

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
CURSO DE PSICOLOGIA

Dionize Vanessa Conrad

**ENTRE O CONCEITO E A PRÁTICA: OS SENTIDOS DO ACOLHIMENTO NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA CRUZ DO SUL**

Santa Cruz do Sul
2018

Dionize Vanessa Conrad

**ENTRE O CONCEITO E A PRÁTICA: OS SENTIDOS DO ACOLHIMENTO NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA CRUZ DO SUL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Gabrielly da Fontoura Winter

Santa Cruz do Sul

2018

O tempo se entreabre, e o nadador vê o outro lado; lançado ao mar e aos seus mistérios, na travessia solitária não mais está só: deixou-se povoar.

Sente-se agora acompanhado pelas águas claras, pelas ondas revoltas, pelos peixes coloridos, pelos firmes e vivos corais, pelo sol, pelas estrelas, pelos abismos escuros, e por todos os que trazia dentro de si desde sua primeira travessia: outros que ao contrariá-lo, guiá-lo e compartilhar com ele os momentos divertidos e arriscados, tornaram-no mais ele mesmo.

O nadador está agora mais inteiro, rico e transformado. Tudo o que encontrou em sua travessia é parte de si mesmo e sente-se, também, parte de tudo.

Continua em movimento, pois sua natureza é atravessar.

(CARDELLA, 2002, p. 186)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, mãe Inês, pai Hilário e mano Jonathan pelo amor e apoio incondicionais. Obrigada por me incentivarem e estarem sempre do meu lado, diante de qualquer circunstância. Especialmente à minha mãe, pela sensibilidade e pelos abraços afetuosos nos momentos em que o cansaço me dominava.

Ao meu noivo Rodrigo, que me acompanha desde o início da graduação, pelo amor, pela força e principalmente por tornar meus dias mais alegres.

À minha avó Maria, que embora não compreenda a importância deste trabalho, é meu exemplo de força e garra. E sempre está presente nas minhas orações.

E o que seria da vida se não fossem os amigos? Grata a todos que fizeram parte desta linda e árdua trajetória. Às minhas amigas do coração, Vânia e Carine. À Nicole pela amizade bonita que construímos, pelo apoio e pelas inúmeras gargalhadas. Às amigas: Alessandra, Débora,

Tainá, Fernanda, Ana Elizabeth e Silvana. Grata pelas trocas, encontros alegres e pelas palavras de conforto. À Letícia, pelas reflexões e contribuições no decorrer desta pesquisa. Ao meu Psicólogo Alexandre, que me acompanha nesses últimos anos de graduação, por me mostrar a importância de estar sempre em busca de conhecimento, por me fazer acreditar no meu potencial e me possibilitar enxergar a vida com mais leveza.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Gabrielly da Fontoura Winter, pela acolhida, apoio e pelos ensinamentos. Especialmente, por me tranquilizar nos momentos de angústia e por sempre acreditar que eu seria capaz.

Aos profissionais do CAPSIA, CAPS II e CAPS AD III que gentilmente se dispuseram a participar desta pesquisa. Grata pelas experiências e saberes compartilhados que me provocaram importantes reflexões sobre as práticas de cuidado em saúde mental.

E por último, porém não menos importante, agradeço de uma forma muito especial à amiga, parceira e irmã do coração... Salimar. Sou imensamente grata por nossos caminhos terem se cruzado. Obrigada por estar sempre do meu lado. Tua força e sensibilidade foram fundamentais durante essa trajetória.

RESUMO

O presente estudo, realizado como trabalho de conclusão do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, buscou problematizar as percepções e sentidos que os profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Santa Cruz do Sul têm sobre as práticas de acolhimento dos usuários do serviço. No âmbito da saúde pública o acolhimento surge como uma das importantes diretrizes que norteiam o trabalho da Política Nacional de Humanização, caracterizando-se assim como um dispositivo potente de humanização, e fundamental na contribuição e efetivação do Sistema Único de Saúde. A pesquisa de caráter qualitativo foi desenvolvida a partir de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde mental, sendo que a análise dos dados foi embasada a partir das práticas discursivas de Mary Jane Spink (2013). A discussão de dados pautou-se em três eixos norteadores: as concepções e sentidos que os profissionais de saúde atribuem ao acolhimento, as problematizações acerca do cuidado e assistência aos usuários, e as reflexões acerca do conhecimento que os profissionais possuem sobre a Política Nacional de Humanização. A partir da análise dos dados, foi possível perceber que existe uma preocupação por parte dos profissionais em atender bem os usuários, onde enfatizam a importância da escuta no processo de humanização da assistência. Contudo, evidenciou-se a necessidade de ampliarmos as discussões sobre a temática do acolhimento no campo da prática em saúde mental, bem como a necessidade de espaços de formação permanente que visem à transformação das práticas e organização dos processos de trabalho, uma vez que as reflexões nessa área devem ser constantes.

Palavras-chave: Acolhimento. Centro de Atenção Psicossocial. Humanização. Saúde Mental. Profissionais de Saúde.

SUMÁRIO

1 O PONTO DE PARTIDA	7
2 POR ONDE SEGUIR? A CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO.....	11
2.1 Métodos e procedimentos.....	11
2.2 Aspectos éticos	12
2.3 Análise dos dados	13
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
3.1 A potência do acolhimento.....	16
3.2 Contexto histórico e reflexões acerca da Saúde Mental no Brasil	18
3.3 Acolhimento e saúde mental: encontro entre trabalhador-usuário	21
4 A TRAVESSIA	23
4.1 De que acolhimento estamos falando?	23
4.2 “O encontro com o outro é único, não tem como protocolar”: a importância da escuta qualificada	28
4.3 Humanização: uma ação de bondade? Por que e para quem?.....	30
5 O OUTRO LADO.....	36
5.1 A próxima partida	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE - Roteiro da entrevista	43
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
ANEXO B - Carta de aceite da Secretaria Municipal de Saúde	46

1 O PONTO DE PARTIDA

Com a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do estado, estabelecendo princípios relevantes de universalidade, integralidade e equidade da atenção em saúde. Neste sentido, considera-se que “um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2008, p.4).

Neste percurso de construção pelo Sistema Único de Saúde existem avanços importantes na ampliação do acesso e no direito a saúde dos cidadãos, e por isso, o acolhimento surge como uma das diretrizes de maior relevância para a Política Nacional de Humanização (PNH). O interesse pelo tema do acolhimento surgiu a partir da realização do meu primeiro estágio curricular em um serviço público de saúde do município de Santa Cruz do Sul, mais especificamente o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSIA). Pensando nessa minha passagem como estagiária do serviço, e no contato com os demais serviços da rede pública de saúde alguns processos me suscitaram questionamentos sobre a forma como os profissionais entendiam suas práticas de assistência aos usuários, especialmente no que diz respeito ao acolhimento.

O acolhimento se caracteriza como uma ação de cuidado e escuta atenta e sensível as demandas dos sujeitos. Segundo Ferreira (1975, p. 27) acolher é “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender”. Neste sentido, durante a vivência de estágio, inicialmente repleta de insegurança e curiosidade diante do desconhecido, meu primeiro contato com a noção de acolhimento no serviço ocorreu através do chamado plantão de escuta ou acolhimento inicial, momento este em que os profissionais permaneciam à disposição para o primeiro atendimento dos usuários. Dentre as demandas que se apresentavam no serviço durante essa trajetória, esta atividade fora realizada por mim em muitos momentos e me exigiu muita responsabilidade, comprometimento e uma escuta sensível as necessidades dos usuários e familiares. No entanto, algumas inquietações se fizeram presentes nesse processo: O acolhimento é entendido apenas como o momento de chegada do usuário no serviço? É pensar em como será recebido na recepção? E as demais práticas, também são vistas pelos profissionais como uma ação de acolhimento?

Conforme o Ministério da Saúde o acolhimento pode ser definido como uma ação de estar em relação com o outro e por isso está presente em todas as relações e encontros que fazemos ao longo da vida, em diferentes lugares (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, o

acolhimento visa à melhoria da assistência nos serviços de saúde, onde sua importância é evidenciada na Política Nacional de Humanização, a qual foi instituída no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde. A Política Nacional de Humanização preconiza a valorização do acesso e cuidado dos sujeitos e busca estimular a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na melhoria das relações e processos de trabalho (BRASIL, 2013a).

