



ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL: DE QUEM É ESTA RESPONSABILIDADE?

Juciane Aparecida Furlan Inchauspe¹

Marta Ziziane Dorneles Wachter²

Sabrina Chapuis de Andrade³

RESUMO

Tem por objetivo discutir a problemática do acolhimento com a equipe interdisciplinar que, por ora, não estava sendo desenvolvida de maneira satisfatória. Organizou-se a escala funcional dos profissionais, que seriam os responsáveis pelo acolhimento durante seus turnos de trabalho, sendo a primeira abordagem na sala de espera. A prática do acolhimento foi benéfica, tanto para a equipe quanto para os usuários, trazendo mudanças positivas no cotidiano do serviço, dentre elas: menor resistência dos usuários em realizarem exames sorológicos, menor agressividade, diminuição das faltas a consultas médicas e melhor adesão ao tratamento farmacológico. Considera-se que o acolhimento realizado por uma equipe interdisciplinar constitui-se em uma abordagem importante e eficaz, que pode ser direcionada a fim de minimizar a vulnerabilidade, promover a saúde do usuário de substâncias psicoativas e, conseqüentemente, beneficiar a equipe.

Palavras-chave: Acolhimento. Saúde mental. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Aims to discuss the issue of the welcome with the interdisciplinary team, what was not being carried out satisfactorily yet. It was organized the functional scale of professionals who would be responsible for the welcome during their work shifts, the first approach in the waiting room. The practice of welcome was beneficial both for the team and for users, bringing positive changes into the service environment, including: lower resistance of the users in performing serological tests, less aggression, reduction of absences in medical appointments and better adherence to pharmacological treatment. It is considered that the welcome conducted by an interdisciplinary team consists in an important and effective approach that can be addressed to minimize the vulnerability, promote the health of users of Psychoactive Drugs and, consequently benefit the staff.

Keywords: User embracement. Mental health. Patient care team.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Docente da Faculdade Dom Alberto. Departamento de Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE). Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: jucianefurlan@gmail.com

² Enfermeira, Escola Tecnológica e Científica em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS.

³ Enfermeira, Prefeitura Municipal de Viamão, Viamão/RS.



INTRODUÇÃO

As práticas em saúde mental anteriores à Reforma Psiquiátrica eram marcadas por internações em hospitais psiquiátricos e asilos manicomiais e, conseqüentemente, a exclusão do convívio social dos “doentes” como eram denominadas as pessoas em sofrimento mental (BORGES; COIMBRA; RIBEIRO, 2012). A partir de 1970, o modelo assistencial e de tratamento, baseado no asilamento, exclusão e segregação social, começou a ser contestado no Brasil por meio da articulação política e social no campo da saúde mental. Em seis de abril de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, o Ministério da Saúde (MS) sancionou a lei nº 10.216, que regulamenta a Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica já evidenciava uma urgente articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica, na tentativa de superar o modelo baseado no médico, hospitalocêntrico, institucionalizado, partindo para um modelo de intervenção que privilegia a atenção integral e territorializada (SIQUEIRA; OLIVEIRA; NISHIO; NÓBREGA, 2013).

Para alcançar os objetivos do movimento reformista, foi necessário criar novos dispositivos em substituição aos manicômios. Dentre os diferentes serviços substitutivos, destacam-se: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as unidades de atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, entre outros (BRASIL, 2003). Os CAPS, por sua vez, são instituições destinadas a acolherem os pacientes com transtornos mentais, já os CAPS ad atendem a usuários com problemas de dependência de álcool e outras drogas, dentro de uma política voltada à humanização, sem julgamento moral, onde as portas das redes devem estar sempre abertas para acolherem a história de vida desses sujeitos (BRASIL, 2002).

Após a reforma psiquiátrica, direcionou-se para os serviços da rede de saúde que prevê o acolhimento e a escuta da pessoa em sofrimento psíquico, subsidiada pela Clínica Ampliada (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008). Assim, a filosofia da Clínica Ampliada prima pelo acolhimento da pessoa, no cuidado terapêutico embasado na escuta sensível e qualificada, num olhar humanizado e integral (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008). Portanto, constitui-se em um dispositivo que realiza o acolhimento e tratamento das pessoas que



chegam ao serviço.

O Ministério da Saúde, na Cartilha da Política Nacional de Humanização – Clínica Ampliada, descreve a necessidade de superação dos limites do profissional da saúde para qualificar sua assistência ao paciente, ou seja, é importante que o profissional esteja apto a reconhecer, verdadeiramente, as necessidades do usuário (BRASIL, 2004).

