

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANILO AGUIAR SILVA

**ACOLHIMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): UMA
REVISÃO TEÓRICA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANILO AGUIAR SILVA

**ACOLHIMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): UMA
REVISÃO TEÓRICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Dra. Jessica Adrielle
Teixeira Santos**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma revisão teórica** de autoria do aluno **Danilo Aguiar Silva** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Jessica Adrielle Teixeira Santos

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3 MÉTODO.....	07
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	08
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	15
APÊNDICES E ANEXOS	17

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma de Atendimento no CAPS no município de Jacinto – MG.....	11
---	-----------

RESUMO

Este estudo se propõe a realizar uma revisão teórica sobre o acolhimento do doente mental identificando a importância das demandas em saúde mental na atenção básica e contextualizando o critério de responsabilização da equipe do CAPS. Tendo como objetivo específico criar um fluxograma de atendimento do doente mental no Centro de Atenção Psicossocial do município de Jacinto – MG. Trata-se de uma tecnologia de concepção, realizada por meio de uma proposta de implantação de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Jacinto – MG. Essa revisão abrange artigos científicos nacionais publicados no período de janeiro de 1992 a dezembro de 2013. Constatou-se que o acolhimento em saúde mental é considerado a porta de entrada do serviço. São grupos voltados pra recepção dos usuários que buscam o serviço pela primeira vez, por demanda própria ou por encaminhamento dos serviços de saúde ou por outros serviços de saúde. Esses grupos, apresenta-se o funcionamento do serviço, colhe-se a história da vida, traça-se o projeto terapêutico e fazem-se os encaminhamentos necessários, permitindo que o usuário também expresse suas expectativas e demandas. Averigua-se pela presente pesquisa, que a compreensão e a capacitação dos profissionais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tornam-se, cada vez mais instrumentos de importância singular para uma prática com qualidade e responsável por atender o paciente de uma forma com acolhedora e eficiente.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Psiquiatria; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 70 ocorreu a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), originado inicialmente nos pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Deste momento em diante, a questão psiquiátrica é colocada em pauta: “... tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário” (ROTELLI et al, 1992).

Na continuidade desta mudança de paradigma, na década de 80, ocorreram vários encontros preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que ocorreu em 1987 os quais recomendam a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica. No final de 1987 realiza-se o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, SP, no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial e é construído o lema: “*por uma sociedade sem manicômios*” (MESQUITA et al,2010).

A luta antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Pode-se destacar o surgimento de relevantes serviços de atendimento extra-hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad); Centro de Atenção Diária (CADS); Hospitais Dias (HDS); Centros de Convivência e Cultura (MESQUITA et al, 2010).

A Reforma destaca-se então enquanto um movimento com a finalidade de intervir no modelo vigente, buscando o fim da mercantilização da loucura para assim poder construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, a construção de uma política de qualificação da saúde mental, deve ocorrer paralelamente à humanização da assistência, visto que são concepções de cuidado que se completam, não podendo ser abordadas isoladamente, mas como uma mudança que opere

transversalmente em toda a rede SUS, incluindo aí os serviços direcionados ao atendimento de usuários com adoecimento psíquico.

Por um lado podemos apontar avanços na descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de equidade, integralidade e universalidade, por outro, a fragmentação dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários, o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção ficam fragilizadas (BRASIL, 2004).

Diante dessa perspectiva e realidade do cenário nacional, o Ministério da Saúde está nos últimos anos incentivando o acolhimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde para permitir uma responsabilização compartilhada dos casos, excluindo a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva pela equipe local (BRASIL, 2003).

O cotidiano da prática profissional evidencia a crescente demanda por atendimento em saúde mental, e evidencia a dificuldade de acolhimento a este tipo de clientela, seja por falta de experiência em saúde mental, por não saberem como abordá-los, não decifrarem o que estão necessitando ou pelo modo de estarem correndo risco de agressão durante o atendimento ou ainda, por não acreditarem que realmente a pessoa está em sofrimento mental e não simulando uma situação para obter algum tipo de ganho.

Nesse sentido, realizar uma busca na literatura científica sobre como o acolhimento vem sendo realizado na área de saúde mental, fornece subsídios para a reflexão e mudança de conduta de profissionais que trabalham com essa clientela, mostrando os benefícios desta atitude para a adesão ao tratamento e redução do estresse no relacionamento profissional-paciente.

Partindo dessa perspectiva, esse estudo se propõe a realizar uma revisão na literatura científica sobre o acolhimento do doente mental, cujo objetivo criar um fluxograma de atendimento no Centro de Atenção Psicossocial do município de Jacinto – MG.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Coga e Vizzotto (1997), a história da saúde e da doença mental passa por explicações mágicas e místicas, percorre a exclusão, encarceramento e a exploração econômica. Deflagra a luta antimanicomial e Reforma do Modelo Assistencial, até chegar ao processo atual de busca pela humanização em seu tratamento.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a humanização na área da saúde se remete a uma proposta ética, estética e política. Ética por implicar em mudanças de atitudes dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores de saúde, onde todos passam a ser corresponsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde. Estética, por buscar abranger o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo, e finalmente, política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007).

O processo de humanização deve ser orientado pelos seguintes valores: autonomia, corresponsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito dos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2007).

Segundo Simões et al (2007), o MS criou a Política de Humanização (PNH) ou Política Humanização da Atenção da Gestão em Saúde no SUS (Humaniza SUS), frente à necessidade de mudança na forma de atendimento aos usuários do SUS. A partir dessa proposta, a humanização passa a ser definida como uma política e não mais programa, norteados por princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS.

O objetivo da PNH é sensibilizar profissionais e usuários para a importância e os benefícios do atendimento e trabalho humanizado e desta forma, conduzir um processo permanente de mudança da cultura do atendimento à saúde, promovendo assim o respeito e a dignidade humana (MACIAK, 2008).

Nos serviços que prestam o primeiro atendimento, ou seja, na atenção básica, a PNH propõe à elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão de clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicação, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde, os usuários, além do estabelecimento de ambiente colhedor (SIMÕES, et al, 2007).

2.1 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

O processo de humanização na saúde mental se deu através da luta antimanicomial, pelo fim dos castigos corporais e mentais disfarçados em técnicas terapêuticas e do abuso medicamentoso, pelo diálogo e conquistas dos direitos dos pacientes e; sobretudo, pela organização das relações dos profissionais de saúde entre si e de suas relações com os portadores de transtornos mentais (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Para Costa (2002), lidar com a pessoa acometida com transtorno mental tem sido uma preocupação contínua, a resposta para estas questões, mediada pelo desconhecimento, incerteza, medo e cultura reinante, tem sido a de descartar, asilar e aniquilar sua existência.

Moraes (2008), em seus estudos apontou resquícios de modelo de atenção que ainda não foram colocados em prática a partir da reforma psiquiátrica e que interferem na humanização da assistência. Relatou também que a reinserção social foi percebida como o maior obstáculo para atenção integral à saúde sendo imprescindível a reorientação da prática, buscando romper com a cultura do preconceito, da exclusão e da doença através de modelos controladores baseados na psiquiatria hospitalocêntrica. Em relação à humanização, a autora supracitada, ressalta ser necessário ir além da ampliação da rede de serviços, visto que esta não é suficiente para se ter uma atenção integral à saúde dos usuários. É necessário envolver e formar profissionais habilitados e sensíveis, sintonizados com os princípios da humanização e da atenção psicossocial e principalmente dispostos a romper com princípios de controle exclusão, profundamente enraizados na nossa sociedade.

Para Costa (2002), o cuidado humanizado ao portador de transtorno mental é desafiante, politizado e corajoso; e requer um processo educativo emergencial. É uma ação interativa, criativa e dinâmica, que está em constante movimento em direção à conquista da cidadania buscando superar a prática do modelo hospitalocêntrico e ao mesmo tempo criar novas formas de atenção, sem necessidade de exclusão, de violência, mas que produza novas subjetividades e qualidade de vida.

No entanto para Dimenstein (2004), a ideia de humanização em saúde mental está diretamente relacionada com a desinstitucionalização ao passo que essa propõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, modelo hospitalocêntrico, da cultura manicomial, da lógica e da

dinâmica que regem as rotinas dos serviços de atenção em saúde mental e as relações entre profissionais, usuários e seus familiares.

É preciso assimilar as manifestações dos pacientes com transtorno mental como os vários mecanismos mentais que o mesmo emprega na forma de ser relacionar e lidar com as emoções, formas de tratamento e condutas a serem adotadas para que os profissionais saibam como cuidar dos mesmos, sendo este cuidado feito de forma humanizada (COSTA, 2002).

No entanto, as dificuldades da humanização em saúde mental começam a partir do paciente. É fundamental considerar, para a humanização do atendimento se o paciente está inserido em contexto social, familiar e pessoal satisfatório. Esse contexto é indispensável até para adesão ao tratamento, para a procura do serviço de saúde e acompanhamento do tratamento (BALLONE, 2005).

Humanizar, portanto, não se restringe somente à melhoria das condições dos locais onde os portadores de transtorno mental são assistidos, seja ambulatório, hospital-dia ou CAPS (DIMENSTEIN, 2004). Costa (2002) ressalta que o amor, solidariedade, escuta, observação e o respeito às subjetividades do cliente são pré-requisitos fundamentais do cuidados humanizado para portadores de transtorno mental.

Nesse sentido, a horizontalidade inclui que diferentes categorias de trabalhadores em saúde mental superem o cooperativismo institucional e busque construir um novo modelo assistencial, contemplando o portador de transtorno psíquico como cidadão (COSTA, 2002).

Esta nova descrição nos serviços de saúde mental, visando à humanização da assistência, demanda que estabeleçam novas relações, possibilitando a participação ativa de todos os envolvidos, criando condições para as mudanças e incluindo novas práticas em que os sujeitos, em seus diversos papéis profissionais, aliem o saber específico à sensibilidade, amor e respeito ao próximo (COSTA, 2002).

Segundo Brasil (2004), o acolhimento também é parte fundamental da assistência humanizada ao portador de transtorno mental à medida que propõe mudanças na interfase profissional e o usuário reconhecendo o mesmo como sujeito participante no processo de produção da saúde. No entanto, o acolhimento não é apenas um local, mas uma postura ética, não possui hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidade, angústia e invenções sendo uma ação necessária e indispensável em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Nesse sentido, o acolhimento deixa de ser uma ação isolada e fragmentada e se multiplica em inúmeras ações, a humanização das relações em serviço, o ato de escuta e a produção de vínculo, compartilhamento do conhecimento, uso ou não dos saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde mental (Brasil, 2004).

De acordo com Costa (2002), a assistência ao portador de transtorno mental pode se tornar mais digna e humana à medida que acolhermos e compreendermos a história da doença mental e toda sua cultura, podendo desta forma transformar uma prática psiquiátrica secularmente estigmatizante. Porém, esta estratégia não tem resultado mágico ou instantâneo, pois os profissionais não desmontam suas crenças adquiridas ao longo da vida profissional de um momento para outro.

A importância da equipe multidisciplinar no atendimento à saúde mental é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção da estrutura terapêutica de cada paciente. Nesse sentido, Rizotti (1992), acrescenta que o trabalho em equipe é realizado em espaço institucional, onde há submissão a uma norma e idealização sobre o trabalho.

Desta forma, a equipe multidisciplinar desenvolve as atividades, visando o processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que irá possibilitar a autonomia. Tendo em vista que o atendimento do serviço depende de diversos fatores, como o comprometimento psíquico, a rede de apoio familiar e social. É de suma importância que a equipe técnica utilize do acolhimento aos usuários, principalmente visando desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço do serviço e poder viabilizar a solução de problemas inesperados, sempre trabalhando para retorno a vida social (LOROZA, 2011).

3 MÉTODO

Trata-se de uma tecnologia de concepção, realizada por meio de uma proposta de implantação de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Jacinto – MG.

Para tanto, foi realizado a construção do fluxograma da Rede de atenção em Saúde Mental do município, e por fim a construção de um formulário de acolhimento (Apêndice A) para orientar e facilitar o atendimento dos profissionais de saúde do CAPS de Jacinto-MG.

Para construção desta proposta, foram consultados artigos científicos nacionais publicados no período de janeiro de 1992 a dezembro de 2013, nas bases de dados da SCIELO (Livraria Eletrônica Científica online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil).

Foram utilizados para busca dos artigos os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: acolhimento (*reception*), psiquiatria (*psychiatry*), enfermagem (*nursing*). Foram selecionados 34 resumos, dentre eles utilizou-se 16 referências na elaboração desse trabalho, que atenderam aos critérios de inclusão devidos à abordagem do acolhimento em Saúde Mental.

Também foram consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde, assim como cartilhas de recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e legislação brasileira sobre tema.

Por não se tratar de uma pesquisa com seres humanos, mas da construção de uma tecnologia de cuidado, não se fez necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre situações assistências específicas.

4 RESULTADO E ANÁLISE

O acolhimento constitui uma ação desempenhada por dispositivos do sistema de saúde voltados pra recepção dos usuários que buscam o serviço pela primeira vez. No caso específico da atenção para indivíduos em uso/abuso de drogas, os serviços podem atender essa clientela por demanda espontânea ou por encaminhamentos: como de serviços de saúde, outros órgão e/ou serviços ou ordem judicial.

Nessa etapa do processo de cuidado, colhe-se a história da vida, traça-se o projeto terapêutico e fazem-se os encaminhamentos necessários, permitindo que o usuário também expresse suas expectativas e demandas. Nesse momento de inclusão do paciente no serviço ocorre um diálogo terapêutico e uma escuta qualificada com o intuito de fazer uma anamnese geral dos usuários que chegam ao serviço.

Uma importante estratégia da atenção em saúde mental é a articulação de uma rede de apoio comunitário em conjunto com os serviços de saúde. Tal funcionamento amplia a capacidade de solução e propicia uma otimização da utilização dos recursos existentes, quer sejam públicos ou da comunidade proporcionando maior integralidade e resolutividade.

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO NO CAPS

Os usuários do CAPS necessitam de encaminhamento via referência/contra referência para iniciarem o tratamento, pois existem diversos transtornos mentais que necessitam apenas de uma escuta mais cuidadosa, não havendo a necessidade de inserção em tratamento no CAPS.

Assim, com exceção dos casos de demanda espontânea ou ordem judicial, o atendimento aos pacientes portadores de transtornos psíquicos que residem no município de Jacinto – MG, são encaminhados pelos seguintes serviços:

- Ambulatório de Saúde Mental (caso o paciente atendido necessite de cuidados mais intensivos, deixando de ser demanda apenas ambulatorial);
- Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), após o atendimento de urgência/emergência o paciente poderá ser encaminhado com guia de referência para tratamento no CAPS, onde será acolhido para avaliação e continuidade do tratamento;

- Hospital Psiquiátrico (paciente egresso de internamento hospitalar psiquiátrico é recebido para acolhimento no CAPS, onde é realizada uma avaliação do estado atual do paciente;
- Tentativa de suicídio: ao ser notificada uma tentativa de suicídio, esta deverá ser encaminhada diretamente para o CAPS, qualquer unidade de saúde, pronto atendimento, hospital ou demais estabelecimentos poderá realizar este encaminhamento, após contato telefônico para agendamento de acolhimento no CAPS. É recomendado que este encaminhamento seja realizado *imediatamente à notificação*, ou até, no máximo 24 horas do ocorrido, como forma preventiva de uma nova tentativa de suicídio.
- As Unidades Básicas de Saúde (UBS) após avaliação médica indivíduo pode ser encaminhado para emergência psiquiátrica, caso necessite de intervenção psiquiátrica imediata, ou poderá ser direcionado para o CPM para atendimento ambulatorial, entretanto, caso não houver necessidade de intervenção imediata, o médico clínico geral atenderá na própria UBS.
- SAMU: Durante atendimento telefônico o médico regulador precisa identificar o grau de gravidade do quadro de saúde do paciente e pode ainda dar orientações ao familiar, enquanto aguarda a chegada da ambulância, caso necessária a remoção do paciente para uma unidade de saúde.
- Hospital Geral: Os pacientes que apresentam urgência e emergência clínica (ex: delirium tremens, convulsões, entre outros) deveram ser encaminhados para o hospital geral para atendimento imediato, devido risco para o paciente ou para outros. Os casos potenciais de desenvolverem tais quadros devem ser avaliados com cuidado.
- Comunidades terapêuticas e/ou unidades de tratamento: a avaliação da necessidade de acompanhamento no CAPS é realizada no acolhimento juntamente com usuário e decidido junto a ele a melhor modalidade de tratamento que se adéque ao momento do paciente. O atendimento em grupo terapêutico ocorre de acordo com a modalidade, sendo realizado por uma equipe multiprofissional, seguindo objetivos que atendam ao projeto terapêutico individual do paciente.

- Atendimento Familiar: são realizadas reuniões semanalmente administradas pelos psicólogos do CAPS e uma vez por mês com a equipe multiprofissional completa. O atendimento familiar é realizado por procura espontânea da família ou quando convocada pela equipe conforme agendamento prévio. Ressalta-se, ainda que toda ação de acompanhamento em Saúde Mental a um usuário é também uma ação de Promoção da Saúde Mental da família (sistema familiar) deste usuário.
- Atividades Comunitárias: Os profissionais de saúde mental devem fomentar e estimular ações locais e dos recursos comunitários. As ações na comunidade se processam na vida cotidiana, através do relacionamento entre as pessoas, família, amizade, vizinhança, trabalho, escola, entre outros. Assim, têm-se buscado e utilizado para o bem estar dos pacientes, parcerias com vários outros grupos com organização formal, como associações e organizações não governamentais. Além disso, é muito importante a utilização da infraestrutura de lazer existente no município e proximidades, tais como parques, praças, centros de convivência, bibliotecas e demais locais que propiciam a realização de atividades voltadas para o convívio social.
- Visita Terapêutica: São atendimentos individuais, realizados por todos os profissionais de nível superior que compõem a equipe multidisciplinar do CAPS, através de instrumento previamente criado pela própria equipe que possui o objetivo de avaliar as diversas áreas da vida do paciente, identificando os aspectos necessários de intervenção e melhor atuação no tratamento de cada sujeito.

Os indivíduos que não possuem suporte social ou laços familiares são inseridos após alta em serviços residenciais terapêuticos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, uma parceria com Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Após apresentação dos serviços responsáveis pelo encaminhamento de pacientes para atendimento no CAPS, segue abaixo um esquema gráfico do funcionamento da rede de atenção em Saúde Mental no município de Jacinto – MG. (Figura 1)

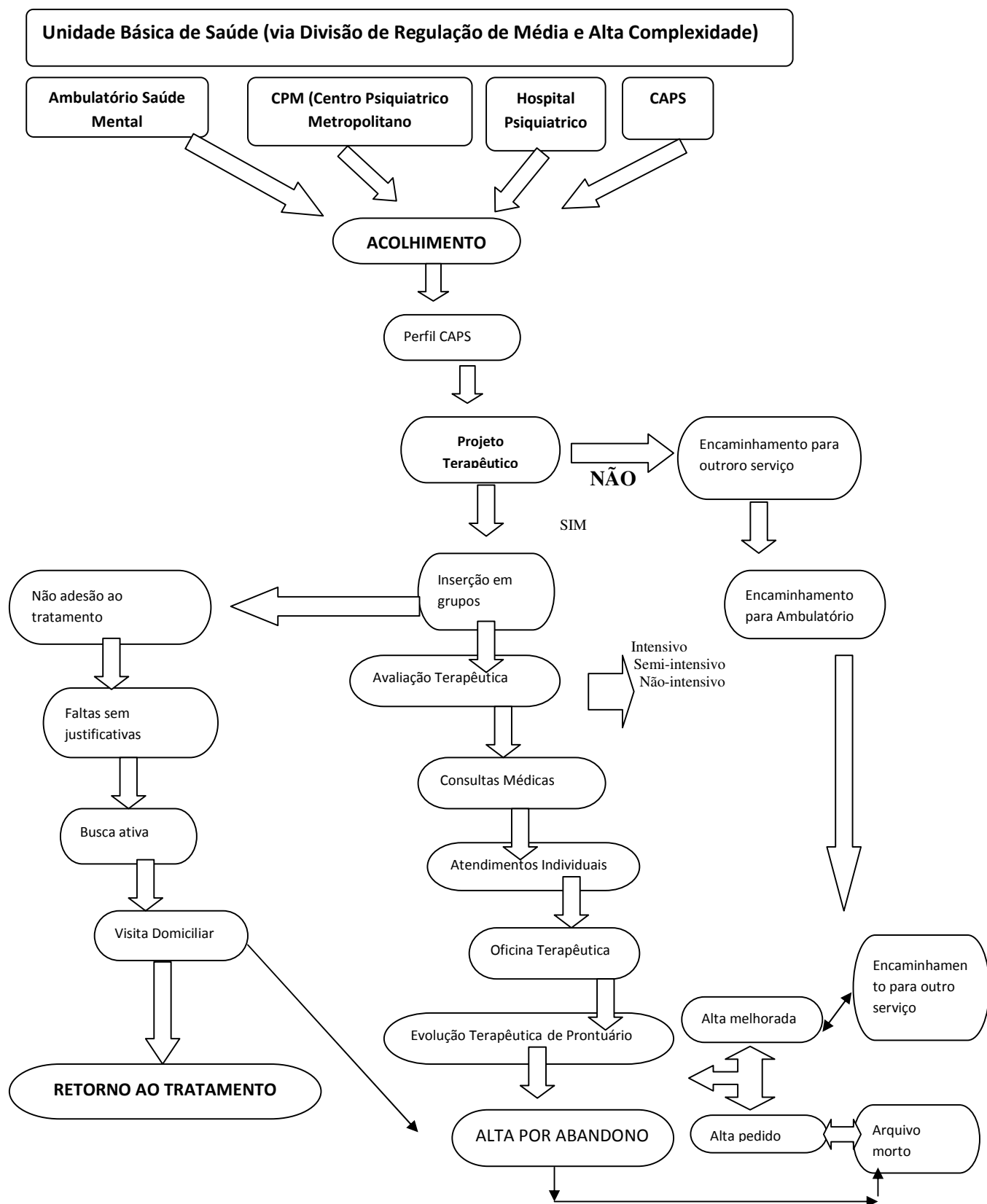


Fig. 1 – Fluxograma de atendimento no CAPS no município de Jacinto – MG.

Entretanto torna importante salientar, que o acolhimento não é uma ação que ocorre apenas no primeiro contato com o serviço de saúde, o trabalhador do CAPS acolhe o usuário durante todo o seu projeto terapêutico e seu cotidiano no serviço, por meio de uma escuta qualificada e uma atenção humanizada e integral. Neste serviço há um formulário que orienta o trabalho deste profissional, permitindo assim uma relação interpessoal eficaz aliada a uma completa anamnese. (Apêndice A)

Disponibilizar-se para essa escuta, prestar atenção e valorizar o que o usuário tem a lhe dizer, significa ter empatia, centrar a atenção na pessoa e não na doença, sendo um processo cotidiano e não só no momento do acolhimento.

As oficinas são uma das principais formas de tratamento oferecidas no CAPS. São atividades da atenção diária, voltadas para os usuários que necessitam de uma atenção mais intensiva, são consideradas atividades grupais de socialização, expressão e inserção social que diferenciam dos grupos de acolhimento e acompanhamento pela frequência das atividades que são mais intensas.

Além das oficinas, existe o projeto terapêutico individual, onde o atendimento do paciente é realizado com toda equipe técnica, focando nas necessidades e demandas de acordo com as capacidades do usuário. Sendo importante investigar nesse atendimento, mesmo de forma subjetiva, o nível de esperança do paciente em relação ao tratamento que está realizando.

A construção do projeto terapêutico ocorre em reunião semanal da equipe multidisciplinar, na qual define-se a modalidade de tratamento, incluindo as atividades em que será envolvido. Quaisquer mudanças realizadas nas fases do tratamento são de modo individualizado e a partir da discussão pela equipe multidisciplinar do CAPS, juntamente com o paciente na elaboração do projeto terapêutico individual, e/ou quando houver necessidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento deve ser uma ação existente em todos os serviços de saúde, mais no caso específico do CAPS, verificou-se a importância e iniciativa do profissional de saúde na realização desta prática durante todo o cotidiano prático. Desta forma, a presente pesquisa mostrou que a compreensão e a capacitação dos profissionais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tornam-se, cada vez mais importante para uma atenção em saúde de qualidade, acolhedora e eficiente.

O acolhimento precisa deixar de ser apenas um discurso e fazer parte da prática diária. Para tanto, é imprescindível que a equipe de saúde tenha conhecimento e motivação para atuar frente aos pacientes com transtornos psíquicos.

Dessa forma, a nossa proposta consiste em intensificar o estímulo ao trabalho interdisciplinar, como preconiza as diretrizes do SUS, visando a excelência e qualidade de serviço para os pacientes. Sendo assim, sugerimos que a interdisciplinaridade seja um instrumento indispensável ao acolhimento, uma vez que estimula a ruptura dos paradigmas, simultâneo à melhor preparação das equipes para o exercício da diferença.

Por meio das referências citadas na pesquisa, observa-se que o manejo e a inclusão dos pacientes com transtornos mentais já são realidades em alguns municípios do Brasil e tendem ao crescimento com o decorrer dos anos.

Enfim, consideramos que o acolhimento em saúde mental pode estabelecer vínculos entre o profissional e o usuário, de maneira que a escuta esteja presente e de modo que esta relação possibilite a inclusão do paciente como corresponsável pela sua saúde, proporcionando a construção de sua autonomia como cidadão.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. **Humanização do atendimento em saúde**. [S.l:s.n], 2005. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 12 de janeiro de 2014.

BRASIL, M, S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil (OPAS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 13 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAPE). **O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Reforma Psiquiátrica**, 2003. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 13 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 14 de janeiro de 2014.

COGAS, S; VIZZOTTO, M. M. Saúde Mental em saúde pública: um percurso histórico, conceitual e as contribuições da psicologia neste contexto. **Psicólogo Informação**, São Bernardo do Campo, v.1, n.1, UMESP, 1997.

COSTA, E. **Problematização para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica**, 200p. 2002. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <http://www.tedi.ufsc.br/teses/PNFR0409.pdf>. Acesso em: 13 de janeiro, 2014.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia Ciência Profissão**, [S.1], v. 24, n.4, p. 112 – 117, dez 2004. Disponível em: <http://www.pespsic.bvspsi.org.br/scielo>. Acesso em: 21 de janeiro, 2014.

LOROZA, A. F. R, et al. **Protocolo de Saúde Mental**. Secretaria de Saúde. Programa de Saúde Mental, Colombo, p. 2 – 55, 2011.

MACIAK, I. **Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção da equipe de enfermagem e do usuário**, p. 144, 2008. Dissertação (Mestrado), Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008. Disponível em: http://www.unvni6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codarquivo531. Acesso em: 22 de janeiro, 2014.

MESQUITA, J. F, et al. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental.** Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu – MG, 2010.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan/fev 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.br>. Acesso em: 23 de janeiro, 2014.

REIS, A.O.A; MARAZINA, I.V; GALLO, P.R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, set/dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 23 de janeiro, 2014.

ROTELLI, F. et al. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil:** aspectos históricos e metodológicos, *Psiquiatria sem hospícios – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992.

SIMÕES, A.L. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.16, n.3, p. 439 – 444, jul/set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 24 de janeiro, 2014.

APÊNDICE A



Centro de Atenção Psicossocial
Prefeitura Municipal de Jacinto
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE ACOLHIMENTO

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ h Local: _____

I-Identificação

Nome: _____ DN: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: ()M ()F

Cor: _____ Naturalidade: _____ Tel.: _____

Endereço: _____

Paciente comparece só? () Sim () Não: _____ (acompanhante)

II-QP: Queixa Principal (procurar utilizar as palavras do paciente)**III-HDA: História da Doença Atual** (procurar utilizar as palavras do paciente)

IV-História de Vida (permitir ao paciente relatar livremente a infância, adolescência, traumas, relações afetivas, relações familiares, etc...).

V-HPP: História Patológica Progressiva

- a) Histórico de: () Depressão () Mania () Psicose () Tentativa de Suicídio
 () Hospitalização: onde? quanto tempo? por quê?

b) História Clínica/Cirúrgica:

c) Medicações em uso:

d) Alergias? () Sim: _____ () Não

VI-HS: História Social

Estado Civil: _____ Filhos: _____ Renda Familiar: _____ Escolaridade: _____

História ocupacional: _____ História Legal: _____

Religião: _____ Reside com quem? _____

Uso de álcool: () sem uso () usou no passado () usa: _____

Cigarros: () sem uso () usou no passado () usa: _____

Drogas: () sem uso () usou no passado () usa: _____

VII-HF: História Familiar- citar grau de parentesco em cada transtorno

() Depressão: _____ () TAB: _____ () Alcoolismo: _____ () Uso de Drogas: _____

() Esquizofrenia/ Psicoses: _____ () Demências _____ () Suicídio: _____

() TOC _____ () Outros, inclusive patologias clínicas: _____

VIII- Investigação dos Sistemas

Exame Físico: TAX: _____ °C PA: _____ x _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ ipm Outros achados:

CABEÇA E PESCOÇO: () cefaléia () tonteira () fadiga () diplopia () visão borrada

ACV: () dor no peito () palpitações () edema MMII () outros: _____

AR: () dispnéia () taquipneia () tosse () outros: _____

TGI: () náuseas () vômito () dor abdominal () diarreia () constipação

TGU: () disúria () urgência urinária () incontinência () dismenorréia () menopausa

OUTROS: () dor articular () mialgia () prurido () outro: _____ () TODOS OS OUTROS SISTEMAS SEM ALTERAÇÕES:

IX-Exame Neurológico**X-Exame do estado mental**

Aspecto/comportamento: _____

Fala: ()normal ()alterações

Atenção: ()normal ()Alterações:

Pensamento velocidade: ()normal ()alterações:

Fluxo sequencial e lógico: () sim () não:

Sensopercepção

Alucinações: () não () presentes:

Delírios: () não () presentes:

Humor:

Afeto:

Memória de fixação e de evocação: () normal () alterações: _____ _____
Capacidade de cálculo: () normal () alterações: _____
Capacidade de abstração: () normal () alterações: _____
Capacidade de Insight: () normal () alterações: _____
Ideação suicida: () não () sim: já tentou? Quando? Como? Como tem planejado fazer isto? _____ _____
XI- Exames Complementares: _____ _____ _____
XII- Hipótese diagnóstica: _____ Diagnóstico diferencial: _____
XIII- Planejamento Terapêutico: _____ _____ _____
XIV- Outras considerações: _____ _____ _____ _____ _____ _____

Assinatura/Carimbo do Entrevistador: _____