Conforme evidenciado no documento elaborado pelo Ministério da Saúde o acolhimento é apontado na Política Nacional de Humanização como algo essencial no cuidado em saúde mental, neste sentido é importante colocar que esta questão também se apresentou como uma indagação durante o processo de estágio, onde me colocava a pensar: Os profissionais possuem uma aproximação com esta Política? Qual o conhecimento a respeito disto? As práticas de cuidado aos usuários do serviço são pensadas e discutidas a partir de tal documento?

A partir desta aproximação com a Política Nacional de Humanização pude compreender que o acolhimento perpassa todas as ações de cuidado e por isso não deve se restringir a uma ação pontual e isolada nos serviços, mas estar presente em todas as relações e instâncias de cuidado com o outro, a fim de garantir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. Nesse sentido, entende-se que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o acolhimento é “uma ferramenta ativa de intervenção na qualificação da escuta, oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, garantindo o acesso oportuno aos serviços de saúde com responsabilização e resolutividade” (IGNÁCIO; BERNARDI, 2016, p. 2). Por isso, acolher também é buscar “garantir o acesso, vinculado aos princípios da universalidade e da equidade do SUS” (ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017, p. 492).

No campo da saúde mental, o acolhimento e cuidado as pessoas que vivenciam algum tipo de sofrimento psíquico passou a ser reorientado a partir da Reforma Psiquiátrica, para um modelo de assistência com foco na humanização. A partir disto, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que se caracterizam por serem serviços de atendimento abertos a comunidade, destinados a atender pessoas em intenso sofrimento psíquico. Conforme BRASIL (2005) afirma,

a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental (p. 25).

A partir destas considerações, percebo, no entanto que desde minha inserção no curso de Psicologia e também a partir do pontapé inicial para construção deste trabalho, o contato

com a temática do acolhimento se apresenta como um campo de discussão intenso na literatura acadêmica, porém pouco explorado no campo da prática em saúde mental. Durante o meu processo de formação acadêmico-profissional pude ir percebendo ao longo da vivência de estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPSIA) que o acolhimento era algo que perpassava diversos momentos no serviço, o que me possibilitou ir ampliando o olhar diante de questões até então despercebidas por mim.

Entretanto, levando em consideração esses fatores, e, considerando o acolhimento como um tema tão discutido, os questionamentos surgem no sentido de entender como este se apresenta na prática dos profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial? Qual a percepção e o entendimento dos profissionais acerca disso? E, especialmente como o acolhimento é percebido no dia a dia dos CAPS, sendo estes serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e frutos de constantes lutas para mudança de um modelo de atendimento manicomial?

A partir destes questionamentos e devido à necessidade de ampliar a compreensão sobre as diferentes dimensões do cuidado prestado às pessoas em sofrimento psíquico, tais inquietações funcionaram assim como elementos relevantes para a elaboração deste trabalho. Deste modo, a presente pesquisa teve como objetivo principal investigar quais as percepções e sentidos que os profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Santa Cruz do Sul têm sobre como vem ocorrendo as práticas de acolhimento de sujeitos em sofrimento psíquico. Como objetivos específicos, buscou-se analisar quais ações desenvolvidas no local que os profissionais consideram ações de acolhimento, assim como verificar qual o conhecimento que os profissionais possuem acerca da Política Nacional de Humanização. Neste sentido, acredito ser relevante explicitar, que o título deste trabalho “Entre o conceito e a prática: os sentidos do acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul” parte da necessidade de compreender de que forma teoria e prática se inter-relacionam e se apresentam no cotidiano dos profissionais de saúde.

Sendo assim, no primeiro capítulo do trabalho apresento os processos metodológicos e a forma como ocorreu a análise dos dados da pesquisa. Por conseguinte, trago os elementos teóricos que me serviram de base para o desenvolvimento da pesquisa. Na primeira parte apresento a noção de acolhimento nos serviços públicos de saúde, tendo como aporte a instituição da Política Nacional de Humanização. Na segunda busco realizar uma contextualização histórica da reforma psiquiátrica no Brasil, e busco abordar, sucintamente, como este processo ocorreu no município de Santa Cruz do Sul, explicitando assim os

caminhos percorridos na prática da saúde mental. Ainda, busco enfatizar a importância da relação usuário-profissional de saúde no cuidado e assistência dos usuários.

No capítulo seguinte, busco discutir, a partir dos materiais coletados na pesquisa, as concepções e sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde em relação às práticas de acolhimento, analisando essas questões a partir de um embasamento teórico. Além disto, são realizadas problematizações acerca do cuidado em saúde mental e sobre o conhecimento que os profissionais possuem sobre a Política Nacional de Humanização. Para encerrar, são trazidas as considerações finais do trabalho, que nunca são finais, visto que apontam para a necessidade de ampliarmos as discussões sobre a temática do acolhimento no campo da prática em saúde mental, uma vez que as reflexões acerca da atenção aos usuários de saúde mental são constantes.

2 POR ONDE SEGUIR? A CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO

Conforme explicitado anteriormente, a necessidade de se pesquisar algo utilizando a temática do acolhimento começou a ser pensada a partir da experiência de estágio curricular em um serviço público de saúde mental. Nesses movimentos, surgiu o desejo de compreender como os profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial percebem suas práticas, bem como quais os sentidos e percepções acerca do acolhimento. Nesse sentido, busco antes explicitar o percurso realizado por entre os caminhos da pesquisa.

Durante o processo de escolha da metodologia de trabalho, algumas pessoas me perguntavam: “Porque não fazer uma análise documental?”, “Ou então, uma revisão bibliográfica acerca da temática?” Diante das inúmeras possibilidades de se fazer pesquisa é necessário a escolha de um caminho, mesmo sabendo da incerteza e das dificuldades do trajeto. E assim, entendo que esta escolha deva ocorrer (também) de acordo com o desejo pessoal do pesquisador. Creio que o que me impulsionou a ir a campo, tendo optado assim pelo método da entrevista semiestruturada com enfoque qualitativo, foi à vontade de mergulhar na pesquisa, deslocando-me do meu posto, ao encontro com os profissionais de saúde e, especialmente, permitindo que os caminhos dessa trajetória se abrissem para novas formas de olhar e pensar a prática em saúde.

Em virtude disto, o acolhimento, como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), surgiu na elaboração deste trabalho, como uma proposta de extrema relevância para que os profissionais de saúde pudessem refletir e reavaliar as suas práticas de cuidado em saúde mental e sobre os modos de promover saúde no encontro com as pessoas em sofrimento psíquico. A partir do meu encontro com os profissionais de saúde, a temática do acolhimento se moldou ainda através da possibilidade em analisar e discutir as dificuldades e entraves no fazer profissional, bem como provocando possíveis mudanças no olhar voltado ao atendimento em saúde mental. Assim sendo, no intuito de explanar um pouco mais sobre os caminhos da pesquisa e levando em consideração a temática abordada, Spink e Medrado (2013) apontam que em uma pesquisa estamos a todo o momento convidando os participantes a ressignificação e produção de sentidos acerca da prática profissional, através do uso da linguagem.

2.1 Métodos e procedimentos

No intuito de compreender as concepções e sentidos sobre o acolhimento na perspectiva dos profissionais de saúde mental optou-se por utilizar como metodologia a

pesquisa de caráter qualitativo. Tal escolha metodológica se deu pelo fato de a pesquisa qualitativa abordar o mundo “lá fora”, bem como compreender e explicar os fenômenos sociais “de dentro” de diversas formas diferentes. De modo geral, a pesquisa qualitativa busca esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo a sua volta (GIBSS, 2009). Minayo (2010) entende que essa metodologia corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos sociais, trabalhando, nesse sentido, com “o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2010, p. 22).

A materialidade deste estudo foi composta a partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas com os profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Santa Cruz do Sul, sendo eles CAPS II, CAPSIA e CAPSAD III, os quais serão mais bem explicitados ao longo do trabalho. A entrevista semiestruturada consiste na utilização de perguntas abertas e fechadas, possibilitando que o sujeito entrevistado fale sobre um tema específico, sem que precise ficar preso a uma pergunta formulada (MINAYO, 2007). Entende-se que é a partir deste instrumento que a pesquisadora tem a possibilidade de conhecer o modo como os profissionais descrevem as suas ações e práticas profissionais, corroborando com o objetivo da pesquisa que é a compreensão dos sentidos do acolhimento.

2.2 Aspectos éticos

Para a realização deste trabalho inicialmente foi encaminhado o projeto da pesquisa para avaliação da instituição participante, onde foi emitida uma carta de aceite (Anexo) da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Santa Cruz do Sul. Após a concessão da autorização o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), que respeita e atende as normas éticas do Conselho Nacional de Saúde no Brasil, regulamentando as pesquisas que são realizadas com seres humanos no país. A pesquisa teve início mediante esta aprovação, registrada sob CAAE nº 81741517.4.0000.5343.

A partir disto, foram realizadas entrevistas com onze (11) profissionais de diferentes categorias, com nível superior, sendo que não foi definido o critério de idade, sexo e tempo de trabalho no local. Cabe ressaltar que os Centros de Atenção Psicossocial se constituem de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, como psicólogos, assistentes sociais, médicos psiquiatras, enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, técnicos de enfermagem, redutores de danos, profissionais administrativos, seguranças e auxiliares de cozinha e/ou limpeza.

Assim, no intuito de preservar a identidade dos profissionais, não foi informado na pesquisa dados como profissão e o local em que o profissional trabalha, visto que alguns destes possuem vínculo em mais de um destes serviços. Ainda, cabe enfatizar que inicialmente a proposta abrangia o número de catorze (14) profissionais, no entanto este não foi cumprido em sua totalidade devido à indisponibilidade de tempo dos participantes que foram convidados.

As entrevistas foram realizadas após contato prévio da pesquisadora com cada serviço, onde foi explicado o objetivo da pesquisa, a partir disto foi combinado um dia e horário com os profissionais conforme interesse e disponibilidade. A coleta de dados foi realizada nos respectivos locais de trabalho, a partir de um roteiro (Apêndice A) sendo que as entrevistas foram gravadas mediante autorização do participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em duas vias de igual teor. No intuito de garantir a leitura e escuta fidedigna dos conteúdos abordados as entrevistas foram transcritas, e posteriormente arquivadas juntamente com as transcrições.

Esta pesquisa comprometeu-se em garantir a confidencialidade das informações, sendo enfatizado aos profissionais o caráter voluntário da entrevista, bem como firmado o compromisso de sigilo e respeito à privacidade e à autonomia. Considerando que durante a pesquisa o participante poderia ter riscos, ainda que mínimos de algum tipo de constrangimento ou desconforto com algum aspecto referente a realização da atividade, foi ofertado um momento de escuta individual, caracterizando assistência imediata nos termos da Resolução nº 510/16 do Conselho de Saúde, entretanto, cabe enfatizar que esta não se fez necessária.

Ademais, a pesquisa teve como objetivo, além de contribuir para a produção científica, trazer benefícios para o próprio serviço acerca das práticas de acolhimento, ampliando as discussões e reflexões dos profissionais sobre o cuidado em saúde mental e sobre os modos de promover saúde no encontro com os usuários. Sendo que a pesquisadora comprometeu-se com os serviços em realizar uma devolutiva oral acerca do material analisado e das problematizações realizadas a partir desta pesquisa, no intuito de auxiliar a equipe na reflexão sobre os aspectos que emergiram deste estudo.

2.3 Análise dos dados

A análise temática dos dados foi realizada com base nas práticas discursivas, as quais remetem por sua vez, a produção de sentidos. As práticas discursivas podem ser definidas

como “linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 5). Spink e Medrado (2013) buscam enfatizar que em uma pesquisa estamos a todo o momento convidando os participantes à ressignificação e produção de sentidos, e por isso colocam que “trabalhar no nível da produção de sentido implica retomar também a linha da história, de modo a entender a construção social dos conceitos que utilizamos no *métier* cotidiano de dar sentido ao mundo” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 8).

Nesta mesma linha, Spink e Medrado (2013) buscando possibilitar definições acerca de tal abordagem teórico-metodológica ressaltam que “o sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 1). De modo geral, esse processo se traduz nas ações dos profissionais orientadas pelos sentidos e pelas práticas discursivas, onde através do uso da linguagem constroem o conhecimento e suas práticas profissionais.

A perspectiva de fazer pesquisa apresentada por Mary Jane Spink baseia-se assim no “estudo do saber cotidiano, focalizando as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais, no lócus onde se produzem e se significam determinadas práticas e com a preocupação de desnaturalizar as construções do cotidiano” (SPINK, 2010, p. 41).

Nesse sentido, é importante ressaltar que o material analisado partiu das entrevistas individuais que foram transcritas em sua totalidade. Portanto, em um primeiro momento foi realizada a escuta e transcrição das entrevistas realizadas, e, por conseguinte a leitura atenta e reflexiva de todo o material. Esse exercício me permitiu realizar anotações do processo de análise a fim de identificar os aspectos que mais se fizeram presentes. Deste modo, foi possível estabelecer algumas aproximações e similaridades nos relatos. Portanto, os conteúdos foram organizados a partir da separação dos trechos dessas falas, onde as discussões se dividiram em três eixos norteadores: 1) primeiras concepções sobre a temática (“qual é a primeira coisa que vêm à cabeça quando digo a palavra acolhimento”), 2) outras percepções/explicações (“o que mais você entende por acolhimento”, “quais ações percebe que sejam ações de acolhimento”), 3) entendimento teórico (“qual o conhecimento a respeito da Política Nacional de Humanização”).

Após a identificação dos temas centrais, detive-me ainda em olhar para os registros como um todo, conforme propõe a pesquisa com práticas discursivas, onde é possível haver a

associação de questões relevantes que tinham relação com o tema, e que possibilitaram entender “a parte em relação ao contexto maior” (SPINK, 2010, p. 41). Por fim, foi realizada a análise e discussão teórica do material, de modo que as informações pudessem embasar reflexões acerca da prática profissional.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 A potência do acolhimento

O acolhimento se concretiza no cotidiano dos serviços de saúde, por meio da escuta qualificada e atenção às demandas e necessidades do usuário. Schmidt e Figueiredo (2009) afirmam que o acolhimento é o primeiro contato que o usuário terá com o serviço e a partir do qual se definirá toda a sequência de atendimentos (ou encaminhamento), por isso é um momento em que “todos os recursos do serviço são postos à prova: quem atende; o que pode oferecer; como pode acolher, avaliar e discriminar a demanda” (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009, p. 131).

Neste sentido, o modo como o acolhimento será realizado é fator determinante para os desdobramentos do atendimento, no vínculo do usuário com o serviço e principalmente, na implicação com o seu tratamento. Com base nisso, Romanini, Guareschi e Roso (2017, p. 492) colocam que se o acolhimento for bem desempenhado pelos profissionais, “o acolher desdobra-se em verbos como ‘garantir’ e ‘ampliar’ o acesso, bem como ‘organizar’ ou ‘reorganizar’ os processos de trabalho”. Dessa forma, o acolhimento será concebido, também, como um “dispositivo de garantia e/ou ampliação do acesso dos usuários aos serviços” (ROMANINI, GUARESCHI, ROSO, 2017, p. 492).

Para embasar a prática dos profissionais no cuidado e assistência dos usuários nos serviços, o acolhimento surge como uma das diretrizes que norteiam o trabalho da Política Nacional de Humanização (PNH) e caracteriza-se assim como um dispositivo potente de humanização nos espaços de atendimento. Com base nisso, a Política Nacional de Humanização foi lançada no ano de 2003 e tem como objetivo pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde. Para isso, busca incluir e estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho (BRASIL, 2013a).

A prática de acolhimento nos serviços de saúde representa com a Política Nacional de Humanização um desafio de mudança ao modelo hegemônico de atenção a saúde, o qual era centrado apenas na doença e no patológico para um modelo de atenção humanizadora, em que se prioriza a escuta e o cuidado dos sujeitos para além de seu caráter biológico, considerando as questões de ordem psíquica e social (BRASIL, 2016).

Entretanto, apesar dos avanços e das conquistas do Sistema Único de Saúde, ainda existem entraves importantes no acesso e no modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública, conforme BRASIL (2010). Com base nisso “várias pesquisas de satisfação,

relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas” (BRASIL, 2010, p. 10).

Neste sentido, é interessante observar a forma como os serviços se organizam em seu cotidiano, pois conforme BRASIL (2016) ressalta,

[...] falar de acolhimento é também falar da organização do processo de trabalho e seus efeitos no cotidiano de vida local (serviço de saúde, comunidade, trabalhadores, gestores e usuários). Uma equipe que acolhe o usuário trabalha de forma muito distinta daquela que se organiza a partir de filas, de fichas ou exclusivamente de agendamento (p. 3).

Neves e Heckert (2010) ao problematizar a questão do acolhimento, colocam que no cotidiano das práticas em saúde observa-se muitas vezes um caráter redutor no atendimento aos usuários, em que o acolhimento se restringe a ações de triagem na porta de entrada dos serviços, ou as técnicas de recepção do usuário e suas demandas. Por isso, a proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) torna-se um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010, p. 16).