Partindo desse pressuposto, o objetivo desse estudo foi discutir a problemática do acolhimento com a equipe interdisciplinar que, por ora, não estava sendo desenvolvida de maneira satisfatória. Procurou-se embasamento teórico-científico nas literaturas pertinentes à temática e à prática, como estudante de Pós-Graduação em Saúde Mental, para seu desenvolvimento. Ressalta-se que o CAPS ad atende a demanda espontânea, em um serviço especializado em saúde mental, direcionado às pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras substâncias psicoativas em diferentes níveis de cuidado: intensivo (diariamente), semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e não intensivo (até três vezes por mês) (BRASIL, 2002). Integra uma rede de atenção e serve como referência no tratamento sem internação psiquiátrica e acompanhamento no pós-alta, tendo como princípio a reinserção social. Realiza ações de assistência (tratamento farmacológico, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar), de prevenção e capacitação de profissionais para trabalharem com esses dependentes (BRASIL, 2004a).

Os CAPS ad são divididos por territórios e responsáveis por uma população adscrita, ou seja, cada serviço atende a uma determinada região que é seu território (BRASIL, 2002). Isso faz com que os profissionais de saúde estejam diretamente envolvidos com as questões sociais dessa comunidade em sua área de abrangência.

A ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A Especialização em Saúde Mental qualifica e sensibiliza os profissionais para um olhar e uma escuta ampliada quanto ao processo saúde/doença, bem como, para uma intervenção mais efetiva nas questões de gestão, atenção em saúde mental e político-institucional de saúde no campo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetiva especializar profissionais da área da saúde, assistência social, educação e



áreas afins, de forma crítica, científica e ética, visando à qualificação e o conhecimento nas áreas de gestão, atenção, controle social, processos educacionais e pesquisa, embasada nos princípios do SUS, através de estratégias de ensino e aprendizagem como a educação em serviço (aprender-fazendo), articulada com atividades de aprendizado teórico e as problematizações das vivências específicas de cada profissão e campo, atividades de responsabilidade de todos profissionais (BRASIL, 2002).

O aprendizado dessa especialização oportunizou o convívio interdisciplinar para a construção de uma prática profissional mais integrada e resolutive. Nesse sentido, as práticas realizadas entre e interprofissionais representam neste contexto um passo importante em direção ao partilhamento das atividades que se configuram em interdependentes e complementares.

Essa integração é privilegiada quando se trata das atividades de acolhimento, visto que proporcionam aos profissionais um exercício de síntese e o conhecimento de causa na tomada de decisões sobre a trajetória dos usuários no serviço. Com essa perspectiva, na sequência, pretende-se discutir o acolhimento como resultado das experiências práticas.

ACOLHIMENTO: TRABALHANDO ESTA INTERVENÇÃO COM UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

No âmbito da Saúde Pública, o Acolhimento é uma ferramenta de intervenção na qualificação da escuta, além de garantir, nos serviços de saúde, a reorganização dos processos de trabalho e o acesso com responsabilização e resolutividade. O acolhimento humaniza as relações entre usuários e trabalhadores de saúde, através de um espaço onde se cria o vínculo, a partir de uma escuta e de uma responsabilização que dão origem aos processos de intervenção.

A humanização na saúde pode ser entendida como processo, filosofia ou modo de prestar assistência (RAMOS, 2001). Dentre as várias conceituações existentes, a humanização se traduz em uma forma de cuidar, compreender, abordar, perceber e respeitar o doente em momentos de vulnerabilidade (LAZARRI; JACBOS; JUNG, 2012).

Portanto, a política de humanização é uma tentativa de resgatar a escuta dos



problemas de saúde dos usuários de forma qualificada, dando-lhe uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema (CAVALCANTE; RATES; SILVA; MELLO; DAYRREL et al., 2012).

É nesse espaço que o profissional de saúde utiliza sua maior tecnologia de trabalho, ou seja, o saber, cujo principal objetivo é o controle do sofrimento ou a produção da saúde (CAVALCANTE; RATES; SILVA; MELLO; DAYRREL et al., 2012).

É necessário, ao profissional que realiza o acolhimento, saber ouvir; é preciso disponibilizar-se para a escuta do outro e de suas necessidades, além da dor física/psíquica (MADEIRA; LOPES; DUARTE; DITZ; LOPES et al., 2007).

Passou-se a discutir essa temática, após o início da Especialização em Saúde Mental e através da experiência profissional em um CAPS ad, onde a demanda embora não fosse reprimida, não era atendida dentro de uma política de acolhimento, pois havia um conceito errôneo do real significado do termo acolher e de humanização nas ações desenvolvidas. Faltava um olhar diferenciado, uma prática de acolher esses usuários, conforme exemplos de experiências exitosas do SUS, que apontavam para a necessidade do desenvolvimento de mecanismos que viessem de encontro, principalmente, à exclusão e ao abandono, tão comuns entre usuários de álcool e outras drogas (MADEIRA; LOPES; DUARTE; DITZ; LOPES et al., 2007).

