

Nota-se na fala de um dos profissionais que um dos pontos negativos é a desarticulação do médico com os profissionais não médicos e o quanto esta realidade impacta na assistência ao usuário na porta de entrada e no curso da internação:

[...], mas a multi já está a anos luz na frente, porque a gente já se articulou. Então o médico começa do zero, muitas vezes a gente fala, não, mas lá, o médico falou isso, vai ser uma internação rápida, ah não mas eu tenho que conhecer o paciente primeiro, de novo a hierarquia médica atrapalha, porque isso eu acho que atrasa e não respeita o saber multi, o saber da equipe multi, né. (E9).

Um dos motivos colocados pela entrevistada como dificultador da articulação entre médico e os profissionais não médicos é, mais uma vez, a hierarquia dos saberes e o poder do médico, com a consequente desvalorização pelo médico do saber da equipe.

4.1.5 Outros aspectos sobre o acolhimento na visão dos profissionais

O acolhimento foi implantado na urgência da instituição em outubro de 2015, mas anterior a sua implantação foram realizadas diversas reuniões de colegiado com a comunidade hospitalar para que, em conjunto, fosse construída a proposta. Essa mudança no processo de trabalho foi constituída como um projeto institucional sendo todos os profissionais da área assistencial convocados a participar do projeto, mesmo os que discordavam da proposta.

Nas falas a seguir ficam evidentes as resistências dos profissionais com a execução do novo projeto assistencial, colocam que o acolhimento só existe por uma imposição institucional.

Então alguns profissionais que eu acho que são minorias conseguiram aceitar isso, outros embora tenha, tendo que aceitar, talvez por ser uma imposição institucional, mas não quer dizer que eles concordam com o acolhimento [...]. (E4).

[...] muitas vezes hoje, por uma exigência da gente tá ali por uma imposição que a diretoria, impôs, isso, é uma obrigação, é uma função obrigatória que você tem que fazer, então há uma certa gentileza com o colega de trabalho e tudo [...]. (E9).

Assim como a implantação do acolhimento, em 2015, foi consolidada a partir do desejo da gestão com a participação da equipe, esse já existiu na instituição e também foi extinto nos anos 90 por um desejo de gestão. A organização do processo de trabalho está constantemente sofrendo os impactos da conjuntura política, o que dificulta a solidez dos processos:

É aquela questão assim, o que eu pude presenciar aqui por exemplo, é aquela questão, depois que o serviço do acolhimento foi estruturado, e que tava funcionando bem, né? Trocou a direção, na troca de direção, o quê que houve? O pessoal que não concordava com esse tipo de abordagem, que defendia o ato médico, ou seja, que só médico que pode receber e atender o paciente que tá chegando ali. Porque só o médico é que sabe, entre aspas, né? (E8).

A gestão como definidora da política institucional não isenta que os profissionais protagonizem ações para mudanças na cultura institucional, uma vez que está preconizado na PNH a participação dos trabalhadores na tomada de decisões. Para Peduzzi (2007) há possibilidades de o trabalhador interferir no processo de trabalho.

Embora a normatividade do trabalho sempre imponha um conjunto de constrangimentos e limites, os trabalhadores de saúde – da prestação direta da assistência e do cuidado ou da gerência – não estão inevitavelmente fadados a configuração dominante do projeto e do processo de trabalho, mas podem imprimir-lhe mudanças, com base na sua atuação, que envolve tanto a dimensão tecnológica e técnica como a dimensão interativa e a intersubjetiva do processo de trabalho (PEDUZZI, 2007, p. 24).

Outra característica apontada pelo entrevistado foi que a gestão da instituição psiquiátrica ainda é muito influenciada pelo poder médico. Acerca dessa influência, Peduzzi (2007, p.26) afirma que “embora outros saberes e práticas profissionais integrem as práticas de saúde, é o saber clínico – e a prática do profissional médico que desempenha o papel principal na organização e distribuição dos serviços de saúde”

Sobre o funcionamento do acolhimento nos anos 90, foi mencionado por dois profissionais. Características do projeto e os benefícios para a assistência foram mencionados:

Eu trabalhei aqui na década de 90, então eu vivi aqui um projeto que foi muito legal, eu não sei por que que não continuou, que eram 1 psiquiatra, 1 enfermeiro, 2 psicólogos, 1 assistente social e os técnicos de enfermagem. Quem que fazia o acolhimento? Nós. Até o técnico de enfermagem fazia. Tinha uma escala de revezamento entre a gente. (E3).

Bom, isso aí tem muito o que falar né, porque, eu particularmente, que tô aqui há mais de 20 anos, trabalhando na urgência psiquiátrica do Raul, eh, eu vi quando a gente montou, estruturou pela primeira vez o serviço de acolhimento em saúde mental aqui dentro do Hospital Psiquiátrico, e o efeito que isso produziu, não só na qualidade do atendimento, mas eu acho também no aprimoramento profissional de todo mundo que participou daquilo ali. (E8).

Houve, entre os entrevistados, pessoas que percebem o trabalho multidisciplinar como desnecessário:

É só treinar o médico né, pra atender com o olhar mais aberto, menos biologicista, então se o médico soubesse fazer isto, um olhar, uma escuta mais acolhedora, mais ampla, não precisava nem do acolhimento [...]. (E9).

Quando se constitui uma equipe com profissionais de diversas categorias para realização do acolhimento, o que se deseja consolidar está para além do desenvolvimento de um trabalho unidisciplinar bem executado, logo só treinar o médico para acolher não seria alternativa suficiente. A interdisciplinaridade se constitui a partir da interação entre os saberes que compõem o cuidado em saúde com vistas ao alcance da integralidade, esta está para além da justaposição de especialidades em torno da demanda e necessidade do usuário (DESLANDES; GOMES, 1994).

Outras vezes, o trabalho da equipe de acolhimento não é reconhecido e os profissionais relataram que se sentem na função de secretariar o médico, ou seja, no acolhimento com o usuário coletam informações, as transmitem para o médico plantonista e a partir daí o médico é que determinará as condutas a serem realizadas. O saber dos profissionais não médicos é escamoteado, estes não se sentem protagonistas nas decisões e se mostram insatisfeitos com a situação:

Então assim, raríssimos, são pontualmente, alguns médicos, poucos gostam do acolhimento, e te valoriza, então senta com você, conversa com você, aí você se sente valorizado, poxa então nessa equipe eu quero participar [...]. (E3).

[...] muitas vezes a gente cumpre uma função de tá secretariando médico, mas eu reconheço a importância disso, sabe. (E5).

[...] é sempre essa coisa do secretariado, eh, tem que discutir com o médico antes de tomar qualquer decisão, então eu não acho que é um acolhimento que vai dar as direções, eu vejo o acolhimento no Raul Soares como um secretariado do médico, então, eu até falo assim, pra quê o acolhimento aqui? [...], você fica ali sendo como se você fosse um residente, então seus anos de profissão, seus estudos, sua competência não conta né? (E9).

Contudo, um dos entrevistados (E5), aponta que apesar do acolhedor exercer, em alguns momentos, o papel de secretariar o médico, é primordial ter o reconhecimento da importância do seu trabalho. Ter o trabalho valorizado, mesmo que a decisão venha do médico, dá sentido a ele:

Eu vou voltar no mesmo modelo né? Ele contribui quando o médico valoriza quem tá lá fazendo o acolhimento, valoriza o trabalho do outro, a entrevista do outro, o quê que o outro acolheu enquanto informação, né, vamos discutir? (E3).

Quando o médico não quer saber disso, não contribui com nada, uai, perdeu tempo, seria bom se o médico mesmo atendesse, já resolvesse, dá a receita, pronto e acabou [...]. (E8).

Mas, a valorização do trabalho de outras especialidades no setor da saúde não deve estar condicionada ao médico, porque tal condição pode legitimar a sua hierarquia, tão prejudicial ao processo transformador da assistência. O aval do médico não deve ser o parâmetro para o reconhecimento do trabalho no acolhimento. Já é relatado que “as equipes centradas na ação e na presença do psiquiatra tendem a reeditar o modelo manicomial: quando se solicita e se depende muito desse profissional, repete-se o modelo médico-centrado que caracteriza o hospital psiquiátrico” (MINAS GERAIS, 2006. p. 63).

As mudanças precisam ser fomentadas a partir da crítica fundamentada e intersubjetiva aos valores predominantes na cultura institucional vigente nos serviços de saúde – fragmentação das ações, relações hierárquicas de trabalho, atuação profissional individualizada e paroxismo instrumental técnico-científico –, para a consolidação de uma cultura institucional orientada pelos valores da integração das ações de saúde e dos processos de trabalho, pela democratização das relações de trabalho e das relações profissional-usuário, pelo trabalho em equipe integrado e pela integralidade da saúde (PEDUZZI, 2007, p. 215).

Ainda que a instituição psiquiátrica tenha permanecido por muitos anos sendo considerada um equipamento não pertencente à rede de atenção psicossocial, esta continuou e continua a exercer uma função no cenário da assistência em saúde mental, notadamente para os municípios onde não existe serviço especializado de atendimento ao usuário em crise aguda, conforme descrito nas falas a seguir:

[...] ele entende a razão de ser do hospital, ele entende que o hospital tem que funcionar principalmente pros serviços e para os municípios onde o serviço ainda não tá instituído, então essas demandas que são do município de Belo Horizonte onde a gente tem uma rede mais robusta ele concorda com os encaminhamentos (E1).

[...] porque a gente quer também né, e contra esses encaminhamentos né automáticos que muitas vezes acontece das instituições, principalmente do interior, que encaminham diretamente para cá né, e acha que isso é um fluxo normal e que tem que ser assim né, a gente sabe da carência dos serviços principalmente nas cidades do interior né. Mas isso não pode ser também estimulado pela instituição psiquiátrica, né? Existe uma responsabilidade dos municípios pelo tratamento dos seus usuários né? (E2).

A instituição tem a sua função de prestar suporte aos municípios do Estado, mas é necessária uma construção dialógica, em um trabalho de pares e não cada serviço exercendo o que acha ser a sua atribuição.

Outra questão que problematiza a função da instituição psiquiátrica é que, na visão de um dos entrevistados, ainda é um recurso a ser utilizado, mas com uma utilidade a ser consolidada a partir de alguns requisitos que a torne uma etapa temporária na construção do cuidado e não tenha um caráter generalizado e contínuo:

Agora, eh, a instituição psiquiátrica ela traz os desafios para você pensar a assistência de uma forma geral, né, eu acho que realmente não cabe mais devido aos princípios da reforma psiquiátrica, não cabe mais a instituição ser totalizadora, ela abarcar todas as etapas e os caminhos de tratamento de um paciente, eh, eu acho que em alguns momentos ela é necessária, quando existe uma discussão, quando existe a construção do caso... (E2).

Conforme identificado no relato acima, ainda que o profissional trabalhe em um hospital psiquiátrico, este desempenha suas ações para que este espaço seja utilizado com muito critério e amparado no que preconiza a Reforma Psiquiátrica e o decreto estadual nº. 42.910 de 26 de dezembro de 2002, que determina ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva dos mesmos e regulamenta as internações (MINAS GERAIS, 2002).

Os profissionais da saúde mental, no seu processo de trabalho, independentemente do espaço institucional onde estiverem atuando, devem realizar ações que tornem possíveis a compreensão, a solidariedade, a autonomia e a cidadania na perspectiva da reinserção social.

Um entrevistado, em seu relato, aponta que a instituição psiquiátrica tende a ficar cada vez menos relevante, mas essa afirmação é refutada com as alterações ocorridas na Política Nacional de Saúde Mental em 2017 e 2018, que reconhecem o hospital psiquiátrico como serviço da RAPS e afirma que não existe um serviço que substitua o outro, conforme era

considerado anteriormente, ou seja, os serviços que configuram a RAPS passam a ser complementares.

Um desafio colocado aos profissionais da saúde mental é continuar a consolidar, a partir do cotidiano de trabalho, a utilização do hospital psiquiátrico como último recurso no cuidado em saúde mental, mesmo com os retrocessos no aparato legal e assistencial. “É fundamental a consolidação de uma assistência redefinida e potencializada para transformar os processos e as relações nas unidades de saúde” (NEVES; PRETTO; ELY, 2013).

Os profissionais devem ser capazes de construir ou reconstruir os sentidos e significados da instituição psiquiátrica, sendo defensores de um lugar social para o sofrimento mental “que não seja o da doença, anormalidade, periculosidade, irresponsabilidade, insensatez, incompetência, incapacidade, defeito, erro, enfim, ausência de obra.” (AMARANTE, 1999, p. 49).

A resolutividade do acolhimento se constitui a partir do acesso ao serviço de saúde e, em seguida, quando é colocada uma solução para a demanda do usuário. Às vezes, a resolutividade do acolhimento fica comprometida diante das limitações práticas vivenciadas no cotidiano de trabalho, conforme exposto no relato a seguir:

[...] apesar de muitos colegas, né? Não gostarem, porque, é mais em função da estrutura do serviço, porque a gente fica ali dando plantão. Pode ser que chegue um, pode ser que chegue quatro, né? Pode ser que chegue casos assim que dão pra gente deslanchar com tranquilidade, agora tem uns que você perde um tempo muito grande, porque você depende da rede, de telefonema, tudo isso aí emperra um pouco. (E6).

Os desafios que ocorrem no acolhimento na urgência do hospital psiquiátrico têm peculiaridades já descritas, mas não diferem, na sua essência, dos desafios descritos para outros cenários. Assim como qualquer processo de trabalho, o acolhimento enfrenta dificuldades práticas para a sua execução, sendo necessário a flexibilização das normas e rotinas do serviço, uma vez que seu foco é o usuário e a resolução de seus problemas” (MATUMOTO, 1998, p. 207). Os profissionais exercem autonomia técnica, não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação (PEDUZZI, 2001).

Os principais desafios e vantagens detectados neste trabalho estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – O acolhimento na Urgência do Hospital Psiquiátrico: desafios e vantagens.

Desafios	Vantagens
Saber médico hegemônico	Redução das internações
Garantir a continuidade do trabalho	Consolidação do projeto assistencial e de uma nova lógica assistencial
Desarticulação do médico com os profissionais não médicos	Interlocução integral com serviços extra-hospitalares
Hierarquia dos saberes	Constituição de uma equipe multiprofissional
Desvalorização pelo médico do saber da equipe	Distribuição de tarefas
Centralidade das decisões no médico	Ampliação da capacidade reflexiva dos profissionais
Médico não integra a equipe multiprofissional	Os casos dentro da instituição passam a ser acompanhados com a perspectiva de continuidade
Subordinação dos outros saberes ao saber médico	Aquisição do conhecimento a partir do atendimento aos usuários e no contato multiprofissional
Tradição higienista e curativa	Instrumento organizador do processo de trabalho
Aparato legal que consolida a centralidade da decisão pela internação no médico	Integração entres as equipes do hospital
Não constituição de uma equipe fixa para o acolhimento na urgência	Ampliação da equipe de profissionais na urgência
Detenção de saberes para além da sua especificidade	Redução na sobrecarga de trabalho da equipe médica
	Sustenta a real função do hospital psiquiátrico
	Atendimento na instituição centrado nas reais necessidades dos usuários
	Consolidação de encaminhamentos dos usuários para os serviços abertos

Fonte: ROCHA, 2019.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento de retrocessos na assistência em saúde mental com a nota técnica nº. 11 de 2019 do Ministério da Saúde, a qual não preconiza a abertura de serviços extra-hospitalares e substitutivos ao hospital psiquiátrico, o acolhimento aparece como uma estratégia importante na assistência prestada dentro do hospital psiquiátrico, uma vez que provoca mudanças no processo de trabalho e pode ser um instrumento de fazer resistir ao que foi e é instituído a todo momento.

O acolhimento possibilitou para a instituição uma inversão no atual modelo de atenção. Essa modificação, na recondução da lógica assistencial, garante intervenções voltadas para um trabalho de interlocução dos saberes, de possibilidade de protagonismo pelos usuários. É fundamental a análise das práticas e do que é realizado no contexto institucional, notadamente em instituições identificadas por características históricas segregatórias como o hospital psiquiátrico.

Produzir outros efeitos no cuidado em saúde mental exige modificar os processos de trabalho que estão arraigados nas práticas profissionais, independentemente do local onde o cuidado em saúde acontece. É necessário buscar outras maneiras de se produzir o cuidado à saúde que não seja centrado no procedimento médico.

Analisando as relações que atravessam e alicerçam as instituições, é pertinente reparar as fissuras existentes no instituído e efetivar modos alternativos criativos e transformadores que viabilizem um rompimento da hierarquização entre as especialidades profissionais. Tais alternativas possibilitam que se configure um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar com vistas à integralidade do atendimento, e que seja capaz de tornar o médico parte integrante da equipe.

A investigação sobre o acolhimento realizado no hospital psiquiátrico, frente ao preconizado na Reforma Psiquiátrica, como a desinstitucionalização, o tratamento em liberdade, a humanização, a integralidade, apontou que a efetividade de uma prática assistencial galgada nesses preceitos é um desafio cotidiano. Neste estudo foi possível observar que ainda existem dificuldades em garantir o acesso à saúde na perspectiva da integralidade, mesmo após a implantação do acolhimento, diante dos entraves existentes na relação entre os profissionais médicos e os profissionais não médicos.

Além disso, foi possível perceber, por meio das narrativas apresentadas, que a resolutividade do dispositivo acolhimento está diretamente associada ao trabalho

interdisciplinar e às ações de articulação com outros serviços assistenciais que compõem a rede de saúde e saúde mental com vistas ao atendimento das necessidades dos usuários.

Desta pesquisa despontam, também, algumas propostas. Compete à transformação proposta pelo acolhimento reconfigurar o modelo de atenção à saúde mental adotado até então no setor de urgência dos hospitais psiquiátricos. Além disso, é necessário desenvolver nos profissionais as habilidades necessárias ao entendimento do emprego e do propósito do acolhimento, validando ainda mais essa política.

O acolhimento, enquanto estratégia para melhorar o cuidado em saúde mental no hospital psiquiátrico, demonstrou uma mudança na configuração do atendimento, reconhecida pelos trabalhadores apesar dos entraves vivenciados. Destaca-se, aqui, a importante peculiaridade do estudo ao refletir sobre uma prática incomum na urgência dos hospitais psiquiátricos, que é o acolhimento na porta de entrada realizado não só pelo médico, mas por uma equipe multiprofissional.

Enfim, apontam-se os limites a serem superados pelo acolhimento e o desafio de que esta diretriz de trabalho possa ser a representação de um novo agir em saúde, a fim de assentar uma atenção à saúde mental mais humana, autônoma e integral. Sabe-se que muito ainda há por ser feito, sobretudo na qualificação de recursos humanos, no revigoramento e articulação da intersetorialidade e na diversificação da rede de serviços. Ainda existem muitos municípios no Estado de Minas Gerais sem suporte de atendimento à pessoa em sofrimento mental em crise aguda, o que faz com que estes locais recrutem assistência no hospital psiquiátrico. Negar a existência do hospital psiquiátrico não é a solução, porque inevitavelmente, diante da insuficiência de serviços como o CAPS III, esses espaços continuam sendo locais de tratamento para muitos usuários.

Os resultados obtidos neste estudo acendem discussões e demandam maior aprofundamento acerca de aspectos importantes a serem pesquisados no cuidado em saúde mental nos hospitais psiquiátricos. Este é um tema ainda em aberto que merece novas pesquisas.

Espera-se que esta dissertação forneça subsídios para a consolidação de futuras pesquisas que favoreçam o debate sobre tal temática, sendo sugestões de estudo: avaliar o impacto do acolhimento nas internações nos hospitais psiquiátricos; analisar o acolhimento para a qualidade da assistência na percepção dos usuários e dos profissionais da rede extra-hospitalar; refletir sobre o poder médico na relação das equipes multiprofissionais nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva**: rede básica de saúde em Ribeirão Preto. 1991. Tese (Livro Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 1991.
- ALMEIDA, M. C. P.; MELLO, D. F.; NEVES, L. A. S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Enf.**, v. 44, n. 2/3, p.64-75, 1991.
- ALVES, D.S.N. *et al.* Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 195-201.
- AMARANTE, P. D. C. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A; SCARCELLI, I.R; COSTA, E. E. **Fim do século, ainda manicômios?** São Paulo: Instituto de Psicologia USP, 1999. p. 47-53.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul. /set. 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental, políticas e instituições**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz, 2003. (Programa de educação a distância, v. 3).
- BALLARIN, M. L. G. S. *et al.* Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.35, n. 2, p.162-168, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BENELLI, S. J. **A lógica da internação**: instituições totais e disciplinares (des)educativas. São Paulo: Unesp Digital, 2014.
- 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, DF, 2006.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Artigos 196 – 201. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Lei nº. 10.216, de 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei nº., 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação -Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº. 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Política do Ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 130, de 26 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 148, de 31 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, n. 12. Seção 1, p. 59, 13 de junho de 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temas de Saúde Mental**. Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar. Brasília, DF, 1998.

BRAVO, M. I. S. *et.al.* **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BUENO, W.S. Betim: construindo um gestor único pleno. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p.169-196.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.29-8.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-84, out/dez de 2006.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 95-178.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

COIMBRA, V. C. C. **O acolhimento num Centro de Atenção Psicossocial**. 2003. Dissertação – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, SP, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº. 2077 de 2014**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Brasília, DF, 24 de julho de 2014.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 6 dez. 2019.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, 1994.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FOUCAULT, M. Loucura, literatura, sociedade. In: Motta, Manoel Barbosa (Org.). **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p.232-258.

- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr. 1999.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003. p.64-89.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e convento**. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., saúde, educ.**, Botucatu, SP, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.
- HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 1, p. 256-265, 2005.
- LIMA, M.A.D.S. Análise de conteúdo: estudo e aplicação. **Revista Lagos**, v.1, p-53-58, 1993.
- LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- MALTA, D. C. *et al.* Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, 2000.
- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.39-64.
- MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). 3. ed. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.117-160.
- MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997a. p. 113-160.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: Um Desafio para o Público. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 71-112.

- MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n. 2, p.305-314, 1999.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Orgs. Marta Elizabeth de Souza e Ana Maria Lobosque. Belo Horizonte, 2006.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Decreto nº. 42.910 de 26 de setembro de 2002**. Belo Horizonte, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Revista Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 42-64, 1994.
- NEVES, M.; PRETTO, M. S.; ELY, H.C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre – RS, Brasil. **Rev. Odontol.**, Porto Alegre, v. 42, n.5, p.364-371, set/out de 2013.
- OSCAR, A.; COSTA, A. S. S. M.; VIANNA, P. C. M. O sujeito e a instituição: a Reforma Psiquiátrica como possibilidade de (re)construção da singularidade. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, 2005.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.
- PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1998.
- PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. Tese (livre-docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- PELISOLI, C. et al. Acolhimento em Saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 225-235, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000200008>. Acesso em: 8 dez. 2019.
- PINHEIRO, R. **Práticas de saúde e integralidade**: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências. Brasília, 2002.
- QUINDERE, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010.
- ROSA, L. C. S. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

TORRES, S. J. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em Saúde Mental. In: VASCONCELOS, E. M.; FURTADO, T. (Ed.). **Cadernos IPUB**: Saúde Mental e Desinstitucionalização: reinventando serviços. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, n. 7, 1997. p. 19-42.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, 2003. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo>. Acesso em: 10 set. 2018.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS”. A presente pesquisa consiste em uma entrevista com profissionais de saúde que participam ou participaram do acolhimento em saúde mental no Instituto Raul Soares (IRS). Tem como objetivo entender quais as vantagens e desafios da realização do acolhimento multiprofissional, na visão dos profissionais que o realizam, em uma instituição com as características do IRS. Sua participação será através de uma entrevista semiestruturada realizada por um dos pesquisadores e que será gravada. Os dados da pesquisa serão sigilosos e nenhum dado que permita sua identificação será divulgado ou fornecido a terceiros. A utilização das informações fornecidas está vinculada somente a este projeto de pesquisa. A pesquisa contribuirá para a melhoria na assistência em saúde, na produção do conhecimento na área da saúde e saúde mental. Os riscos da pesquisa serão o do tempo gasto para participação na entrevista e aqueles inerentes à reflexão sobre o trabalho, que podem gerar repercussões emocionais. Neste caso, os pesquisadores estarão disponíveis para acolhê-lo. Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa, estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções nº. 466/12; 441/11 e a Portaria nº. 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a).

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa: “O ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

() Concordo que as informações prestadas por mim a partir da entrevista sejam utilizadas somente para esta pesquisa.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

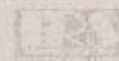
Nome Completo do Pesquisador: _____
Endereço: _____
CEP: _____ \ Belo Horizonte MG
Telefones: _____
E-mail: _____

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG
Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.
Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.
E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel.: 34094592.

ANEXOS

Anexo A

MEMORANDO CIRCULAR INTERNO 026/UPE/2015



MEMO CIRCULAR INTERNO 026/UPE/2015

Belo Horizonte, 20 de Janeiro de 2016.

DESTINATÁRIO: Equipe UCP e Acolhimento
ASSUNTO: Fluxos, Atribuições e Regulamentações do Acolhimento

FLUXOS, ATRIBUIÇÕES E REGULAMENTAÇÕES DO ACOLHIMENTO

CONCEITO

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe mudanças na relação entre os profissionais e também para com os usuários por meio de transformações no processo de trabalho com parâmetros éticos e humanitários, priorizando o trabalho em equipe. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a acolher a demanda de todos os que procuram os serviços de saúde, assumindo no serviço uma postura capaz de escuta subjetiva e ofertar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação aos outros serviços da rede de saúde do SUS para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços de modo a garantir a eficácia dos encaminhamentos.

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE E ATRIBUIÇÕES

Acolhedores: a equipe de acolhedores é composta por três profissionais da saúde mental sendo eles sempre um residente de psiquiatria acompanhado de outros dois profissionais, podendo ser: psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional. É de sua atribuição o primeiro encontro com o paciente pautado na escuta subjetiva e no acolhimento da demanda conforme princípios e diretrizes do Humaniza SUS. Caberá ao acolhimento também avaliar a prioridade dos casos a serem encaminhados para avaliação psiquiátrica por meio da classificação de risco que segue abaixo. Deverá o acolhedor, em seu dia de plantão fixado conforme escala de acolhimento, fazer-se presente na sala da urgência com dedicação assistencial exclusiva para tal função.

Plantão de retaguarda: a equipe de acolhimento é também composta por dois plantonistas médicos psiquiatras que desempenham a função de retaguarda para o acolhimento. É de atribuição do plantão de retaguarda dar suporte ao acolhimento por meio da discussão dos casos ou avaliação clínica quando fizer necessário. Ressalta-se que os casos encaminhados para internação por meio de contato com o plantão médico e situações de prioridade conforme classificação de risco deverão ser conduzidos diretamente à avaliação médica.

Equipe horizontal: tem como função a horizontalidade na assistência aos pacientes do CAC, assim como apoio à equipe de acolhimento na discussão e articulação dos casos com a rede sanitária, social e familiar. É composta por um enfermeiro, um assistente social e pela coordenação da UPE.

Plantão de enfermagem: consiste em equipe formada por técnicos de enfermagem responsáveis pelos cuidados de enfermagem aos pacientes acolhidos na Porta de Entrada e aqueles admitidos no CAC. São componentes da equipe da urgência e também prestam suporte ao acolhimento.

Demais profissionais: a equipe da urgência é também composta pelos profissionais administrativos, de segurança e todos demais profissionais lotados nesse setor com atribuições específicas, diretamente ou indiretamente envolvidos na assistência ao usuário, todos com

Anexo A – continuação

relevância na interlocução clínica.

FLUXO DE ATENDIMENTO

- A totalidade dos casos que acessarem a unidade de urgência do IRS deverão passar previamente pelo acolhimento salvo as seguintes situações:
 - contato feito previamente com o plantão e encaminhado para internação ou avaliação psiquiátrica.
 - contato feito previamente com o plantão e encaminhamento para pernoite do CMT.
 - Demanda excessiva de atendimentos com desfalque no quadro de acolhimento.
- O fluxo de atendimento para o acolhimento deverá ser seguido pela ordem de chegada com exceção para as prioridades resguardadas por lei ou situações clínicas prioritárias conforme escala de classificação de risco abaixo.
- O profissional a realizar o acolhimento será comunicado pelo guichê conforme alternância sequencial de atendimentos.
- A alternância de atendimentos entre os profissionais acolhedores deverá seguir a ordem sequencial de 1 para cada 3 atendimentos, conforme registrado no caderno de atendimentos do guichê. Orienta-se que o primeiro acolhimento do dia não seja priorizado ao residente de psiquiatria por esse estar comprometido com a evolução do CAC no início da manhã.
- Havendo desfalque na escala de acolhimento do turno, orienta-se compartilhamento dos acolhimentos com o plantão de retaguarda.
- Após acolhimento o caso deverá ser discutido em equipe.
- O plantão de retaguarda, quer seja para discussão dos casos ou para o atendimento deverá ser acionado pelo guichê conforme alternância de atendimentos registrados no caderno de atendimentos do guichê.
- No caso do acolhedor contatar o plantão de retaguarda, deverá antes orientar-se com o guichê a respeito da sequência de atendimento de modo a não sobrecarregar um único profissional.
- Quando acionado o plantão de retaguarda, quer seja para a discussão com a equipe, articulação com a rede ou efetiva avaliação do paciente, deverá contabilizar como atendimento, necessitando de breve registro no prontuário.
- A alternância de atendimentos pelo plantão de retaguarda deverá seguir a ordem sequencial de 1 para cada 2 atendimentos conforme registrado no caderno de atendimentos do guichê, salvo a exclusiva situação do plantonista estar em atendimento e o caso configurar prioridade.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COM PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO

Intoxicação alcoólica ou Síndrome de abstinência alcoólica	Intoxicação por cocaína e derivados ou outras substâncias	Rebaixamento do nível de consciência ou estados confusionais	Agitação psicomotora	Ideação suicida	Ferimentos ou queixas somáticas aparentes

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

- Acolhimento: 07:00 hs às 19:00 hs.
- Turno da manhã – 07:00 hs às 13:00 hs
- Turno da tarde – 13:00 hs às 19:00 hs

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
 INSTITUTO RAUL SOARES
 Av. do Contorno, 3.017 – Santa Efigênia – Belo Horizonte / MG
 irs@themig.mg.gov.br

Anexo A – conclusão

Obs: a passagem de plantão deverá acontecer às 13:00 hs

➤ Plantão de retaguarda: 07:00 às 19:00 hs

REUNIÃO CLÍNICA

Reunião clínica da urgência acontecerá todas manhãs no horário das 10:00 hs independente da presença da coordenação do setor para discussão dos casos do CAC e intercorrências do acolhimento. A discussão dos casos deverá ser registrada no caderno de evolução do CAC. Deverão estar presentes na reunião os plantonistas de retaguarda, os acolhedores, a equipe horizontal (enfermagem e serviço social) e um representante dos técnicos de enfermagem do setor.

PLANTÃO DE RETAGUARDA

- Cabe ao plantão de retaguarda participar dos espaços coletivos de construção dos casos, bem como fazer-se presente nesses espaços, de modo a romper com o isolamento e fragmentação do trabalho.
- É atribuição do plantão de retaguarda a discussão dos casos acolhidos, independente da necessidade de avaliação médica, tendo valor para a construção clínica, orientação e formação da equipe.
- A avaliação médica deverá ocorrer na medida da necessidade clínica do caso particular, das prioridades (classificação de risco) ou quando o plantão de retaguarda considerar necessário a partir da discussão do caso.
- Caso tenha participado da discussão do caso, articulação com a rede ou avaliação do paciente, deverá o plantonista registrar em prontuário.

ACOLHIMENTO

- É atribuição do acolhimento realizar o primeiro contato com o paciente atendendo suas demandas subjetivas conforme diretrizes do Humaniza SUS.
- Deverá o acolhimento priorizar o atendimento médico, quando fizer necessário, pautando-se na classificação de risco e dispondo do auxílio da enfermagem (equipe horizontal) para tal.
- Deverá o acolhimento acionar a enfermagem, quando achar necessário, para a avaliação de dados vitais do paciente acolhido.
- Deverá o acolhimento priorizar a articulação com a rede, tendo como proposta o contato com o dispositivo sanitário de referência na totalidade dos casos acolhidos, inclusive aqueles com proposta médica de internação.
- Orienta-se que a totalidade dos casos acolhidos sejam registrados em prontuário com brevíário sobre sua história clínica e psicossocial.
- Caberá ao acolhimento conduzir os casos que configurem demandas exclusivamente sociais e que estejam inseridos e sendo assistidos por algum dispositivo de saúde por meio da articulação e referenciamento dos casos com a rede sanitária de referência. Ressalta-se que o plantão de retaguarda está disponível para discussão da totalidade dos casos.
- Deverá ser atendido o direito do paciente ao atendimento médico, uma vez que respeite o tempo de espera que se fizer necessário diante de qualquer prioridade clínica da urgência.

ENCAMINHAMENTO

A totalidade dos encaminhamentos, referências ou contra referências deverão ser articulados com os dispositivos sanitários de referência dos casos.

OBS: ressalta-se que nova reunião com a equipe da urgência e de acolhimento deverá ser agendada para rediscutirmos o processo de trabalho e repactuarmos diretrizes clínicas que se fizerem necessárias.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

INSTITUTO RAUL SOARES

Av. do Contorno, 3.017 – Santa Efigênia – Belo Horizonte / MG

irs@themig.mg.gov.br

Anexo B

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO PSQUIÁTRICA: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.

Pesquisador: Maria Monica Freitas Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01935018.7.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.082.588

Apresentação do Projeto:

Conforme apresentado no formulário de informações básicas:

"A promoção de saúde, através de ações interdisciplinares intra e extra setoriais [...] compõe junto com os preceitos da Reforma Psiquiátrica uma transformação no modo de cuidar e promover a saúde da pessoa com sofrimento mental o que torna fundamental o acolhimento multiprofissional como parte integrante desse processo, notadamente quando ele ocorre no hospital psiquiátrico. O acolhimento viabiliza o rompimento dos entraves, os quais dificultam a inclusão dos cidadãos em situação de sofrimento mental em um serviço de média e alta complexidade. Além disso, coloca em prática o que preconiza a assistência em saúde mental conforme previsto nas diretrizes da política de saúde mental. Essa experiência, entretanto, traz o desafio de transformar um serviço de emergência em saúde mental dentro de um hospital psiquiátrico, lugar onde o modus operandi é tradicionalmente hospitalocêntrico e o acolhimento era realizado exclusivamente pelo profissional médico. Como toda experiência nova, principalmente quando pautada em ideologias, encontra disponibilidades e resistências das pessoas envolvidas. Conhecer o que os profissionais de saúde pensam sobre ela e como sentem sua repercussão na sua prática é importante, podendo contribuir para seu aprimoramento.

[...]

A pesquisa será realizada no Hospital de Ensino Instituto Raul Soares (HE-IRS). O Instituto Raul Soares, pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), representa parcela

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SII 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Anexo B – continuação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.082.588

considerável dos leitos psiquiátricos estaduais disponíveis no município de Belo Horizonte (42,8%) para atendimento de usuários com sofrimento mental, em crise aguda, acima de 18 anos e oriundos de todo Estado de Minas Gerais. Desde 2015, iniciou o acolhimento multiprofissional às pessoas que demandam atenção em saúde mental em caráter de urgência. Para atingir os objetivos de verificar o significado atribuído pelos profissionais às práticas denominadas manicomial/hospitalocêntricas e às práticas baseadas na política de promoção da saúde; verificar o envolvimento e a disponibilidade dos profissionais de saúde para o uso de tecnologias leves: acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia e identificar vulnerabilidades e potencialidades na instituição psiquiátrica, na visão dos profissionais de saúde, para a implantação de ações realizadas à luz do referencial teórico da promoção da saúde; será

realizado um estudo qualitativo. [...]

Serão convidados 15 profissionais de diversas categorias profissionais (serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, psicologia e medicina) que realizam o acolhimento no serviço de urgência do hospital psiquiátrico Raul Soares em Belo Horizonte/MG para realização de entrevista semiestruturada. Os entrevistados serão escolhidos conforme a sua

disponibilidade para participação na pesquisa. [...] ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA será realizada com 15 profissionais através de um roteiro de perguntas norteadoras: - O que você entende como acolhimento? - Como você percebe o acolhimento na instituição psiquiátrica? Fale um pouco de desafios e vantagens. - Você acredita que o acolhimento rompeu com a hierarquização do saber, possibilitando o trabalho interdisciplinar? - Como o acolhimento contribuiu na prática para o processo de trabalho? Explícite pontos positivos e negativos".

Objetivo da Pesquisa:

Conforme apresentado no formulário de informações básicas:

"Objetivo Primário:

Analisar como os profissionais de saúde que participam do acolhimento multiprofissional em um hospital psiquiátrico percebem como foi sua implantação e como se dá seu funcionamento.

Objetivo Secundário:

Refletir sobre o significado atribuído pelos profissionais às práticas denominadas manicomial/hospitalocêntricas e às práticas baseadas na política de promoção da saúde. Verificar o envolvimento e a disponibilidade dos profissionais de saúde para o uso de tecnologias leves: acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia. Identificar vulnerabilidades e potencialidades na instituição psiquiátrica, na visão dos profissionais de saúde, para a implantação

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Anexo B – continuação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.082.588

de ações realizadas à luz do referencial teórico da promoção da saúde".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisadores assim descrevem riscos e benefícios:

"Riscos:

A crítica ao processo de trabalho pode gerar insegurança nos profissionais envolvidos . Para minimizar qualquer riscos, todos os dados obtidos individualmente serão mantidos em sigilo e serão do conhecimento apenas dos pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão divulgados de maneira global, não permitindo a identificação de qualquer profissional ou categoria em particular.

Benefícios:

A reflexão sobre a prática profissional é de grande utilidade para o serviço e para o próprio profissional".

Benefícios estão em boa relação com os riscos. Aconselha-se não identificar o nome da instituição na publicação dos resultados da pesquisa, para reduzir ainda mais a possibilidade de identificação do participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto aprovado pelo Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG.

Não constam dados de financiamento.

Início da coleta de dados prevista para início de 2019.

Término da pesquisa para agosto de 2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto datada e assinada; projeto completo; parecer sobre projeto aprovado em câmara departamental competente; termo de anuência do Hospital Raul Soares, TCLE adequados. FHEMIG incluída como coparticipante.

Recomendações:

Não divulgar o nome da instituição psiquiátrica envolvida no estudo, para minimizar o risco de identificação dos participantes e possíveis riscos à imagem institucional.

Paginar TCLE e formatar (colocar os dados do pesquisador ao final do texto do termo).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprova-se o projeto "A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO PSQUIÁTRICA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS", da pesquisadora responsável Maria

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Anexo B – continuação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 3.082.588

Monica Freitas Ribeiro.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1228544.pdf	24/10/2018 15:58:24		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclFHEMIG.pdf	24/10/2018 15:57:15	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	24/10/2018 15:24:17	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
Outros	PARECERDACA MARADEPARTAMENT AL.pdf	24/10/2018 12:27:03	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	24/10/2018 12:26:28	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/09/2018 15:49:54	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Anexo B – conclusão

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.082.588

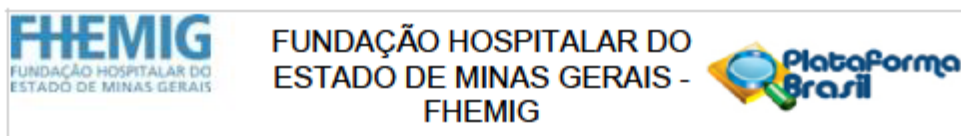
BELO HORIZONTE, 13 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Anexo C

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO PSQUIÁTRICA: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.

Pesquisador: Maria Monica Freitas Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01935018.7.3001.5119

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.136.408

Apresentação do Projeto:

Projeto devidamente encaminhado, contando com aprovação do CEP da Instituição Proponente – UFMG - Número do Parecer: 3.082.588.

O presente estudo justifica-se pela importância de a experiência do acolhimento multiprofissional ascender ao desafio de transformar um serviço de emergência em saúde mental dentro de um hospital psiquiátrico, lugar onde o modus operandi é tradicionalmente hospitalocêntrico e o acolhimento era realizado exclusivamente pelo profissional médico.

Trata-se de pesquisa qualitativa, utilizando entrevista semi-estruturada, com posterior análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVO PRIMÁRIO**

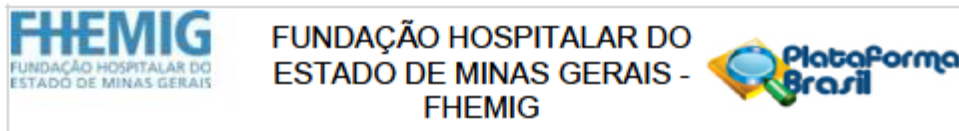
- Analisar como os profissionais de saúde que participam do acolhimento multiprofissional em um hospital psiquiátrico percebem como foi sua implantação e como se dá seu funcionamento.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Refletir sobre o significado atribuído pelos profissionais às práticas denominadas manicomial/hospitalocêntricas e às práticas baseadas na política de promoção da saúde.

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br

Anexo C – continuação



Continuação do Parecer: 3.136.408

- Verificar o envolvimento e a disponibilidade dos profissionais de saúde para o uso de tecnologias leves: acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia.
- Identificar vulnerabilidades e potencialidades na instituição psiquiátrica, na visão dos profissionais de saúde, para a implantação de ações realizadas à luz do referencial teórico da promoção da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- RISCOS: o estudo apresenta baixos riscos, pois se baseia em entrevistas e preenchimento de questionários, sem intervenção clínica.
- BENEFÍCIOS: não há benefícios diretos para os participantes, mas há para a comunidade científica em geral e para a FHEMIG.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.486/2012 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito.
- FR: devidamente preenchida e assinada.
- Parecer GEP: aprovado.
- Cronograma: adequado.
- TCLE: adequado para o perfil da amostra. Necessita apenas da inclusão dos dados do CEP-FHEMIG.

Recomendações:

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via Plataforma Brasil.
- Incluir no TCLE o contato do CEP-FHEMIG:

Endereço: Alameda Vereador Alvaro Celso, 100
 Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Anexo C – conclusão



Continuação do Parecer: 3.136.408

COMITÊ DE ÉTICA EM PEQUISA DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - CEP-FHEMIG

Endereço: Alameda Álvaro Celso, 100, Sala 229, Sta. Efigênia, BH-MG.

Telefone: (31) 3239-9552, e-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	PNAP14IRSMariaMonica.docx	07/02/2019 14:48:54	Jacqueline Soares Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	24/10/2018 15:24:17	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
Outros	PARECERDACAMARADEPARTAMENT AL.pdf	24/10/2018 12:27:03	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/09/2018 15:49:54	Maria Monica Freitas Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 07 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
 Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br