Com base nisso, a Política Nacional de Humanização defende a importância da articulação e envolvimento dos diferentes atores sociais nesse processo, como trabalhadores, gestores e usuários, de modo que o pensar sobre os modos de assistência e cuidado ocorra de forma democrática, partilhada e transversal (BRASIL, 2013a). Por isso, é importante apontar que a Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do Sistema Único de Saúde, pois conforme propõe, transversalizar nesse sentido significa “reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais coresponsável” (BRASIL, 2013a, p. 6).

Ainda segundo BRASIL (2016, p. 7) para a Política Nacional de Humanização o acolhimento se apresenta como “uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política”. A primeira no que diz respeito à inclusão e reconhecimento dos sujeitos em suas dores, diferenças e modos de ser e viver. Estética, pois se refere à importância das relações com o outro e a construção de estratégias de cuidado que visem à dignidade humana; e Política, pois enfatiza o compromisso coletivo dos sujeitos (BRASIL, 2016).

Schmidt e Figueiredo (2009, p. 136) salientam que “acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas”. Entretanto, a dificuldade dos profissionais em ouvir as demandas dos usuários, respeitá-los em suas diferenças e considerá-los enquanto sujeitos, com seus sofrimentos, dificuldades e singularidades é algo que evidencia a fragilidade na relação entre trabalhadores de saúde e a população. Por isto, a importância dos profissionais estarem constantemente refletindo sobre as suas práticas e sobre os modos de fazer saúde em seu cotidiano, dada a relevância do aspecto relacional na assistência e cuidado com o outro.

3.2 Contexto histórico e reflexões acerca da Saúde Mental no Brasil

Ao se problematizar o acolhimento dos usuários nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é necessário levar em conta o contexto no qual tais questões estão inseridas e foram sendo pensadas ao longo do tempo. Diante disso, torna-se fundamental discorrer sobre o contexto histórico acerca da saúde mental no Brasil e suas implicações na sociedade nos dias de hoje.

A forma como a loucura é vista atualmente não é a mesma de séculos anteriores. Ao longo da história da humanidade, o entendimento da loucura sempre esteve atrelado ao momento sócio histórico, onde os conceitos de normalidade e anormalidade são ideologicamente determinados (CANGUILHEM, 2000). Assim, durante muitos anos os sujeitos ditos e vistos como “loucos” e “doentes mentais” pela sociedade eram tratados sob a lógica da exclusão e do asilamento, os quais tinham como destino de vida os hospitais psiquiátricos (manicômios).

A autora Daniela Arbex, em seu livro: Holocausto Brasileiro traz um importante e triste registro sobre esse momento histórico. Entre os muros do chamado Colônia, considerado o maior hospício do Brasil, morreram pelo menos 60 mil pessoas, as quais tinham sido em sua maioria enfiadas em vagões de um trem e internadas à força (ARBEX, 2013). Estas pessoas eram,

epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, 2012, p. 14).

No entanto, essa barbárie começa a vir à tona lentamente, conforme Amarante (1998) somente a partir da década de 70 e início dos anos 80, em que as movimentações acerca da saúde mental começaram a ser pensadas no Brasil, atentando para as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos. Essa forma de tratamento passou então a ser reformulada através de um movimento social chamado Reforma Psiquiátrica. Os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos começaram a denunciar a situação precária em que os pacientes eram submetidos dentro dos manicômios, ou seja, excluídos de seu convívio social e confinados por longos períodos de tempo sob condições consideradas desumanas.

A partir de então, passaram a surgir importantes movimentos na busca de modificar o modelo tradicional de assistência à saúde mental no Brasil. Buscando possibilitar considerações acerca dos movimentos de reforma psiquiátrica no município de Santa Cruz do Sul encontro Silva (2013) que traz um importante recorte acerca disto. A autora traz que o atendimento psiquiátrico no município de Santa Cruz do Sul dava-se exclusivamente “através das internações na Clínica Vida Nova, que se constituía como a única alternativa de assistência, desde o ano de 1889” (SILVA, 2013, p. 24). As primeiras mudanças no cenário manicomial passaram a ocorrer por profissionais de saúde no ano de 1996, através das críticas à precariedade da assistência a saúde mental do município (SILVA, 2013).

Diante disso, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) começam a surgir no Brasil a partir destes movimentos sociais, onde os trabalhadores de hospitais psiquiátricos lutavam pela melhoria das condições de assistência a saúde mental no Brasil, substituindo o modelo tradicional de atendimento (BRASIL, 2004a). Com isso, hospitais psiquiátricos eram fechados à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado aos usuários, tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise (BRASIL, 2013b).

Neste cenário, o Sistema Único de Saúde é criado com a Constituição de 1988, a partir da promulgação da lei n.º 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). A criação do SUS se configura assim como um avanço importante na regulamentação e implantação de serviços de atenção diária, bem como na fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

A partir destes movimentos, percebe-se também uma mudança significativa de paradigma, onde a saúde mental dos usuários transcende o âmbito privado tornando-se uma Política de Estado com a promulgação da Política Nacional de Saúde Mental, lei nº 10.216 de 2001. Nela são afirmados a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos

mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Portanto, o atendimento as pessoas portadoras de transtornos mentais passa a ser assegurado através do pleno exercício de sua cidadania. Com a organização de serviços abertos, cria-se a possibilidade de os usuários participarem ativamente do seu tratamento, formando redes com outras políticas públicas, como educação, moradia, trabalho e cultura (BRASIL, 2013b). Entre os serviços substitutivos ao modelo manicomial estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS em suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definida em Portaria¹ do Ministério da Saúde. A RAPS tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção a saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2015). Está presente nos serviços de atenção básica; na atenção psicossocial especializada – onde se encontram os CAPS; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e estratégia de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Os CAPS definidos em Portaria² do Ministério da Saúde integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracterizam-se por serem serviços abertos e comunitários constituídos por equipe multiprofissional, estas realizam atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental grave ou persistente, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Buscam ainda “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004a, p. 13).

Os CAPS podem ser classificados em diferentes modalidades, de acordo com sua demanda e abrangência populacional, são eles: CAPS I, II e III para atendimento de adultos, CAPSad para usuários de álcool e outras drogas e CAPSi para infância e adolescência (BRASIL, 2004a). No município de Santa Cruz do Sul, apesar de todas as resistências enfrentadas para a mudança do modelo de atendimento manicomial funda-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 17 de Março de 1997, o que antecede a instituição da Portaria². Este credenciamento se dá pelo Ministério da Saúde no ano de 2002, na modalidade CAPS II, para “municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes, onde oferece

¹ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

² Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

Atendimento diário de 2ª a 6ª feira em dois períodos/dia” (CREPOP, 2013). A partir de então, com o crescente envolvimento dos profissionais na construção de uma Política de Saúde Mental no município credencia-se também no Ministério da Saúde, o CAPSIA, no ano de 2005 e em 2006, o CAPS AD (SILVA, 2013). Atualmente ambos os CAPS seguem em funcionamento, sendo o CAPS II para atendimento a adultos, CAPSIA destinado a crianças e adolescentes até os 18 anos de idade e o CAPS AD III que a partir do ano de 2012 passou a atender a demanda de usuários de álcool e outras drogas, na modalidade III para “municípios com população acima de 200 mil habitantes, por período integral/24h” (CREPOP, 2013).

3.3 Acolhimento e saúde mental: encontro entre trabalhador-usuário

O atendimento aos usuários e familiares nos Centros de Atenção Psicossocial deve ser desenvolvido por trabalhadores de diversas áreas, constituindo uma equipe multiprofissional, a fim de haver a articulação dos diferentes saberes na atenção e cuidado integral do usuário. Esta configuração de equipe pode variar de acordo com o contexto de cada serviço, buscando com isso superar o modelo biomédico, centrado apenas na doença. Assim, Matumoto (1998) *apud* BRASIL (2016, p. 11) salienta que “o acolhimento diz respeito a toda situação de atendimento a partir do momento em que o usuário entra no sistema e, por isso, deve ser executado por todos os trabalhadores tanto em ações individuais quanto coletivas”.