Ressalta-se que a postura de cada profissional é primordial para que se estabeleçam o acolhimento e a humanização da assistência, desde a maneira adequada de agir à transmissão de confiança para o usuário, juntamente com o estabelecimento de vínculos com o mesmo. Tudo isso pode facilitar, de forma eficaz, a construção de um novo modo de se trabalhar em saúde (CAVALCANTE; RATES; SILVA; MELLO; DAYRREL et al., 2012).

Para desconstruir esse modelo de atendimento e garantir a acessibilidade aos usuários, foram realizadas discussões com a equipe de saúde visando sensibilizar seus membros e readequar o espaço da unidade, bem como, seus profissionais para o desenvolvimento do acolhimento (SCHIMITH, 2011). As discussões trazidas nos encontros serviram como base para as questões que envolvem o acolhimento e assim, mobilizaram a equipe em busca de soluções para os problemas trazidos pelos usuários, de forma a incentivar a responsabilidade e autonomia dos indivíduos (SOUZA; KANTORSKI; VASTERS;

LUIS, 2011).

MÉTODO

Trata-se de um relato de prática assistencial em um CAPS ad III, na região metropolitana de Porto Alegre/RS, onde se identificou que o serviço não estava acolhendo os usuários de forma adequada, pautado na escuta sensível, com um cuidado humanizado e integral.

Em ocasião de reunião em equipe multiprofissional da equipe da unidade básica de saúde, questionou-se sobre a forma como os usuários estavam sendo acolhidos e quais os limitadores desta prática. As queixas mais frequentes dos profissionais eram sobre as recaídas dos usuários e a sobrecarga de trabalho, sendo estes grandes dificultadores da prática do acolhimento.

Os trabalhadores sentiam-se desmotivados, como se o trabalho realizado não tivesse resultados. Num primeiro momento, procurou-se rever e discutir com a equipe o que eles entendiam sobre acolhimento, como seria possível realizar suas práticas, que ações poderiam ser caracterizadas como acolhimento, o que estava bom e o que poderia melhorar.

Como alguns profissionais associavam o acolhimento à triagem, a desconstrução desse conceito foi primordial. Procurou-se exemplificar a prática do acolher através da escuta e da observação, possibilitando a resolutividade dos problemas apresentados, identificando um sujeito em sofrimento psíquico e acolhendo-o em sua especificidade. Foi então sugerido que para melhorar o processo, todos os membros da equipe estivessem nele envolvidos.

Assim, cada profissional ficaria responsável pelo acolhimento durante seu turno de trabalho, de acordo com a escala funcional da equipe, o que diminuiria a sobrecarga de “tarefas”, visto que esta foi a queixa principal dos profissionais. Com relação à desmotivação da equipe diante da recaída dos usuários, foi necessário que todos entendessem que a saúde mental está associada à complexidade do ser humano; portanto, suscetível a recaídas. No entanto, as equipes e a família conseguem fazer a diferença quando engajadas pelo



mesmo objetivo, fazendo do vínculo e do acolhimento ferramentas importantes no fortalecimento da tríade usuário/família/equipe.

RESULTADOS

Após os questionamentos realizados, as queixas mais frequentes dos profissionais foram sobre as recaídas dos usuários e a sobrecarga de trabalho, sendo estes, grandes dificultadores da prática do acolhimento. Os trabalhadores verbalizaram que sentiam-se desmotivados, como se o trabalho realizado não tivesse resultados.

Diante destas demandas, procurou-se exemplificar a prática do acolher através da escuta e da observação, possibilitando a resolutividade dos problemas apresentados, identificando um sujeito em sofrimento psíquico e acolhendo-o em sua especificidade. Foi então sugerido que para melhorar o processo, todos os membros da equipe estivessem nele envolvidos.

Assim, cada profissional ficaria responsável pelo acolhimento durante seu turno de trabalho, de acordo com a escala funcional da equipe, o que diminuiria a sobrecarga de “tarefas”, visto que esta foi a queixa principal dos profissionais. Com relação à desmotivação da equipe diante da recaída dos usuários, foi necessário que todos entendessem que a saúde mental está associada à complexidade do ser humano; portanto, suscetível a recaídas. No entanto, as equipes e a família conseguem fazer a diferença quando engajadas pelo mesmo objetivo, fazendo do vínculo e do acolhimento ferramentas importantes no fortalecimento da tríade usuário/família/equipe. Neste sentido, entendemos que quando a equipe está disposta a trabalhar a partir da singularidade do indivíduo, o trabalho vai ao encontro das necessidades do usuário. Esta foi a percepção da equipe com relação à satisfação dos usuários ao sentirem-se acolhidos.

Desse modo, “a equipe de acolhimento” desse CAPS garantiu o acesso universal e resolutivo à população, utilizando uma tecnologia assistencial voltada para a escuta, a humanização do atendimento, o trabalho interdisciplinar e o encaminhamento das intervenções terapêuticas. Dentre os aspectos positivos do Acolhimento, temos entre eles: a priorização dos casos, a ampliação do acesso, a humanização do atendimento, o trabalho em



equipe e o estreitamento do vínculo entre usuário e equipe. Percebeu-se que o acolhimento empoderou a equipe, tendo como resultado a diminuição das faltas dos usuários às consultas agendadas, a melhora da adesão ao tratamento farmacológico, bem como, à participação nas oficinas e grupos propostos. Com a realização do acolhimento por todos os membros da equipe houve a troca de conhecimentos e experiências, que foi importante, pois, muitas das informações, antes, não eram compartilhadas entre os profissionais, sendo agora efetivado o trabalho multidisciplinar. Para tanto, pontua-se que o trabalho de uma equipe multidisciplinar constitui a abordagem ideal frente ao acolhimento do usuário em saúde mental, uma vez que todos trabalhadores fazem parte do processo de cuidar desse indivíduo.

Enfim mudar paradigmas não é uma tarefa fácil, principalmente, quando se trata da inserção em um novo ambiente de trabalho. Antes de criticar ou apontar falhas, é preciso analisar o contexto do serviço e, juntamente, com a equipe, desenvolver ações para que os problemas sejam minimizados. Por tudo isso, entende-se que, para se prosseguir avançando no processo de Reforma Psiquiátrica, mostra-se necessário investir na construção e na organização de redes de Acolhimento em saúde mental. Para tanto, pontua-se que o trabalho de uma equipe multidisciplinar constitui a abordagem ideal, direcionada a situações específicas a fim de minimizar a vulnerabilidade do usuário de substância psicoativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é uma ferramenta facilitadora a ser utilizada pela equipe de saúde, para tornar o trabalho produtivo, seja na realização da educação em saúde ou nos princípios pautados do SUS: prevenção, promoção e recuperação da saúde. É uma ferramenta de atenção em saúde, estendida a todos os profissionais da saúde, no sentido de prestar a integralidade do cuidado, ao usuário e familiares que buscam atendimento nesse serviço.

Por fim, percebeu-se que, diante desse contexto, mostra-se fundamental problematizar a construção de redes de atenção em saúde mental, o que pode implicar na exigência de maior quantidade de serviços que ofereçam assistência a sujeitos em sofrimento psíquico, mas que requer, impreterivelmente, a ativação de redes de diálogo



entre os serviços de saúde. Nesse sentido, o processo de trabalho se descentraliza da figura e do saber médico para a equipe multiprofissional, que a partir da escuta do usuário no acolhimento, dá respostas resolutivas às suas demandas. Assim, entre os desafios para a consolidação do novo modelo, encontra-se a vontade de mudar da equipe de saúde, que deve estar comprometida com a nova proposta, discutindo continuamente esses processos para o seu aprimoramento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 3ª ed. Brasília; 2004. (Série Legislação em saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo necessário: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério da saúde. **Portaria Nº 336/GM**. Dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS II, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Cartilha PNH. **Humaniza SUS: a clínica ampliada**. Brasília (DF); 2004.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2004a.

CAVALCANTE RB, RATES HF, SILVA LTC, MELLO RA, DAYRREL KMB. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2012 set/dez; 2(3):428-437.

LAZZARI DD, JACBOS LG, JUNG W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. **Rev Enferm UFSM**. 2012 jan/abr;2(1): 116-124.

MADEIRA LM, LOPES AFC, DUARTE ED, DITZ ES, LOPES TC. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: **IMS/UERJ/ABRASCO**; 2007. p. 185-98.

RAMOS DD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/Rio Grande do Sul no contexto da municipalização da saúde [**dissertação de**



Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.129 f.

RIBEIRO J, COIMBRA V, BORGES A. Grupo de familiares de um centro de atenção psicossocial: experiências de seus usuários. **R Enferm UFSM** [periódico na internet]. 2012 [acesso em 2012 dez 4]; 2(2):375-385. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4582>.

SCHIMITH, MD. Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [**dissertação de Mestrado em Enfermagem**]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. 113 f.

SILVEIRA AS, SIQUEIRA AC, OLIVEIRA FM, NISHIO EA, NÓBREGA MPSS. Gerenciamento de caso em ambulatório de psiquiatria, competências e prática da enfermeira. **Enferm. foco**. 2013;4(1):29-32.

SOUZA J, KANTORSKI LP, VASTERS GP, LUIS MAV. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Rev Latino-Am. Enferm**. 2011;19(1):140-7.

ZAMBENEDETTI G, PERRONE CM. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. **Physis (Rio J)**. 2008;18[2]:277-93.