

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EDUARDO OLIVEIRA MORAIS

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: POSSIBILIDADES PARA O
CUIDADO DE ENFERMAGEM.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EDUARDO OLIVEIRA MORAIS

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: POSSIBILIDADES PARA O
CUIDADO DE ENFERMAGEM.**

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

Prof. Orientador: José Luís Guedes dos Santos

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM** de autoria do aluno **EDUARDO OLIVEIRA MORAIS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**.

Profa. Dr. José Luís Guedes dos Santos

Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia:

À minha mãe Beatriz Maria Oliveira Morais pelo amor incondicional.

Aos meus filhos Maria Beatriz, Rafael e Samuel.

À minha companheira Liliane Ferreira.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela infinita misericórdia e amor.

Aos meus pais Raimundo Paiva e Beatriz Maria, que são verdadeiros exemplos de amor, e
superação.

Ao orientador José Luís Guedes e toda equipe de Mestres e Doutores da UFSC.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
3. MÉTODO	6
4. RESULTADO E ANÁLISE	7
4.1. Acolhimento Enquanto Assistência Em Saúde Mental	7
4.2. Acolhimento Enquanto Espaço De Escuta	8
4.3. Acolhimento Enquanto Porta De Entrada Para Permanência Dia	8
4.4. Acolhimento Enquanto Dispositivo Para Reabilitação Psicossocial	9
4.5. Acolhimento Enquanto Estratégia Para Humanização	11
4.6 Da teoria à prática: o acolhimento na atenção psicossocial	12
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	17

RESUMO

Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam que os transtornos mentais serão a segunda causa de adoecimento da população em 2020. Em virtude disso, reforça-se a importância do acolhimento humanizado e da melhoria dos serviços de saúde no atendimento aos pacientes com transtornos mentais no âmbito da Atenção Psicossocial. O objetivo desse trabalho consistiu em analisar o acolhimento humanizado aos pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, identificando a importância do acolhimento como instrumento assistencial das demandas em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial e contextualizando o critério de responsabilização da equipe de saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial. A metodologia utilizada para esse trabalho consiste em um relato de experiência vivenciado no processo de acolhimento em um CAPS – AD no município de Belo Horizonte MG. A partir dessa avaliação, pode-se observar que o acolhimento em Atenção Psicossocial pressupõe dar atenção ao indivíduo de maneira que este sinta-se valorizado como ser humano, e apto a receber um atendimento ímpar, por meio de parâmetros técnicos, éticos e humanitários, a ser oferecido pela equipe de saúde. O acolhimento humanizado na atenção psicossocial é uma característica essencial para fazer o acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial e nas redes de atenção à saúde no país, sendo imprescindível que não só os enfermeiros, mas que toda a equipe de saúde mental tenha conhecimento e sensibilidade para agir frente aos pacientes com transtornos mentais. As equipes de saúde mental devem estar em constante interlocução com outros pontos da rede de serviços de saúde SUS e se capacitando na perspectiva de qualificar a oferta dos serviços.

Palavra Chave: CAPS-AD, Atenção Psicossocial, Acolhimento, Enfermagem em Emergência, Humanização.

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental (GONÇALVES; SENA, 2001). A Reforma Psiquiátrica é consequência de uma luta social que dura há mais de 12 anos, e persiste em constante construção.

Trata-se de uma grande transformação do atendimento público em Saúde Mental, que proporciona o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. Busca-se uma mudança no modelo assistencial, preterindo o isolamento e apoiando o convívio com a família e a comunidade. Dessa maneira, o atendimento é feito em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência. Esse modelo caracteriza-se por ser essencialmente público, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Em consenso com a reforma psiquiátrica o Ministério da Saúde em 1992, pela Portaria nº 224/1992 passou a financiar e normatizar novos serviços de saúde Mental, regulamentando os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS /CAPS) que devem priorizar o tratamento ambulatorial tornando-se uma unidade de cuidado final e não de suporte aos manicômios. Os CAPS integram a rede e passam a ser implantados em vários municípios brasileiros. Em 2002, pela portaria GM/MS nº 336, os CAPS foram redefinidos e passaram a ser diferenciados conforme o porte, complexidade, e abrangência populacional. Nessa portaria são instituídos os Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras drogas (CAPS ad), destinados ao atendimento de pacientes portadores de transtornos decorrentes do uso e dependência de Substâncias Psicoativas.

A reforma formula, cria condições e institui novas práticas terapêuticas visando à inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura. O sucesso da reforma depende, portanto, de novas formas de clinicar e praticar o tratamento, e supõe que o trabalhador em saúde, seja ele específico em saúde mental ou não, esteja preparado para realizar essas atividades. Sabe-se, entretanto, que entre a teoria e a prática há uma distância que nem sempre se revela nos relatórios

oficiais encaminhados, periódica e sistematicamente ao MS. (BERLINK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008)

Para que a Reforma Psiquiátrica se propague no território nacional, é necessário que o acolhimento não fique restrito a apenas uma esfera no serviço de saúde. A unidade Básica pode atuar de maneira conjunta com os trabalhadores da saúde mental, aproximando os pacientes com transtornos mentais do serviço destinado a toda população por meio do exercício de um acolhimento de qualidade e de comprometimento com a comunidade assistida.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. É uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/paciente e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o paciente como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2008). Neste sentido, o acolhimento é um dispositivo de organização e sistematização assistencial que tem como objetivo primordial atender os pacientes que procuram os serviços de saúde de uma forma receptiva e atenciosa, considerando o ouvir, o escutar e a resposta ao paciente com valores nesses propósitos. Implica em prestar um atendimento com responsabilidade e resolutividade referenciando, se necessário o paciente e a família para outros serviços de saúde, possibilitando uma continuidade da assistência e estabelecendo articulações e vínculos com outros serviços para garantir a eficácia ou efetividade desses encaminhamentos. (BRASIL, 2008).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em todos os níveis da assistência é inegável que o acolhimento é a dimensão primeira. Do porteiro ao motorista, do auxiliar administrativo ao funcionário da limpeza, da equipe técnica, enfim, de todos os que participam do processo de trabalho em um serviço de saúde, acolher é o dispositivo indispensável para um atendimento correto e bem sucedido. (MINAS GERAIS, 2003).

Acolher significa dar acolhida, dar atenção, admitir, aceitar, respeitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento na saúde deve ser apropriado como uma nova ferramenta para atuar em saúde, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania (BUENO; MERHY, 2002).

Na atenção psicossocial, assim como em outras áreas, a atuação do profissional de enfermagem deve ser pautada no cuidado integral, humanização das ações assistenciais de forma contínua. Deve promover a saúde de forma coletiva ou individual, detectando, o mais rápido possível, as necessidades da assistência de enfermagem, buscando parcerias na rede de atenção e não se limitando ao cumprimento das exigências da Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2005a, 2007, 2011b).

O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as dimensões, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Ele integra a equipe de saúde, participando das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde (COREN, 2009).

De acordo com o Código de Ética de Enfermagem, o enfermeiro deve ter como preocupação primordial a assistência no cuidado ao ser humano como um todo e sua coletividade. É assegurada a atenção integral a todo ser humano, conforme preconizado na Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que protege toda pessoa em sofrimento mental, sem discriminação de qualquer gênero ou espécie, suprimindo todas as suas necessidades, respeitando-o e acolhendo-o sem qualquer tipo de distinção.

O enfermeiro no cuidado de enfermagem em saúde mental precisa assegurar o tripé assistencial: acolhimento, tratamento e inclusão social (LOYOLA, 2008, p. 68).

Para a enfermagem, alguns pressupostos orientam a clínica do cuidado em saúde mental (LOYOLA, 2008):

- Escuta qualificada: O sujeito quando fala de si pode apresentar outro significado, aproximando-se mais da ideia de diferentes formas de ser, do que da ideia de não significado nas falas.

- Cuidado a posteriori: Este é construído com o sujeito, é um cuidado que deve ser supervisionado pós demanda.

- Secretariar a loucura: Acompanha e registra a subjetividade de convivendo com a diferença, sem apresentar postura preconceituosa.

- Propor a discussão de todo ato violento: Fazer intervenções para construir limites como problema lógico e não como um problema moral, objetivando fortalecimento dos vínculos profissionais.

Levando em consideração estas premissas, associadas às referências teóricas adequadas a reforma psiquiátrica, o enfermeiro vai construindo seu núcleo de saber-fazer e poder atuar nos pontos das Redes de Atenção Psicossocial de forma interdisciplinar, fortalecendo a promoção e o cuidado a saúde dos portadores de transtorno mental.

Para a enfermagem o objeto do cuidado é o sujeito em sofrimento psíquico contextualizado com o mundo, assim a disposição para o cuidado visa acolher as demandas do sujeito e colocar-se como mediador de suas circunstâncias.

O desafio para o cuidado de enfermagem em saúde mental não é de hoje, é uma constante, e uma reconstrução diária, mas baseada na integralidade, na responsabilidade territorial e na atitude de fazer a diferença na vida das pessoas. O dia a dia exige invenções seja produzida, pois na saúde mental a rotina enrijece a criatividade.

Contudo, para que o cuidado seja abrangente, verifica-se a necessidade de integração das ações da saúde mental e da atenção básica, visto que toda e qualquer doença possui seu sofrimento subjetivo; então todo problema de saúde também é de saúde mental e toda saúde mental é sempre produção da saúde.

A escuta do usuário, o diagnóstico e a prescrição, a realização de procedimentos, o ministrar cuidados, não mais se dariam em operações isoladas e desarticuladas, mas como resultado da integração das atividades e da parceria de todas as categorias profissionais.

Estas constatações levam à reflexão de que o acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, não se limitando ao ato mecanicista de atender (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2003).

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo bibliográfico, com emprego da técnica de revisão narrativa (ROTHER, 2007). Esse método permite a descrição e discussão teórico-reflexiva do conhecimento produzido sobre um determinado tópico relevante e atual, cuja análise sistematizada ou a meta-análise ainda não é possível ou pertinente. Possibilita o acesso e processamento do conhecimento e de novas ideias sobre uma temática específica de forma sumarizada e em um curto espaço de tempo (POPAY; BALDWIN; BRITTEN, 2007; AVEYARD, 2007).

Um guia de orientações para a síntese narrativa (POPAY; BALDWIN; BRITTEN, 2007; AVEYARD, 2007) sugere o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos para compreensão ou explicação de fenômenos e sua descrição e interpretação preliminar. Propõe a análise exploratória das relações nos dados, com a possibilidade de desenvolvimento de explicações plausíveis para diferenças observadas. Prevê uma avaliação geral da força da evidência disponível para apoiar as conclusões, tendo em conta que tais conclusões são preliminares.

Foram selecionadas publicações do Ministério da Saúde, livros e artigos científicos considerados relevantes para a abordagem da temática em questão. Para localização dos materiais, realizou-se uma consulta às bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A partir da leitura e síntese qualitativa do material consultado, foram constituídos X eixos de análise e reflexão: (4.1) Acolhimento enquanto assistência em saúde mental; (4.2) Acolhimento enquanto espaço de escuta; (4.3) Acolhimento enquanto porta de entrada para permanência dia; (4.4) Acolhimento enquanto dispositivo para reabilitação psicossocial; e, (4.5) Acolhimento enquanto estratégia para humanização, e (4.6) Da teoria à prática: o acolhimento na atenção psicossocial

Associada à revisão narrativa, também foi realizado um relato de experiência do autor deste trabalho sobre o Acolhimento de Enfermagem na Atenção Psicossocial, num CAPS AD da rede FHEMIG, no complexo de saúde mental, na unidade do Centro Mineiro de Toxicomania, situado em Belo Horizonte- MG, correspondente ao período de Fevereiro a Outubro de 2013.

4. RESULTADO E ANÁLISE

Algumas ações assistenciais ou medidas, chamadas terapêuticas, quando realizadas ou utilizadas de forma correta, visam assegurar a excelência assistencial da equipe multidisciplinar no atendimento à pacientes portadores de transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, minimizando desta forma o sofrimento físico, psíquico e social, conforme especificadas abaixo:

Os profissionais do serviço em estudo consideram que o cuidado em saúde mental segue os princípios da integralidade, assistindo o usuário em todas as áreas do ser humano: biopsicossocial não fragmentando o cuidado. Apontam também como sendo um cuidado humanizado, existindo vínculos entre equipe e usuário fortalecendo a responsabilização de ambos pelos cuidados.

O acolhimento apresenta-se como organizador do trabalho nesse centro e como um impulso de mudança do modelo assistencial centrado na doença para um novo modelo voltado para o atendimento integral do sujeito/família/comunidade, possibilitando que o acolhimento seja de fato mais resolutivo e humanitário.

4.1 Acolhimento Enquanto Assistência Em Saúde Mental

De acordo com Oliveira e Marcon (2006), a assistência de enfermagem em Atenção psicossocial requer métodos e sistematização baseados no Paradigma Psicossocial que incluam a avaliação física e mental, socialmente referenciada, e que dialoguem com outros saberes e fazeres (interdisciplinaridade). Deve amparar seu trabalho em equipe e participação na elaboração e avaliação de projetos terapêuticos dos sujeitos envolvidos. O cuidado, como resultado do trabalho de enfermagem na atenção psicossocial, não pode negligenciar o corpo e, nesse sentido, o cuidado de enfermagem é característico como o de todos os serviços de saúde. O cuidado de enfermagem na atenção psicossocial envolve a implicação subjetiva e sociocultural do enfermeiro, a atitude permanente de pesquisa e atualização, a ampliação de espaços de participação e um investimento no processo de autoconhecimento.

Os profissionais do serviço em estudo consideram que o cuidado em saúde mental segue os princípios da integralidade, assistindo o usuário em todas as áreas do ser humano:

biopsicossocial não fragmentando o cuidado. Apontam também como sendo um cuidado humanizado, existindo vínculos entre equipe e usuário e havendo a responsabilização de ambos pelo cuidado.

4.2 Acolhimento Enquanto Espaço De Escuta

O cuidado ao ser humano é um ato complexo, que exige do cuidador conhecimento, empatia e sensibilidade. O cuidado também envolve tarefas como tocar, sentir, escutar e auxiliar o outro nas atividades em que ele apresenta dificuldade. Os profissionais do serviço durante as atividades buscam abrir espaços para conversas individuais ou mesmo com o grupo no intuito de aliviar ansiedades, medos e discutir situações específicas que são vivenciadas pelos usuários. A humanização também é compreendida como estratégia de interferência no processo de produção da saúde, buscando o alcance da qualificação da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde. É garantir o acesso universal, integral e imparcial com acolhimento e resolutividade, superando a compartimentalização da assistência em saúde. Isto significa oferecer um atendimento de qualidade contando com as novas tecnologias como o acolhimento, melhorias do ambiente de cuidado e também condições de trabalho aos profissionais.

4.3 Acolhimento Enquanto Porta De Entrada Para Permanência *Dia*

Entendemos que a participação da família no tratamento é importante para os profissionais do CAPS. Atualmente, é consenso de que as famílias, quando recebem apoio e orientação adequados, têm condições de compartilhar seus problemas e tornam-se aliadas na desinstitucionalização e na reabilitação social do usuário. É necessário oferecer atenção e apoio a estas famílias, pois a reinserção do usuário na comunidade e a retomada de suas atividades diárias se tornam mais fáceis e rápidas quando os familiares acreditam que a melhora na condição de saúde do usuário é possível. Por outro lado, entendemos que a ausência de alguns familiares nas atividades do serviço está relacionada às dificuldades em assumir a responsabilidade que lhe cabe no tratamento, justificada pelo sentimento de sobrecarga da mesma com relação ao usuário. A sobrecarga da família do usuário portador de transtorno mental refere-se às consequências que afetam o cotidiano desta família. Os gastos financeiros, a desestruturação da vida familiar, social

e profissional, tarefas extras, convivência com comportamentos impróprios são situações com as quais a família acaba aprendendo a lidar, mas que causam um grande desgaste físico, mental e emocional. O serviço deve buscar outras formas de alcançar essa família, pois a sensação de responsabilidade, associada à vivência do sofrimento psíquico, é desgastante e o apoio no tratamento e parceria com a equipe é sempre necessário. A preocupação com a reabilitação psicossocial do usuário também foi entendida como parte do cuidado em saúde mental.

4.4 Acolhimento Enquanto Dispositivo Para Reabilitação Psicossocial

A reabilitação psicossocial, no contexto da reforma psiquiátrica, define-se como um saber fazer, considerando o transtorno psíquico como um dado da história de vida do usuário, ou seja, um indivíduo que vive em um território, que mantém relações sociais e afetivas, fazendo parte de determinada família e que apresenta um transtorno mental que tem diferentes repercussões em sua vida. O olhar ao doente mental é ampliado e este passa a ser visto como cidadão, com direitos e deveres, e co-responsável por seu tratamento e por suas condições de vida. A reabilitação também é entendida como um conjunto de ações que visam a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo o dano causado pelo transtorno mental, e envolve todos aqueles que fazem parte do processo de saúde-doença, ou seja, usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral. Os serviços substitutivos, tais como os CAPS, possuem esse caráter reabilitador por serem serviços territorializados, utilizando espaços na própria comunidade, fazendo com que o usuário, portador de transtorno mental, retome sua posição frente à sociedade. Nas entrevistas, os profissionais apontam que um dos objetivos de seu trabalho é fazer com que a sociedade também participe do processo de reabilitação psicossocial do usuário, para que a inclusão deste aconteça de forma natural. Isto significa a mudança do olhar da sociedade para a pessoa doente: de incapaz para capaz, de louco para doente, de inútil para cidadão. É um processo que envolve construção de autonomia, liberdade e cidadania.

A reabilitação é entendida como o resgate de um conceito mais positivo sobre a saúde mental, na qual a pessoa é vista como capaz de agir, decidir, opinar, sofrer, alegrar-se, enfim, confrontar-se com o estigma de louco incapaz, concepção que o desvaloriza enquanto cidadão. Uma das possíveis formas de incluir socialmente aqueles que sofrem com transtorno mental é por meio de atividades artísticas e artesanais realizadas através de oficinas terapêuticas. As oficinas

terapêuticas são descritas pela portaria SNAS nº 189/1991 como “atividades grupais de socialização, expressão e inserção social”. A dança, a música, a arte, o teatro, a marcenaria, entre outros são atividades desenvolvidas em grupo, oportunizando ao usuário a inter-relação com os demais participantes. As falas que seguem trazem esse aspecto do cuidado ser visto como potencializador para a inserção social.

O PTS possibilita planejar, desenvolver e avaliar o cuidado na continuidade da vida dos pacientes, auxiliando no reestabelecimento das relações sociais e estimulando a autonomia, e pode ser estendido para além dos momentos de crise, ou atuar somente nos momentos de remissão de sintomas ou ideais de cura. A construção do PTS corresponde a um processo estratégico que articula usuários, famílias, profissionais da equipe de saúde do serviço e redes sociais na determinação das prioridades, necessidades e possibilidades de ações que contribuam para a efetividade do cuidado. E todos, neste processo, são agentes autônomos e protagonistas na construção e manutenção contínua e sustentável do PTS (MÂNGIA, 2002; MÂNGIA; MURAMOTO, 2007; BOCCARDO et al., 2011).

De acordo com Mângia et al. (2006) e Boccardo et al. (2011), a adoção de alguns eixos norteadores é fundamental para essa construção. São eles:

- Centralidade na pessoa;
- Considerar o contexto e necessidade do usuário;
- Parceria entre equipe e usuário;
- Flexibilizar às mudanças de cada momento de vida;
- Reavaliar periodicamente;
- Articular os recursos do território nas ações executadas;
- Construção compartilhada e a definição de metas com duração previamente acordada.

E assim, este processo pode também favorecer o reconhecimento dos limites próprios a cada realidade, o que constitui procedimento fundamental para a identificação de possibilidades e planejamento de intervenções mais eficazes (BRASIL, 2009b). Vale a pena reforçar que é durante a construção, acompanhamento e avaliação do PTS o momento em que podemos considerar os diferentes trabalhos realizados no grupo, a sua relevância e a valorização dos diferentes profissionais atuantes (BRASIL, 2009b). Isso porque é nessa construção, nesse

processo, que se evidencia a interdependência entre os integrantes da equipe do serviço de saúde e equipe de apoio matricial, num espaço de trocas, rico em experiências e variáveis, imersas em condições muitas vezes complexas, limitado, portanto, quando realizado de modo isolado sob o foco de apenas um profissional ou especialidade (BRASIL, 2009b).

4.5 Acolhimento Enquanto Estratégia Para Humanização

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), “a indissociabilidade é proposta como modo de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade” (BRASIL, 2009b, p. 4). Com isso, apresentam-se inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes profissionais das equipes envolvidos nessas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009b).

Quando nos referimos à humanização, ainda considerando a Política Nacional de Humanização, “devemos compreender a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde” (BRASIL, 2009b, p. 5). Nesse contexto, lançou-se mão de ferramentas e dispositivos para consolidar as redes, os vínculos e a corresponsabilização entre pacientes, profissionais e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia da atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2009b). Considerando tais mudanças, a Clínica Ampliada, as Equipes de Referência e os Projetos Terapêuticos Singulares têm-se mostrado como dispositivos resolutivos, tanto no âmbito da atenção, quanto no âmbito da gestão de serviços e redes de saúde (BRASIL, 2009b).

Considerando o conceito de PTS, é preciso que compreendamos quais os objetivos desse processo. Para que eles sejam atingidos, devemos atentar para determinados pontos durante seu desenvolvimento.

De modo geral, observou-se que esses aspectos estão relacionados aos campos da habitação, do trabalho e das trocas sociais, os quais requerem articulações práticas das redes de

suporte social para amparar e potencializar as ações voltadas à pessoa em sofrimento (BARROS, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, é recomendado direcionar o PTS para o processo de reinserção social do usuário através de ações que envolvam a educação, o esporte, a cultura, o lazer e outros. Ressalta-se ainda que essas ações devem ser desenvolvidas de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuário, de forma que ultrapassem a estrutura física dos serviços de saúde. Além disso, é importante a articulação dos serviços da Rede com o oferecimento de suporte social aos pacientes, contribuindo para o restabelecimento de vínculos fragilizados ou perdidos ao longo do processo de adoecimento (BRASIL, 2004a).

4.6 Da teoria à prática: o acolhimento na atenção psicossocial

O Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), da rede FHEMIG, completou 30 anos de existência em agosto de 2013, como referência nacional na clínica da toxicomania e em pesquisa na área. A unidade foi inaugurada em 1983, sendo o primeiro serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) especializado no atendimento a usuários de drogas, álcool e outras substâncias psicoativas no país.

Em apenas quatro meses de funcionamento, em 1987, o Centro foi reconhecido pelo Conselho Federal de Entorpecentes, atual Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), como unidade de excelência para tratamento de álcool e drogas do Estado de Minas Gerais. Além disso, desde 2002, o CMT é credenciado como Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS-AD), em consonância com a Política Nacional do Ministério da Saúde.

O CMT atende, atualmente, cerca de 300 pacientes por mês em regime de permanência-dia, oferecendo projetos terapêuticos individualizados que incluem participação em oficinas, atividades de inserção social, leitos de desintoxicação e psicoterapia. Todas as ações são realizadas por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, psicólogos, médicos clínicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e nutricionista. O acolhimento na unidade se inicia por meio de uma avaliação cuidadosa do paciente, e a partir daí, um tratamento singular e humanizado é elaborado para o usuário, considerando-se suas necessidades específicas.

A equipe do CMT é composta por uma equipe multiprofissional ampla sendo: 3 médicos clínicos, 2 médicos psiquiatras, 4 enfermeiros, 13 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionais, Um nutricionista, 3 assistentes social, 11 técnicos de enfermagem, e 3 funcionários administrativos.

Desde que foi implantado em 1999, o acolhimento vem sendo amplamente discutido e questões surgem a cada dia: como melhor atender aos pacientes que chegam em crise? Que recursos usar? Para onde encaminhar? Para quê?

A porta de entrada para o tratamento no CMT é o acolhimento, que ocorre todos os dias da semana com a realização do acolhimento de enfermagem. Os pacientes chegam às 07:30 da manhã ou às 12:30 da tarde conforme o turno no qual se dá o acolhimento. A clientela prioritária do CMT são alcoolistas e toxicômanos, adultos, jovens e adolescentes a partir dos 12 anos que apresentam forte relação de dependência com a droga e álcool ou situação de crise relacionadas ao uso destas substâncias. No caso dos adolescentes, além de avaliarmos a sua relação com a droga, também nos atentamos para situações nas quais o vínculo familiar e social está comprometido, quando há envolvimento com atos infracionais ou situações de risco.

O acolhimento é conduzido por enfermeiros que contam com o suporte de um psiquiatra ou de um clínico geral, da psicologia e da assistente social, das equipes de apoio e do SPP (serviço de prontuário do paciente).

Esse primeiro atendimento, por ser prestado rapidamente, muitas vezes em casos de emergência (seja esta objetiva – síndrome de abstinência – seja subjetiva – crises, angústias), otimiza o procedimento a ser feito: encaminhamento para hospitais, leito de desintoxicação etc. Além de frequentemente tranquilizar o sujeito, facilitando a espera pelo atendimento que pode ser longa.

O primeiro objetivo do acolhimento é a investigação e a pesquisa. O profissional escuta a queixa do paciente e/ou familiares/ acompanhantes. É importante saber se foi encaminhado por alguma instituição ou se sua demanda é espontânea, se está medicado e qual medicação utiliza, quais as substâncias psicoativas que usa e qual a relação deste sujeito com estas substâncias. O grau de comprometimento do paciente em relação às drogas deve ser esclarecido.

Nesta primeira entrevista colhemos dados gerais sobre o comprometimento biomédico e psíquico: se o paciente apresenta lucidez, coerência de ideias e pensamentos ou relata episódios convulsivos, delírios, alucinações, agitação psicomotora etc., além dos efeitos reais da abstinência para cada sujeito. Procuramos sinais clínicos do uso das substâncias (sudorese,

distúrbios gastrointestinais, distúrbios do sono, tremores, fissura, depressões entre outros) e se o paciente possui outras patologias clínicas importante.

Algo da estrutura clínica pode ser escutado durante esta primeira entrevista. A relação familiar, escolar, profissional, social e com a justiça são pesquisadas. Para fins epidemiológicos, preenchemos o banco de dados. Através dele, podemos traçar o perfil do paciente do CMT.

A partir do momento em que a equipe de acolhimento escuta que se trata de um caso para o CMT são possíveis os seguintes encaminhamentos internos:

- Início de terapia – Atendimento em psicoterapia individual. Cada terapeuta tem um número limitado de vagas de acordo com sua carga horária na instituição e horários disponíveis a outras atividades

- Permanência dia – Onde o paciente fica parte do dia, uma ou várias vezes por semana. Neste espaço são feitas reuniões diárias com os pacientes coordenadas por um terapeuta e ocorrem também as oficinas.

- Leito de desintoxicação – A instituição possui quatro leitos de desintoxicação para onde são encaminhados os pacientes organicamente comprometidos: síndrome de abstinência, uso de drogas ou álcool no dia anterior.

- Retorno de acolhimento – Quando não se tem certeza do encaminhamento a ser feito marca-se um retorno para escutar mais aquele sujeito, discutir o caso e precisar melhor o encaminhamento.

- Clínica médica

- Psiquiatria

- Oficinas terapêuticas

- Reinserção social

Encaminhamentos externos são feitos conforme a avaliação do caso: em casos de intoxicação aguda, síndrome de abstinência ou riscos de hetero agressividade ou auto agressividade o paciente é encaminhado aos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. Em outros casos contamos com os centros de saúde, CERSAM, centro de convivência.

O acolhimento é o momento de receber o sujeito na instituição, escutar sua queixa e entender sua demanda de tratamento. Trata-se de uma entrevista muito delicada na qual os profissionais envolvidos são convocados a conciliar, no pequeno tempo disponível, a necessidade de colher dados objetivos e determinar o encaminhamento mais indicado com uma escuta

respeitosa do sofrimento subjetivo que, muitas vezes, leva anos para se configurar em um pedido de ajuda.

Consideramos que a metodologia do acolhimento desenvolvido no CMT, vem contribuindo de forma ímpar na qualidade assistencial e na responsabilização da equipe, fortalecendo as ações multidisciplinar, assegurando desta forma um acolhimento eficaz, ético, resolutivo e humanístico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se pelo presente relato de experiência, que a inclusão das ações de saúde mental, especialmente o ato de acolher em saúde mental é essencial para o cuidado integral nos Centros de Atenção Psicossocial. A compreensão, e capacitação dos profissionais de saúde que trabalham nos CAPS-AD, torna-se cada vez mais, instrumentos de importância ímpar para uma prática assistencial de forma humanizada, responsável por atender o paciente de uma forma acolhedora e eficiente. Por meio das referências citadas, 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. Para que esse crescimento ocorra, é necessário o constante apoio das três esferas de governo: Municipal, Estadual e Federal, assim como o apoio incondicional dos gestores de saúde. É imprescindível que a equipe de saúde tenha conhecimento e motivação para atuar frente aos pacientes com transtornos mentais.

Dessa maneira, a nossa proposta consiste em intensificar o estímulo ao trabalho interdisciplinar, como preconizam as diretrizes do SUS. Com um trabalho conjunto, pode-se aprender mais e repassar o aprendizado na forma de excelência e qualidade no serviço para os pacientes em se tratando de acolhimento. Por isto, sugerimos a interdisciplinaridade como sendo um instrumento indispensável ao acolhimento, uma vez que estimula a ruptura das especialidades, simultâneo à melhor preparação das equipes para o exercício da diferença.

Observa-se que a implantação do acolhimento possibilita o resgate dos princípios do SUS. A relação com os usuários, a relação entre equipes de saúde e com a gestão foram melhores observadas a partir dessa mudança no processo de trabalho em saúde, contribuindo para uma assistência que atue tanto na promoção à saúde, quanto na prevenção e reabilitação de maneira igualitária.

Por fim, acreditamos que o acolhimento humanizado em saúde mental estabelece vínculos entre profissional de saúde e o usuário, de maneira que a escuta qualificada esteja presente e de modo que esta relação possibilite a inclusão do paciente como co-responsável pela sua saúde, proporcionando a reconstrução de sua autonomia como cidadão.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

AVEYARD, H. **Doing a literature review in health and social care: A practical guide**. Maidenhead: Open University Press; 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 136 de 19 de fevereiro de 2002.

_____. Portaria nº 189, de 20 de março de 2002.

_____. Portaria nº 305, de 3 de maio de 2002.

_____. Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002.

_____. Portaria nº 817/GM, de 30 de abril de 2002.

_____. Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Define as diretrizes para criação e organização dos núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/ CAPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf>. Acesso em: 15 out. 2012.

O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n1/a21v14>> Acesso: 20\03\2014 às 15:00 horas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Série B. Brasília, DF, 2009b. 64p. (Textos Básicos de Saúde). BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. **Cadernos Humaniza SUS**, Série B., v. 2, Brasília, DF, 2010, 256p. (Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2012 94

_____. Lei n. 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 União, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 5 nov. 2012

_____. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os centros de atenção psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. In: _____. Legislação em saúde mental: 1990-2004, 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 125-36.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa [editorial]. **Acta Paulista de Enfermagem** 2007;20(2):v-vi.

POPAY, H.; BALDWIN, S.; BRITTEN, N., et al. **Narrative synthesis in systematic reviews**. Manchester: ESRC Research Methods Programme; 2007.