Diante disto, Neves e Heckert (2010) destacam a importância da “compreensão do acolhimento como relação com o outro, construção de vínculos interpessoais a partir de uma escuta solidária e atenta aos sofrimentos” (p. 153). Nesta mesma linha, Franco e Franco (2012) pontuam que a forma como o trabalhador irá receber, acolher e produzir o cuidado é definido muitas vezes pelos sentidos que este irá atribuir ao usuário, ou seja, “há uma ética do cuidado que é acionada pelo significado de usuário. O acolhimento supõe uma ética que considera este usuário um sujeito pleno no mundo, que traz em si uma potência de agir, mesmo que em situação de fragilidade” (FRANCO; FRANCO, 2012, p. 228).

Desse modo “o processo de trabalho em saúde é sempre relacional, ou seja, ocorre com base em um encontro, do trabalhador com o usuário” (FRANCO; FRANCO, 2012, p. 228). Por isso, o processo de trabalho se apresenta como questão fundamental na organização dos serviços de saúde, especialmente na dimensão do acolhimento (FRANCO; FRANCO, 2012). Nessa perspectiva, Franco e Franco (2012) nos convidam a pensar que

O acolhimento parte do pressuposto de que o cuidado se produz com base no encontro entre o trabalhador e o usuário, mediado por atos assistenciais produzidos através do trabalho. Sendo assim, ao se analisar o acolhimento, o encontro deve ser

posto em análise, pois é no espaço intercessor que ocorre o ato de produzir o cuidado, algo que se estabelece na junção de esforços entre trabalhador e usuário (p. 228).

Deste modo, podemos afirmar ainda que o acolhimento, também é “um encontro de saberes”, em que duas histórias, duas trajetórias distintas encontram-se neste espaço. Cada um dos atores envolvidos nesse processo traz consigo a “sua bagagem, seus saberes, seus afetos” (ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017, p. 493). É a partir deste encontro entre usuário-trabalhador que o cuidado e o vínculo se estabelecem.

Com base nisso, Merhy (1998) citado por Franco e Franco (2012) entende que o trabalho na prática cotidiana dos serviços estabelece-se a partir de tecnologias em saúde, as quais são divididas em: leve-duras, mediado pelos saberes técnicos do campo da saúde, duras no que se refere aos instrumentos de trabalho e as tecnologias leves que enfatizam o aspecto do cuidado e a dimensão relacional. A partir dessa noção das tecnologias em saúde é que encontramos o acolhimento, compreendido na definição das tecnologias leves, onde Merhy (2013) problematiza dizendo:

Esse é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. A presença de situações mais duras nesse espaço produtivo é praticamente insignificante, pois mesmo que para o encontro também tenha que se ter uma certa materialidade dura, ele não é dependente dela. É como se pudesse dizer que o processo de produção de um certo acolhimento realiza-se até na rua, ou em qualquer outro lugar. (MERHY, 2013, p. 178).

Tendo em vista as colocações de Merhy, Jorge et al. (2011) seguem a mesma linha de pensamento ao afirmar que na prática cotidiana dos serviços de saúde deve-se priorizar a tecnologia leve “como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Essa prática pode ser fundamentada no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na co-responsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde” (p. 3052).

Posto isso, este estudo tem como propósito a partir do encontro com os profissionais de saúde mental verificar os sentidos e as concepções atribuídas ao acolhimento e suas práticas no encontro com os usuários, utilizando-me destas bases teóricas para problematizar estes aspectos.

4 A TRAVESSIA

A verdadeira passagem ocorre no meio.

(SERRES, 1993, p. 12)

Os resultados que serão apresentados nesta pesquisa consistiram em identificar quais os sentidos e as percepções dos profissionais de saúde mental acerca do acolhimento. Desta forma, busco sintetizar ao longo das discussões as noções de acolhimento analisadas no decorrer do trabalho, no intuito de discutir sobre: Quando falamos em acolhimento, qual a primeira coisa que vêm à cabeça? Como a ideia de acolhimento elaborada pelos profissionais se associa a prática no serviço? Quais ações que podemos considerar ações de acolhimento? E ainda, quando falamos em acolhimento, estamos falando também em humanização, deste modo outra questão para esse estudo ao questionar os entrevistados: qual o conhecimento que possuem a respeito da Política Nacional de Humanização? Estas foram algumas das questões que nortearam este trabalho, e às quais me propus a problematizar a partir dos sentidos atribuídos pelos entrevistados.

O contato com os três Centros de Atenção Psicossocial ocorreram de forma gradativa a partir da autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul. Inicialmente realizei contato telefônico e por e-mail com os serviços a fim de apresentar a proposta da pesquisa, para a partir daí adentrar-me nos locais na busca de realizar a coleta dos dados. Ao longo desse processo, me senti bem acolhida e recebida por todos os profissionais, ainda que em alguns momentos nem tudo saiu como o desejado, devido a rotina intensa de trabalho nestes serviços. Entretanto, de maneira geral foi possível ter uma base suficiente para análise com o material coletado. Ao utilizar trechos das entrevistas ao longo do trabalho, saliento que os mesmos foram identificados com a letra E (entrevistado) e o número correspondente da entrevista, no intuito de preservar a identidade dos profissionais.

4.1 De que acolhimento estamos falando?

A primeira ideia de acolhimento que emergiu das entrevistas é a do acolhimento como uma atividade inicial do serviço de saúde mental, ou seja, da pessoa que chega ao serviço buscando auxílio, conforme podemos verificar nas falas abaixo:

Primeira coisa, hum, é a chegada do paciente acho que a primeira coisa que me vem na cabeça assim como ele vai ser recebido no, no serviço, por quem, de que forma.
E1

[...] seria o atendimento inicial digamos assim. Acolher, ouvir principalmente essa pessoa né, o que que a trouxe aqui e a partir daí que a gente possa traçar uma

alternativa de tratamento, de acolhimento pra ela depois, mas o acolhimento na minha opinião assim ó, é esse primeiro contato. E2

É tu atender a pessoa naquela, naquela urgência dele, ali no momento no que ele precisa naquele momento. [...] primeiro atendimento. E5

Seria receber os novos pacientes né que procuram o serviço [...] então a minha percepção de acolhimento seria o recebimento dos novos pacientes de uma maneira humanizada, mas priorizando riscos. E6

Olha, o acolhimento eu entendo como aquele primeiro momento né que tu vai acolher a demanda daquela pessoa. E11

As falas sugerem que é esse acolhimento inicial que os profissionais de saúde mental se referem quando falam em acolhimento, mas o acolhimento é apenas uma atividade realizada na porta de entrada dos serviços? Podemos atribuir o acolhimento ao momento da chegada do paciente? Ou ao primeiro atendimento realizado pelo profissional? Conforme a Política Nacional de Humanização a concepção de acolhimento não se reduz a apenas um espaço ou local no qual se faz a recepção dos usuários ou a triagem dos usuários que chegam ao serviço, mas denota aos profissionais de saúde mental uma “postura inclusiva que deve atravessar todos os momentos de cuidado” (BRASIL, 2016, p. 17).

Ao falar do acolhimento nos serviços de saúde é interessante atentar para o fato de: Que acolhimento estamos falando? Ou, o quê e quem estamos acolhendo? Essa forma de produzir cuidado e saúde no encontro com o usuário é essencial para pensarmos na dimensão do acolhimento, pois tradicionalmente no campo da saúde este tem sido identificado apenas “como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável” ou também “como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados” (BRASIL, 2010, p. 13). Ambas as noções apresentam sua importância, entretanto não devem ser tomadas isoladamente nos serviços, pois o acolhimento não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas sim, implica num compartilhamento de saberes, necessidades e possibilidades do cotidiano (BRASIL, 2010).

Percebe-se na fala dos profissionais que ainda não há um consenso em um primeiro momento de que todos os profissionais do serviço fazem o acolhimento, tomando deste modo a ideia de uma ação ou atividade mais pontual. Em contrapartida, duas entrevistas chamam a atenção com a noção que os profissionais trazem do acolhimento por parte de todos, desde o porteiro e a recepção que recebem o usuário quando este chega ao serviço, até a equipe ou profissional de ensino superior que acolhe a demanda e busca resolver o problema, conforme

colocam os entrevistados quando questionados a respeito de quais ações percebem que sejam ações de acolhimento:

Na realidade eu acho que todas, desde o porteiro porque ele recebe de uma forma muito gentil e educada né, até a recepção [...] existe também, todo esse cuidado né, desde a alimentação tudo é realmente com muito cuidado, muito carinho né, e também tentando resolver o problema que trouxe né. E9

[...] o acolhimento não para só no primeiro atendimento na verdade, ele é uma construção diária, na medida que o plano terapêutico é construído, esse acolhimento é feito, hã atendimento após atendimento, dia após dia, o acolhimento é também feito na recepção, é feito pela, pelas pessoas que cuidam da higienização, pelo segurança enfim, na verdade, todos fazem [...]. E10

Neste sentido, é possível verificar a percepção do acolhimento como um todo, sendo uma ação que pode ocorrer em vários espaços e momentos dentro do serviço de saúde e por todos os profissionais. Com base nisso, Romanini (2016) aponta para o fato de que nos serviços de saúde mental não há uma distinção de valores hierarquizados por parte dos profissionais, onde um é mais importante que o outro, mas sim uma “distinção qualitativa”, pois um acolhe a pessoa que chega e o outro acolhe a doença, o problema.

Nesta mesma linha os autores Costa, Laport e Paiva (2015) problematizam a questão do acolhimento nos serviços de saúde afirmando que

Este é um procedimento que deve ser realizado ao longo do contínuo de cuidado, toda vez que o usuário chega ao serviço ou o serviço vai até ele, até mesmo como uma forma de aprofundamento e renovação das informações sobre a pessoa. Ou seja, não existe um horário e/ou local específico, bem como um profissional exclusivamente responsável pelo acolhimento. Esse procedimento deve permear todo o processo de cuidado, pois se o usuário for tratado de forma não acolhedora, desrespeitosa e desumana, suas chances de não aderir ou prosseguir com o tratamento são muito grandes. Por isso, tal procedimento deve ser realizado por toda a equipe dentro de quaisquer dispositivos da rede e também durante visitas domiciliares, conversas informais, etc. O profissional deve ter a capacidade de acolher e compreender o outro sem se impor ou impor quaisquer condições ou julgamentos (p. 209).

A partir de tais considerações, no decorrer das entrevistas pode-se perceber que na medida em que os profissionais davam a sua concepção sobre o acolhimento, quando estimulados a refletir sobre o que mais que percebem como acolhimento no serviço, alguns citaram outras atividades, denotando assim a percepção de que o acolhimento não era apenas algo que a equipe realizava na chegada do paciente ao serviço, ou seja, não se restringe apenas a atividade de recepcionar os usuários ou ao primeiro atendimento, mas que também inclui as demais atividades e ações específicas e singulares de cada serviço.

[...] todas as nossas ações elas estão em prol do paciente né, seja o atendimento, o acolhimento individual, seja grupal, seja numa oficina enfim, tudo é pensado né nesse paciente, naquilo que a gente pode auxiliá-lo. E2

[...] ações do dia a dia, mesmo que às vezes tu ta aqui quando vê chega alguém que fala que não ta bem, necessariamente tu atende, fala com a pessoa, na verdade tem um acolhimento contínuo aqui dentro. E 6

[...] eu acho que ele vai se dar em diversos momentos do tratamento do paciente assim né, então... ah o momento em que o paciente mesmo já estando em acompanhamento ele precisa de um momento especial pra conversar [...] é tu acolher a demanda do usuário em qualquer momento que seja do tratamento. E11

Frente a isso as falas sugerem que o acolhimento pode ser considerado como uma etapa do processo de cuidado, sendo deste modo um dispositivo que irá permear todo o projeto terapêutico do indivíduo, desde a sua construção. Dentro dessa discussão, Romanini (2016) coloca que,

se assumimos o acolhimento como uma condição, ele deixa de ser uma atividade ou tarefa de um profissional ou serviço no momento em que o usuário chega ao serviço. A condição de acolhimento implica uma permanência, não no sentido de imutável, mas de um prolongamento espaço-temporal do ato de acolher – ou seja, deixa de ser restrito a um serviço específico e ao momento da entrada, da chegada neste serviço (p. 64).

Ainda dentro dessa perspectiva, Silveira e Vieira (2005) trazem que o acolhimento pode ser expresso ainda, num olhar dirigido ao usuário que chega ao serviço, ou mesmo uma palavra acolhedora, e assim pode estar presente em atividades de sala de espera que estejam para além da recepção, num gesto que demonstre que o espaço do serviço constitui-se numa referência para o sujeito. Diante disto, é importante apontar que durante a coleta de dados da pesquisa me deparei com a importância de realizar um diário de campo, onde seria possível constar minhas percepções em relação ao acolhimento dos usuários no momento em que me insiro nos locais, entretanto, devido questões pessoais relacionadas à falta de tempo em permanecer nos serviços não foi possível incluir tal análise no projeto.

Prosseguindo com essa discussão, é interessante pensar que o contato do usuário com o serviço implicará na construção e responsabilização do vínculo do profissional com o usuário durante o tratamento, com isso na cartilha publicada pelo Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), onde se encontram as *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*, a questão do vínculo e acolhimento são pensadas de modo que

O vínculo começa pelo acolhimento. Ser bem recebido e acolhido pelos profissionais é condição para o estabelecimento de vínculo com o serviço e o tratamento. Mas para que este vínculo seja possível é fundamental que o trabalhador se reconheça como sujeito de direitos e efetivamente reconheça o usuário da mesma forma: como um cidadão, que deve ser respeitado em suas necessidades. Essas necessidades são únicas, na medida em que expressam as diferenças e singularidades de cada pessoa, e ao mesmo tempo comuns, do ponto de vista do direito de participação e convivência social (CREPOP, 2013, p. 116).

Frente a isso, considera-se relevante colocar que apenas um profissional de saúde enfatiza a questão do vínculo com o usuário como algo estritamente ligado ao acolhimento, onde faz menção a uma situação ocorrida com um dos usuários do serviço:

[...] ah o momento em que o paciente mesmo já estando em acompanhamento ele precisa de um momento especial pra conversar ou alguma demanda específica que ele precisa de algum tipo de suporte, porque, eu acho muito importante quando o paciente vem no serviço e pede pra gente ajudar, por exemplo, a fazer currículo ou vem tirar uma dúvida de alguma coisa que às vezes não tem hã a gente teoricamente acha que não tem nada a ver com saúde mental, mas ele vem aqui pra pedir. [...] Isso então para mim demonstra o quanto ele sente assim uma segurança, um vínculo, uma confiança na gente [...] então isso pra mim já é sinal de que ele já foi bem acolhido e bem vinculado no acompanhamento né. E11

Nesta fala o entrevistado percebe que quando o usuário sente a liberdade em aproximar-se do profissional de saúde para solicitar ajuda em algo que possa não estar diretamente relacionado ao tratamento em si, é quando se nota que já estabeleceu algum nível de confiança e vínculo nessa relação, demonstrando o quanto o vínculo é um fator importante na atenção a saúde do usuário, na medida em que auxilia na construção do Projeto Terapêutico Singular³ e continuidade do tratamento. Com isso, Oliveira, Leme e Godoy (2009) nos ajudam a pensar na importância da

reconstrução da ideia de sujeito, do olhar para a pessoa além da doença que apresenta, considerando-se o conhecimento que possui sobre si mesma, sobre o adoecer e a saúde, como focos essenciais na reconstrução conjunta de sentidos em direção a uma vida saudável nos seus diversos aspectos (p. 124).

Esse cuidado contínuo com o outro é essencial na relação usuário-profissional o que possibilita que o sujeito tenha um protagonismo mais ativo no seu tratamento, em busca de uma autonomia e melhor qualidade de vida. Entretanto, questiono-me a partir desta fala se os demais profissionais reconhecem o vínculo como fator importante no tratamento do usuário? Existe a compreensão de que o vínculo começa pelo acolhimento? Ou a ideia de vínculo e acolhimento é concebido como algo descolado? Enfim, saliento que não pretendo aqui encontrar uma resposta ou mesmo passar a ideia de uma prática correta ou incorreta no atendimento dos usuários, mas sim suscitar problematizações a respeito. Esta talvez seja uma das lacunas desta pesquisa, e que entendo como uma temática a ser mais bem explorada em outro momento.

³ O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial” (BRASIL, 2007, p. 40).

4.2 “O encontro com o outro é único, não tem como protocolar”: a importância da escuta qualificada

Em um segundo momento o acolhimento passa a ser entendido como uma ação de cuidado, onde se pode verificar a importância que os profissionais colocam em “fazer com que o paciente consiga se sentir bem” (E1). “Cuidado, respeito” (E3), “escuta qualificada” (E4), “empatia” (E6), “acolher, receber bem” (E7), “contato, ouvir” (E8), “abraçar, receber de forma educada, gentil, acolhedora, carinho” (E9), “escuta acolhedora” (E11) foram alguns dos termos ditos pelos profissionais entrevistados quando se referiam ao acolhimento.

Percebe-se a partir dos relatos dos profissionais que existe uma preocupação com o cuidado aos usuários do serviço, onde é possível constatar que o acolhimento é concebido como um ato de acolher, sendo percebido dentro dos processos de trabalho “como ação em saúde e espaço de escuta” (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011, p. 980). Enquanto ação em saúde pode-se perceber que o acolhimento é concebido como uma disponibilidade da equipe de estabelecer relações humanizadas com os usuários, o que evidencia a implicação destes com a Política Nacional de Humanização, que enfatiza que o acolhimento em sua prática se traduz em “uma ação de aproximação, um “estar com”, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2016, p. 7).

Com base nisso a Política Nacional de Humanização, reconhece o acolhimento como uma “diretriz ética, estética e política”, a qual enfatizamos aqui uma diretriz ética porque se refere ao “compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, de sentir e de estar na vida” (BRASIL, 2016, p. 7).

Prosseguindo com essa discussão, alguns profissionais sinalizam a importância de acolher o usuário ouvindo e respeitando aquilo que ele está buscando no serviço,

Pra acolher bem uma pessoa acho que tu não pode colocar os teus valores, achar que os teus valores são bons pra ela [...] Então escutar, a primeira coisa escutar, o que que tu veio buscar, o que que a gente pode te ajudar né, pra junto ir construindo o plano terapêutico [...] E1

[...] é um momento de escutar mesmo [...] o principal é tu saber ouvir né e ouvir afetivamente e de forma acolhedora mesmo. E11

[...] acolher em qualquer momento, em qualquer lugar, sempre pensando na diretriz da política né, que é poder pensar este acolher o outro, acolher dentro da sua necessidade, acolher dentro do seu protagonismo, acolher diante do que ele ta trazendo, do que ele precisa ser ouvido. E8

[...] uma escuta qualificada. Tu ter um tempo pra conversar com a pessoa, pra ouvir né [...] é bem isso uma escuta, de tu parar, de tu orientar né então, e isso requer um tempinho pra tu fazer isso não é na corrida assim né. E9

Diante destas falas, destaca-se aqui a “potência inclusiva do acolhimento enquanto instrumento capaz de qualificar a escuta dos usuários”, pois nota-se uma preocupação dos profissionais em ouvir o usuário, suas dores, suas angústias, suas necessidades. Scheibel e Ferreira (2011, p. 980) colocam que “a sinalização do acolhimento como espaço de escuta indica que esse, como um conceito-ferramenta, tem potência de produzir efeitos terapêuticos em sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico e que o ato de acolher torna-se um ato de cuidado”.

Nessa perspectiva Emerson Merhy (2013) nos ajuda a pensar no acolhimento a partir da noção de valises tecnológicas, que se referem aos conhecimentos, equipamentos e tecnologias do agente produtor, ou seja, o profissional de saúde. Conforme o autor, as valises constituem-se em três tipos:

Uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, um estetoscópio, bem como uma caneta, papeis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém “tecnologias leves” implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato (MERHY, 2013, p. 176).

Romanini (2016) problematiza essa ideia de acolhimento a partir do mesmo autor, onde coloca que mesmo que armado pelas tecnologias mais duras e leve-duras, o olhar se singulariza no ato. Nesse encontro entre usuário e profissional os produtos podem se impôr do lado mais duro sobre o mais leve e do contrário também ocorre, visto que não há uma única forma possível de se fazer a clínica. Entretanto, conforme Merhy (2013) é dentro da caixa de ferramentas das tecnologias leves que encontramos o acolhimento:

Esse é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. A presença de situações mais duras nesse espaço produtivo é praticamente insignificante, pois mesmo que para o encontro também tenha que se ter uma certa materialidade dura, ele não é dependente dela. É como se pudesse dizer que o processo de produção de um certo acolhimento realiza-se até na rua, ou em qualquer outro lugar (p. 178).

Nesta mesma linha Nery et al. (2011, p. 398) afirma que “o ato de acolher requer uma escuta sensível, o compartilhamento de saberes entre usuários e profissionais, o que poderá subsidiar as ações de saúde, com ênfase nas tecnologias leves”, conforme pode-se perceber na fala dos entrevistados ao enfatizarem a importância da escuta, do respeito e da postura do profissional neste encontro com o usuário.

4.3 Humanização: uma ação de bondade? Por que e para quem?

Buscando possibilitar problematizações acerca da escuta dos usuários nos Centros de Atenção Psicossocial, Malta et al. (1998) enfatizam que o ato de escuta é diferente de um ato de bondade, é um momento que requer a utilização do saber do trabalhador para a construção de respostas às necessidades dos usuários. Assim é importante frisar que a escuta qualificada se materializa na relação entre usuário-trabalhador, na medida em que há o comprometimento em não só ouvir, mas o escutar atentamente.

Benevides e Passos (2005) problematizam a noção de acolhimento nos serviços de saúde ao afirmarem que este se transformou no que chamamos de conceito-sintoma, como uma noção que paralisa e reproduz um sentido já dado, como algo natural, constituindo-se assim num “modismo”. A partir destas problematizações e levando em consideração a temática abordada considera-se relevante uma reflexão crítica sobre os aspectos que dizem respeito à humanização nos serviços de saúde.

Em decorrência disto, o delineamento desta pesquisa nos exigiu assim um deslocamento na forma de pensar e entender a forma como a Política Nacional de Humanização é concebida pelos profissionais de saúde. Portanto, tomando como base a temática do acolhimento foi questionado aos profissionais qual o conhecimento que possuíam a respeito de tal Política:

Eu já estudei, estudei na, (pensando). Porque eu busquei fazer uma Pós Graduação né, não porque, infelizmente a gente não tem plano de carreira, então, hã... E também não é tão incentivada assim, a educação continuada né. E1

Olha, pra ser bem sincera assim, muito conhecimento sobre isso assim mais aprofundado eu não tenho sabe, porque o que a gente procura assim é, eu pelo menos tento fazer a minha parte de também me colocar no lugar da outra pessoa sabe, que eu acho que isso é uma coisa bem importante assim, quando tu acolhe quando tu recebe o paciente e também se por no lugar, o que que ele tá buscando, o que que eu posso auxiliá-lo pra que ele se sinta acolhido e se sinta aqui no serviço assim ó como é que eu vou te dizer, a vontade, não seria bem esse o termo, mas para que ele sinta que aqui ele está no local que as pessoas vão poder de uma forma ou de outra ajudá-lo, para que ele se sinta assim ó, hã... à vontade. E2

Já ouvi falar sim, mas não, não me aprofundi em nada assim, não sei te falar assim. E5

[...] não tenho memorizado realmente né, mas eu, o que eu lembro é que o que me passou é justamente isso né, a necessidade, a necessidade não, a dignidade de fazer uma abordagem hã, boa, eficaz, humana, com resquícios de generosidade, compaixão, e se colocar um pouco no lugar da pessoa, é basicamente isso, pelo que eu entendo né, pelo que eu, o pouco que eu lembro também. E10

Frente a isso, as falas dos profissionais nos mostram que existe um desconhecimento da maioria dos entrevistados a respeito da Política Nacional de Humanização, e, portanto, algumas questões nos permitem pensar a respeito: Porque implantar uma Política de humanização? Qual a importância de se falar em humanização? Se somos todos humanos, o atendimento aos usuários não deveria já ser algo humanizado? Humanizar seria então, tornar “mais humano o humano”? Contraditório pensar...

Todavia, observa-se que apesar de haver uma falta de conhecimento e aproximação dos profissionais com a Política Nacional de Humanização existe um cuidado e uma assistência as pessoas que apresentam algum tipo de adoecimento psíquico. Entretanto, BRASIL (2004b) destaca que,

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde (p. 6).

Contudo, entende-se que a forma como o cuidado é ofertado aos usuários atualmente passou por processos lentos e difíceis na história da saúde mental, onde as pessoas com transtornos mentais não eram consideradas cidadãos de direito e assim excluídas da sociedade. Esse processo acabou culminando no movimento da Reforma Psiquiátrica, conforme já discutido anteriormente. Nesse sentido, ao olharmos para o caso do hospital Colônia, por exemplo, onde as pessoas tinham suas cabeças raspadas e as roupas arrancadas, largadas ao relento, espancadas e violadas perdendo assim a sua própria identidade, não se tinha aí um cuidado, mas sim uma violação dos direitos humanos (ARBEX, 2013). Dessa forma, a atenção à saúde mental foi se redesenhando aos poucos com a promulgação do Sistema Único de Saúde e mais tarde com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial e da Política Nacional de Saúde Mental.

Deste modo, penso que olhar para esse processo de transformação no cuidado em saúde mental é fundamental para a reflexão sobre o que os profissionais de saúde entendem por acolhimento ou humanização e sobre como organizam suas práticas assistenciais. Nesse sentido, a partir deste contexto histórico/político/social o termo humanizar pode ser entendido no atendimento do usuário como

“rehumanizar”, na medida em que propõe considerar quem se apresenta para ser cuidado como um ser único, que tem uma história, uma visão de mundo, uma maneira de entender, sentir, se relacionar e expressar, inclusive suas “dores”. Resgata-se a dimensão relacional do ser humano como constituinte de identidades e construtora de saberes, sentidos e olhares, ampliando o papel do profissional da saúde para o cuidar (OLIVEIRA, LEME E GODOY, 2009, p. 124).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização busca redirecionar essa ideia, pois falar em humanização é também tratar da oferta de atendimento de qualidade aos usuários, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004c). O acolhimento então é um importante “pilar para o avanço do Sistema único de Saúde e conseqüentemente da Reforma Psiquiátrica” (CREPOP, 2013, p. 114), na medida em que exige das equipes dos serviços de saúde mental uma postura acolhedora e responsável com as demandas do usuário. Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, “não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS” (BRASIL, 2004b, p. 6).

Nesse sentido, Pasche, Passos e Hennington (2011) trazem um importante recorte acerca desse processo de construção da Política Nacional de Humanização, onde enfatizam que até o ano de 2003 o tema da humanização no sistema de saúde brasileiro podia ser visto apenas em programas incentivados pelo Ministério da Saúde, como do parto, da saúde da criança, da assistência hospitalar, etc, que tinham por característica a “baixa transversalidade entre os programas e setores do Ministério da Saúde e a imprecisão conceitual sobre o objeto humanização da saúde” (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4543).

A Política Nacional de Humanização surge então como uma política capaz de mudar a estratégia e reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando assim por diretrizes o acolhimento, a clínica ampliada, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). Nessa perspectiva, destaca-se a importância de adotar a humanização enquanto política transversal, “entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (BRASIL, 2004b, p. 7).

Diante dessas questões, é importante apontar que três (3), do total de onze (11) entrevistados mostraram possuir um conhecimento mais aprofundado com relação à Política Nacional de Humanização e sua relevância enquanto prática psicossocial nos serviços de saúde. Mais do que isso, denotando uma reflexão crítica sobre os aspectos do acolhimento na

prática dos profissionais, e ainda integrado a rede de saúde, e não apenas em um serviço específico.

[...] eu acho que o acolhimento fora o dispositivo que é acolhimento com classificação de risco, a diretriz acolhimento é algo que perpassa todos os dispositivos da política nacional de humanização, não tem como tu pensar em matriciamento sem pensar em acolhimento, não tem como tu pensar acolhimento com classificação de risco sem acolhimento, não tem como pensar a relação da gestão sem acolhimento [...] ah tu vai pensar em visita aberta no hospital, é um outro dispositivo, tu vai pensar que o acolhimento ele tá em todo lugar por isso que ele não entra como um dispositivo e sim como uma diretriz né. E8

Pois é, bem importante né. Assim ó, hã, foi uma ideia que eu e uma outra colega [...] de depois da reunião de equipe a gente organizar uma meia hora, quarenta minutos de estudo, a gente separou alguns polígrafos, sobre hã, a política de humanização, abrimos uma pasta, material de estudo pra gente. [...] porque eu entendo que trabalhar em CAPS tudo bem, tu tem que manejar crise, tu tem ‘n’ atividades pra fazer, mas tu tem que, assim como tu tem que deixar na tua agenda uma brecha, não agendar nada pra atender uma crise que possa acontecer, também estudar, mas não tem como, não acontece né. Então é necessário assim pra hã, tanto pra acolher, que seja um espaço hã, (pensando) saudável né, de atendimento, hã, como também para o profissional né, então ele é um guarda-chuva assim, ele intercala direto com a política de educação permanente à política de humanização, né. [...] ações de um próprio matriciamento é um dispositivo né, é uma ação de educação permanente. E7

Percebe-se nesta última fala que o entrevistado destaca a importância da Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde, pensando inclusive em momentos de estudo o que denota a preocupação em repensar os processos de trabalho. Diante disso, o profissional enfatiza o quanto é essencial a troca de ideias, saberes e diálogo entre os trabalhadores e os serviços, momento em que afirma o quanto a Política Nacional de Humanização e a Política de Educação Permanente caminham juntas: “a Política de Humanização com a Política de Educação Permanente tão muito interligadas assim né, uma linha tênue assim, que separa né” (E7).

Tendo em vista esse relato, é importante demarcar que no ano de 2004 o Ministério da Saúde apresenta a Educação Permanente em Saúde como

uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras” (BRASIL, 2004c, p. 9).

Nesse sentido, é preciso reconhecer que o campo da saúde mental apresenta-se como espaço importante na proposta da educação permanente na medida em que permite as equipes repensarem o seu processo de trabalho e a atenção a saúde dos usuários. Portanto, a educação permanente “parte do pressuposto de aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão

crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2004c, p. 10). Mais do que isso, “a formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS” (BRASIL, 2004c, p. 10).

Diante disso, torna-se relevante apontar que o objetivo da Educação permanente se baseia em repensar e transformar as práticas de trabalho, não se esgotando por si mesma, o que difere da proposta da educação continuada, a qual enfatiza a atualização de conhecimentos específicos (BRASIL, 2004c). Com base nisso a cartilha de *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial* nos ajuda a entender essa proposta:

A educação permanente está muito além de treinamentos centrados em teorias e técnicas para o desenvolvimento de habilidades específicas. Ela objetiva o desenvolvimento do profissional como um todo, com a finalidade de ajudá-lo a atuar de modo efetivo e eficaz no cotidiano de seu trabalho. Instrumentos como participação em supervisões, discussão e construção de casos clínicos, realização de assembléias com os usuários, criação de fóruns de discussão, rodas de conversas, reuniões de equipes são ferramentas importantes que contribuem para desenvolvimento profissional. Estratégias que se efetivam como democratização das relações entre os trabalhadores, conferindo a todos eles, independente de sua formação profissional, o direito de voz e voto, produzem maior responsabilidade do profissional diante do usuário e do projeto de trabalho e, nessa medida, contribuem para a sua qualificação profissional (CREPOP, 2013, p. 117-118).

Dessa maneira, nota-se a partir da fala de alguns profissionais uma fragilidade de espaços de educação permanente, onde alguns colocam haver apenas as reuniões de equipe para discussão de casos e outras questões do serviço:

[...] a gente discute bastante também em reunião de equipe, hã, as pessoas que tem mais experiência né falam pros que estão chegando, mas hã, um espaço específico pra falar sobre isso não tem, acho que vai permeando nos atendimentos como um todo assim, mais nas reuniões mesmo. E1

A gente tem na nossa reunião, a gente tenta fazer algumas coisas nesse sentido, mas também não consegue muito assim, vai de cada profissional. E3

[...] a gente às vezes comenta em reunião, enfoca em alguma coisa, mas não é nada assim sistemático [...] não temos muito espaço aqui, o profissional que acaba buscando, né cada um que, cada um que vai atrás de acordo com sua disponibilidade né. E4

Nós temos a reunião de equipe [...] mas não chega a ser educação permanente assim, a gente discute toda semana no serviço como a gente tá fazendo o que pode ser mudado para melhorar. [...] É um espaço pra discussão de casos e a gente não tem assim muito, da secretaria assim, um incentivo pra fazer cursos, congressos... Não se tem assim. E5

Diante dessas questões entende-se que ações de educação permanente e desenvolvimento profissional em saúde estruturam-se apenas no momento em que é possível

haver uma verdadeira reflexão sobre os elementos do processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas e da organização do trabalho (BRASIL, 2004c). Com base nisso, aponta-se assim, para a necessidade de ampliar e fortalecer estes espaços, uma vez que a forma como se dão as práticas de assistência aos usuários devem compreender reflexões constantes e críticas acerca da complexidade que é a saúde mental.

5 O OUTRO LADO

Finalizo esta escrita trazendo como título às considerações finais do trabalho o anunciado: “O outro lado”, o qual se refere à apropriação que faço da epígrafe deste trabalho, da autora Beatriz Cardella. