

Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço

Perception of professionals of a CAPS on the practices of reception in the service
Percepción de profesionales de un CAPS sobre las prácticas de acogida en el servicio

*Maria Luísa Gazabim Simões Ballarin**
*Sabrina Helena Ferigato***

*Fábio Bruno de Carvalho****
*Iara Monteiro Smeke de Miranda*****

RESUMO: A reorientação da assistência psiquiátrica, ao avançar de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar, possibilitou a constituição de serviços alternativos à internação integral e implantação de tecnologias psicossociais interdisciplinares, que implicaram na efetivação de um cuidado diferenciado, singular e mais humanizado. Assim, o presente trabalho teve por objetivo analisar a percepção de profissionais da equipe técnica que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, do município de Campinas, São Paulo, acerca do acolhimento e cuidado prestado aos seus usuários. A investigação teve por base uma abordagem de natureza qualitativa e descritiva, sendo que entrevistas semiestruturadas foram realizadas com profissionais da equipe técnica que atuam no referido serviço. A análise do material obtido revelou os diferentes sentidos atribuídos às práticas de acolhimento. Esses se apresentam a partir de perspectivas como: acesso, escuta qualificada, técnica e reorganização dos processos de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Assistência à Saúde. Acolhimento.

ABSTRACT: The reorientation of psychiatric assistance from a hospital-centered model to a model of extra-hospital attention made possible the constitution of alternative services to the integral hospital isolation and the implantation of psycho-social technologies that have entailed the concretization of a differentiated, singular and more humanized care. Thus, this work aimed to analyze the perception of professionals of a team working in a Center of Psycho-Social Attention – CAPS, of the municipality of Campinas, Sao Paulo, about the reception and care of its users. The investigation had as a basis a qualitative and descriptive approach: half-structured interviews have been realized with professionals of the team working in the service. The analysis of the material developed the different senses attributed to service reception practices. They appear from perspectives such as: access, listens to qualified, technical and reorganization of the work processes.

KEYWORDS: Mental Health. Delivery of Health Care. Use Embracement.

RESUMEN: La reorientación de la asistencia psiquiátrica, al avanzar de un modelo hospitalocéntrico hasta un modelo de atención extra-hospitalaria ha posibilitado la constitución de servicios alternativos al internamiento integral y implantación de tecnologías psicossociales que han conllevado a la concretización de un cuidado diferenciado, singular y más humanizado. Así, este trabajo tuvo como objetivo analizar la percepción de profesionales del equipo técnico que actúan en un Centro de Atención Psicossocial – CAPS, del municipio de Campinas, São Paulo, acerca de la acogida y cuidado prestado a sus usuarios. La investigación ha tenido por base un abordaje de naturaleza cualitativa y descriptiva: entrevistas semiestruturadas han sido realizadas con profesionales del equipo técnico que actúan en el mencionado servicio. El análisis del material obtenido ha revelado los diferentes sentidos atribuidos a las prácticas de acogida. Ellos se presentan desde perspectivas como: acceso, escucha cualificada, técnica y reorganización de los procesos de trabajo.

PALABRAS-LLAVE: Salud Mental. Prestación de Atención de Salud. Acogimiento.

Introdução

O deslocamento da assistência de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar tem propiciado a implementação de tecnologias

psicossociais interdisciplinares, que implicam na constituição de novas formas de se pensar, tratar e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico, evidenciando os avanços ocorridos no campo da atenção à saúde mental, o que justifica a relevância da

realização de investigações nesse campo.

É nesse contexto que a discussão sobre integralidade, um dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS e a constituição de uma rede de serviços articu-

* Doutora em Saúde Mental pela FCM da UNICAMP. Docente da Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da vida da PUC-Campinas.

E-mail: awballarin@uol.com.br

** Doutoranda em Saúde Coletiva pela FCM da UNICAMP. Mestre em Filosofia Social pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Terapeuta Ocupacional – Centro de Atenção Psicossocial.

*** Doutor em Saúde Mental pela FCM da UNICAMP. Docente da Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da vida da PUC-Campinas.

**** Graduanda em Terapia Ocupacional. Bolsista PIBIC/CNPq – PUC-Campinas.

lada, ganha destaque. Também, é nessa direção que a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei n. 10.216/02, vem consolidando um modelo de atenção comunitário e aberto que se estrutura a partir da implementação e articulação de serviços e equipamentos, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Renda, Enfermarias de Saúde Mental em Hospitais Gerais e Leitos de Atenção Integral, entre outros¹.

Considerando os diferentes equipamentos existentes atualmente, nos interessa, neste estudo, particularmente, os CAPS, visto que, além de estabelecermos um contato sistemático com esse serviço, o entendemos como dispositivos estratégicos na articulação da rede de cuidados de saúde mental. Além disso, constatamos uma expansão significativa desse tipo de serviço em todo o território nacional, embora os CAPS-III, com funcionamento 24 horas e com leitos de retaguarda noturna sejam ainda insuficientes. De acordo com os dados atuais do Ministério da Saúde, entre os 1541 CAPS implementados em todo o território nacional, apenas 46 deles se constituem em CAPS-III. Os demais funcionam em uma lógica intermediária, apenas em funcionamento diurno, constituindo-se como tipo I ou II².

Ressaltamos, no entanto, que mesmo com todos os avanços ocorridos na atenção à saúde mental, a prática de uma assistência integral e humanizada é uma proposição a ser atingida, pois ainda é possível constatar, no cotidiano dos serviços, intervenções desarticuladas e fragmentadas. Em parte, tal fragmentação pode ser atribuída à coexistência de duas lógicas de atenção, que se contrapõem, uma relacionada ao modelo médico-

-procedimento-centrado e a outra, ao modelo do cuidado integral em rede, usuário-centrado. Nesse sentido, há, em um mesmo serviço, práticas concomitantes que expressam, por um lado, o distanciamento e o isolamento produzido entre os interesses de usuários e o cuidado a eles oferecido, e, por outro, práticas dirigidas ao fortalecimento e autonomia do sujeito, objeto de intervenção. A coexistência desses diferentes modos de operar revela a presença de dois paradigmas que influenciam diretamente as intervenções dos profissionais, criando obstáculos que dificultam a comunicação entre eles, não somente no próprio serviço, como, também, com os demais serviços que compõem a rede de atenção, comprometendo, conseqüentemente, a integralidade do cuidado e a atenção psicossocial.

No que tange à integralidade e à humanização do cuidado, três conjuntos de concepções vêm sendo frequentemente empregados no campo da saúde que remetem ao entendimento da integralidade a partir de: uma nova atitude por parte dos profissionais de saúde; uma crítica à dissociação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais; uma recusa em objetivar e fragmentar os sujeitos sobre os quais as ações incidem^{3,4}.

Como parte desse atendimento integral, encontramos o que se denomina *acolhimento* nos serviços de saúde mental como mais uma das tecnologias de atenção integral ao sujeito, uma tecnologia que se propõe a legitimar a importância da “materialidade” do encontro, do qual depende inteiramente o trabalho em saúde⁵.

Basicamente, o que vai definir a natureza e a eficácia desse encontro depende em grande parte da forma como os usuários são ‘bem’ ou ‘mal’ acolhidos pelos profissionais a quem eles confiam seus cuidados.

Em saúde mental, a produção de subjetividade emergente nesses encontros é ainda mais determinante.

Assim, considerando os aspectos descritos, este trabalho teve por objetivo discutir a percepção de profissionais da equipe técnica que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, tipo III, do município de Campinas, em relação ao acolhimento.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como uma investigação de natureza qualitativa e descritiva. Para seu desenvolvimento, além de pesquisa bibliográfica, realizou-se pesquisa de campo, que contemplou a realização de entrevistas semiestruturadas com 09 profissionais de diferentes categorias da equipe técnica de nível universitário que atuam em um CAPS, tipo III, do município de Campinas. As entrevistas foram aplicadas individualmente, gravadas e, posteriormente, transcritas, sendo que a coleta de dados no campo ocorreu entre os meses de agosto de 2008 e março de 2009. O estudo foi previamente aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, e todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as normativas da Resolução n. 196/96.

O material coletado em campo foi tratado a partir da perspectiva teórica referente à análise de conteúdo, pois essa técnica permite acessar conhecimentos e fenômenos sociais captando seu sentido simbólico de estudo. Buscou-se refletir sobre os discursos dos entrevistados, de modo a agrupá-los em categorias temáticas, considerando-se os referenciais teóricos pertinentes à fenomenologia e aos objetivos que fundamentam este estudo⁶. Partilhamos das formulações de Mercado-Martínez, Bosi⁷ que salientam que:

O setor saúde é um dos espaços sociais onde a opinião dos especialistas e profissionais continua sendo decisiva no planejamento, organização e avaliação dos serviços (p. 39).

Assim, inicialmente, procedeu-se o trabalho de pré-análise do material coletado, com realização de sucessivas leituras, não privilegiando nenhum dos elementos discursivos. Em seguida, os dados foram selecionados, com base nos conhecimentos subjacentes produzidos a partir das mensagens discursivas, estabelecendo-se a apreensão das estruturas de relevância, o agrupamento das categorias temáticas e a interpretação dos resultados obtidos⁸. Objetivando ilustrar e facilitar a discussão dos aspectos analisados, alguns fragmentos dos relatos dos sujeitos de investigação foram descritos ao longo do texto. Os resultados e discussões apresentados neste trabalho referem-se somente aos agrupamentos temáticos pertinentes ao: perfil dos entrevistados, funcionamento do serviço e diferentes sentidos atribuídos à prática do acolhimento.

Resultados e discussão

Em se tratando de um serviço de saúde mental como o CAPS, faz-se necessário enfatizar sua complexidade. Assim, como já descrito anteriormente, os resultados que ora se apresentam abordam aspectos relacionados à percepção de seus profissionais sobre o acolhimento, explicitando, portanto, um recorte metodológico que apresenta limites, uma vez que a assistência oferecida no serviço é ampla e envolve, não só o acolhimento, como também outras diversas práticas.

O perfil dos profissionais que participaram do estudo

Os resultados obtidos em relação ao perfil dos profissionais de

nível universitário que participaram do estudo permitiram a criação de 04 categorias profissionais: psiquiatria, enfermagem, terapia ocupacional e psicologia, de ambos os sexos, havendo predomínio de profissionais de sexo feminino. Esses dados são similares aos apresentados em estudo⁹ que analisa o perfil de trabalhadores de saúde mental do município de São Paulo. Além disso, observou-se que a maioria dos profissionais da equipe cumpria uma jornada de trabalho equivalente a 30 horas semanais, e somente um dos profissionais entrevistados diferenciava-se dos demais, pois cumpria 20 horas de trabalho semanais. Do mesmo modo, constatou-se diversidade no que se refere ao tipo de vínculo empregatício, ou seja, a existência de contratos de trabalho de dois tipos, terceirizados e concursados, implicando diferenças salariais para uma mesma função. Essa realidade não parece ser exclusiva dos profissionais entrevistados, pois a análise das condições de trabalho em outros CAPS também revelou a existência de recursos humanos com vínculos empregatícios terceirizados¹⁰.

Quanto ao tempo de atuação no CAPS, constatou-se variedade, pois uma parcela pequena de profissionais atuava havia mais de 15 anos, outra menos de três anos, e a maioria dos profissionais trabalhava no serviço entre 3 e 7 anos.

Considerando os resultados relacionados à qualificação dos profissionais, evidenciou-se que todos possuíam algum tipo de pós-graduação, caracterizada de modo geral como *lato sensu* e, portanto, mais direcionada à atuação profissional, tais como especialização e/ou aprimoramento, dados que se assemelham ao estudo de Milhomem, Oliveira¹¹. Já em relação ao nível da pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), somente

dois dos profissionais entrevistados tinham concluído o mestrado sendo que, dos dois, apenas um havia ingressado no doutorado. A questão da qualificação dos profissionais de saúde mental tem sido largamente debatida. Nesse sentido, alguns estudos^{12,13} enfatizam a importância da educação permanente e da capacitação.

Contextualizando o funcionamento do CAPS

A implantação de CAPS no município de Campinas teve início nos primeiros anos de 1990, entretanto foi somente a partir de 2001 que houve um aumento no número desse tipo de serviço nos diferentes distritos de saúde da cidade e esses passaram a ser designados de CAPS tipo III.

O CAPS cujos profissionais participaram deste estudo funciona há 17 anos e é classificado atualmente como tipo III. Oferece atendimento 24 horas por dia e, até o momento da coleta de dados para o desenvolvimento deste estudo, localizava-se em imóvel alugado e possuía 08 leitos/noite. Seu objetivo é tratar de forma intensiva os portadores de transtorno mental grave, com idades superiores a 14 anos, junto às suas famílias e comunidade, evitando, assim, a internação psiquiátrica integral e promovendo a reabilitação psicossocial; funcionando, portanto, em consonância com as políticas atuais estabelecidas pelo Ministério da Saúde¹⁴.

O serviço conta com uma equipe técnica composta por profissionais de diferentes especialidades (psiquiatria, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional etc.) que se dividem em três miniequipes. A divisão da equipe é resultado da organização do trabalho e se dá com base nas áreas de abrangência pertencentes ao território onde cada usuário reside.

A dinâmica de funcionamento do trabalho da equipe se dá a partir da realização da triagem do usuário que chega ao serviço. Uma vez inserido, o usuário passa a ser referenciado por uma miniequipe e ter um técnico de referência (profissional de nível universitário), que tem por função elaborar e articular a condução de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), compatível com suas necessidades e desejos.

De acordo com a cartilha do Programa Nacional de Humanização¹⁵, o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito *individual ou coletivo*, resultado da discussão coletiva de uma *equipe interdisciplinar* e praticado em conjunto com o *usuário* e familiares. Sinteticamente, como etapas desse projeto, incluem-se: o diagnóstico, a definição conjunta de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação.

Para os profissionais entrevistados, o PTS implica a inserção do usuário em possíveis e diferentes modalidades e projetos terapêuticos existentes no serviço (grupos de psicoterapia, ateliê, saúde, beleza, culinária, grupo de referência, entre outros), bem como articulações com outros serviços da rede de saúde ou intersetoriais, além de outras estratégias de cuidado que se fizerem necessárias, como acompanhamento terapêutico, por exemplo.

O número de usuários inseridos no CAPS, segundo dados do relatório técnico administrativo, até a data da coleta de dados, é de 307. São atendidos e acompanhados no serviço aproximadamente 60 usuários por dia, sendo que esse número é variável de 40 a 60, de acordo com as atividades oferecidas em cada período.

Os usuários inseridos no serviço caracterizam-se por apresentar transtornos mentais graves e

persistentes, sendo (53,7%) composta por homens, em idades que variam de 20 a 49 anos, solteiros e que residem com a família. Além disso, possuem um nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto e em sua esmagadora maioria estão fora do mercado de trabalho formal.

Os pacientes são encaminhados ao CAPS, prioritariamente por um dos 12 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (12) que integram a rede de atenção em saúde mental do referido distrito de saúde¹⁶ e por outros serviços, como: Hospital Geral, Pronto Socorro, ou, ainda, por demanda espontânea, conforme se constata no relato que se segue:

O CAPS na verdade é um articulador. Um dispositivo que presta uma atenção secundária na rede. Um serviço especializado. A gente trabalha junto com a atenção primária. Os usuários, na maioria das vezes, chegam para nós através dos encaminhamentos dos Centros de Saúde – CS, por demanda espontânea e pelos serviços de referência, por ex: Os Prontos Socorros, ou ainda outros CAPS, como o CAPS-ad etc. (E 1)

Ao exercer a função de articulador, como descreve o entrevistado (E 1), entendemos que a análise de aspectos como origem e fontes de encaminhamento, a chegada e a inserção dos pacientes no serviço são de grande importância, pois:

Entendemos que o dispositivo de entrada ao CAPS pode ser um importante analisador do funcionamento de todo o serviço; do modelo de atenção prestado; como da articulação com outros serviços e recursos no território (p. 3)¹⁷.

Os possíveis sentidos do acolhimento

Com a chegada da pessoa em sofrimento psíquico ao serviço é que se estabelecerá o primeiro contato. Esse se caracteriza como um

momento fundamental no processo de acompanhamento e inserção no serviço. É um momento inicial de acolhimento do usuário e seu familiar, quando a equipe de saúde se aproxima pela primeira vez do usuário e inicia o processo de vinculação para os casos em que a inserção é pertinente.

No caso do CAPS estudado, é no primeiro contato que se realiza a triagem, sendo conduzida com base em entrevista semiestruturada,

por um técnico que tem nível universitário, escalonado para o plantão. Geralmente, não é o médico que faz a triagem (E 3).

O objetivo da triagem é decidir rapidamente, no ato da entrada, se a pessoa que está sendo entrevistada tem possibilidade de se beneficiar do que é oferecido no serviço. (E 7)

Há que se destacar o caráter decisivo relacionado à triagem, já que o ato de triar pressupõe separação e escolha. Essa escolha é, de algum modo, determinada por um ideal de como fazer e responde a algum objetivo previamente determinado¹⁷.

Ainda na percepção de profissionais do CAPS, a triagem se caracteriza como sendo:

Uma porta aberta. É o acolhimento do usuário. Acontece praticamente todos os dias. A priori todo mundo que chega no serviço passa por triagem. É escutado e acolhido. A gente discute constantemente com a equipe as demandas que chegam e o acolhimento desses usuários. (E 4)

Os relatos descritos nos possibilitam refletir sobre as diferentes ideias que se associam ao primeiro contato do possível usuário com o serviço. Assim, na percepção de alguns profissionais entrevistados, acesso facilitado, triagem e escuta constituem diferentes dimensões do acolhimento. Tais considerações reafirmam a ideia de que o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS¹⁸,

pois implica uma atitude de escuta, aproximação e de estar em relação com o outro. Assim, o acolhimento faz parte das relações que implicam o acesso do usuário ao serviço e de relações que se estabelecem (trabalhador-usuário) mais humanizadas, o que significa reconhecer os sujeitos envolvidos como dotados de interesses, desejos e direitos.

Se, por um lado, foi possível identificar dimensões diferenciadas e particulares em relação ao acolhimento, por outro, também identificamos uma relativa falta de clareza a respeito de sua função. Tal aspecto pode ser evidenciado no relato que se segue:

Todos os profissionais dizem que fazem acolhimento, matriciamento e clínica ampliada, mas efetivamente não há um entendimento do que, de fato, significam esses conceitos. Quais são suas funções, na rede como um todo. Penso que esses conceitos são utilizados de forma superficial, ou como cada um entende. (...) é preciso ter um entendimento mínimo do que serve, ao que veio, o que é qual o destino disso tudo. A gente vem avançando nestas discussões. (E 1)

Além das dimensões descritas até então, quais seriam as acepções atribuídas à prática do acolhimento, do ponto de vista teórico-prático? Tal questionamento vem ganhando importância crescente no campo da saúde, tanto que, na revisão bibliográfica efetivada para o desenvolvimento deste estudo, foram identificados inúmeros trabalhos^{5,19,20,21,22,23} que abordam essa questão no campo da saúde mental.

Para alguns desses estudiosos, o acolhimento não pode ser confundido com triagem, pois pressupõe um conjunto de atividades que envolvem aspectos que vão desde uma escuta qualificada até a reorganização de processos de trabalho^{22,23}.

Podemos dizer que, partindo de uma perspectiva mais ampla, o acolhimento pode ser orientado por quatro aspectos que se apresentam como sendo: o acesso (aspectos geográficos e organizacionais); escuta qualificada (atitude dos trabalhadores de saúde); técnica (aspecto operacional do trabalho); e reorientação de serviços (perspectiva política institucional)²³.

Enquanto escuta qualificada, o acolhimento implica postura profissional que pressupõe um *ethos*, uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas, inclusive solidarizando-se com o sofrimento, ou seja, expressando empatia. Nessa direção, devemos entender o acolhimento como uma técnica de conversa, um diálogo que deve e pode ser operado por todos os profissionais do serviço, em qualquer momento de atendimento e nos diferentes encontros⁵. Essa perspectiva se evidencia em relação à percepção de profissionais do CAPS, conforme se observa:

A gente tem preconizado aqui, tanto nos espaços de convivência, como em outros espaços, a ideia de ouvir as demandas dos usuários, por exemplo, a técnica administrativa falou ontem na reunião: quando eu vou na sala da equipe e vejo alguém me puxando pelo braço, mais ansioso, eu pergunto se está precisando de ajuda, eu faço uma abordagem. Então, desde o auxiliar, até o zelador que também não tem essa atribuição direta na assistência, com todos aqui a gente tem discutido essa questão do acolhimento. (E 2)

É possível, a partir de atitudes, construir relações de confiança e vínculos entre trabalhadores e usuários. Ressaltando que o vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resul-

tado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade (p. 1527)²⁴.

Também foi possível identificar, no relato de profissional da equipe, aspectos do acolhimento que se relacionavam à organização do trabalho técnico:

Eu acredito que o acolhimento é mais que uma atitude, uma função ou um papel a ser exercido. É estar disponível ao encontro do usuário que vem com sua demanda. É repensar todo o dia como a equipe organiza o trabalho. (E 7)

De fato, outro aspecto que funciona como condicionante do acolhimento é a gestão do processo de trabalho e a perspectiva apontada pela política de saúde²⁵. Nesse sentido, o acolhimento propõe uma inversão na lógica de organização e funcionamento do serviço, que deve se deslocar da centralização no atendimento médico para a equipe multiprofissional, aumentando assim o potencial de ação. Esse deslocamento permite que o processo de trabalho seja revisto e as práticas sejam orientadas a partir da produção de saúde e não mais para a doença/cura^{18,22,26}.

Desse modo, o desafio que se apresenta aos profissionais de saúde é o de construir processos de produção de saúde que se firmem como novas referências para os usuários, lhes assegurando que a atenção centrada nas tecnologias leves e relacionais, como, por exemplo, o acolhimento, tem a potência de cuidar²⁶. Temos, ainda, que compreender que o acolhimento dependerá:

Dos atores em cena, da construção do objeto de ação, da forma como este processo se realiza e das possibilidades de negociação. Não existe resposta simples para esta situação complexa. Não se pode gerir este processo apelando simplesmente para a boa consciência dos profissio-

nais (...) O que se deve tentar e se pode garantir é a construção de espaços públicos para a negociação de necessidades, garantindo a disputa dos sentidos do objeto de ação dos profissionais (p. 319)¹³.

Considerações finais

Ao analisar a percepção de profissionais que atuam em um CAPS tipo III, do município de Campinas acerca do acolhimento, observou-se que as práticas desenvolvidas no interior do serviço se baseiam em posturas orientadas na perspectiva de uma escuta qualificada, no reconhecimento da importância da identificação das necessidades dos usuários e nas discussões sistemáticas que se efetivam no cotidiano do trabalho. Há uma preocupação no desenvolvimento de um trabalho humanizado e comprometido e com um outro modo de se cuidar

e fazer atenção em saúde mental. Modo esse que implica a construção de vínculos, a responsabilização pelo cuidado e o compromisso contínuo de discutir a organização do próprio trabalho.

Esta análise, embora fique restrita a um único serviço de saúde mental, procurou compor na escolha de seus entrevistados a heterogeneidade de uma equipe interdisciplinar que pode ter ressonância em muitos outros serviços de saúde mental que se organizam a partir de arranjos e dispositivos clínicos e de gestão semelhantes àqueles aqui apresentados.

Nesse sentido, este estudo pode funcionar como analisador da ética e da política que norteiam as práticas em saúde mental em rede, que têm no acolhimento uma de suas principais estratégias. Acolher é “estar com”. Estar com a loucura não é domesticá-la, é abrir-se à escuta e ao suporte. Absorver a

dimensão do acolhimento como tecnologia de trabalho em saúde mental, incorporar esse instrumento na dinâmica institucional e na atitude dos profissionais evidencia uma diretriz teórico-prática que inclui mais do que classifica, que reconhece o outro na sua diferença, mais do que o normatiza, que coproduz a clínica, mais do que a prescreve, cria protagonismos acompanhados da demanda.

Reconhecer que a clínica da saúde mental se aprimora pela qualificação dos encontros entre os sujeitos que cuidam e que necessitam de cuidados é apostar em uma política de saúde que pode promover mudanças a partir do simples ato de acolher, quando esse ato é parte de uma estratégia de intervenção democrática, comprometida com a criação de sujeitos autônomos e rumo à liberdade para a gestão de sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Política Nacional de Saúde Mental. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes – Brasil, 25 de Junho de 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_uf_junho.pdf
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001. p. 39-64.
4. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004;20:1411-6.
5. Teixeira R. O acolhimento nos serviços de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiros R, Matos RA, organizadores. Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p. 89-111.
6. Moraes R. Análise de Conteúdo. Rev Educação. 1999;22(37):7-32.
7. Mercado-Martínez FJ, Bosi MLM. Introdução; Notas para um debate. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
8. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
9. Martins MP. Perfil sócio-ocupacional do trabalhador de saúde mental do município de São Paulo. Saúde Colet. 2009;7(6):24-9.
10. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Morais APP. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. Texto Contexto Enferm. 2007;16(3):417-25.
11. Milhomem MAGC, Oliveira AGB. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Rev Gaúch Enferm. 2009;30(2):272-9.

12. Campos RTO, et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(1):16-22.
 13. Cavalcanti JB, Vasconcelos EMS, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface*. 2009;13(31):315-28.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha PNH Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto terapêutico Singular. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
 16. Miranda IMS. Perfil sócio-demográfico e clínico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas. Anais do XV Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas; 2010; Campinas, SP, Brasil.
 17. Diaz ARMG. Pesquisa avaliativa em saúde mental: a regulação da "porta" nos Centros de Atenção Psicossocial [dissertação]. Campinas (SP): FCM, Saúde Colet. Universidade Estadual de Campinas; 2009.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de produção de saúde. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
 19. Coimbra VCC. O acolhimento num Centro de Atenção Psicossocial [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2003.
 20. Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2009;12(1):130-40.
 21. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental. *Cogitare Enferm*. 2009;14(4):612-9.
 22. Silva Júnior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2004. p. 241-57.
 23. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005;5(4):493-503.
 24. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciê Saúde Colet* [Internet]. 2009;14 Supl 1:1523-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>
 25. Jardim VMR, Cartana MHF, Kantorski LP, Quevedo ALA. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):241-8.
 26. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53.
-

Recebido em 12 de janeiro de 2011
Aprovado em 24 de fevereiro de 2011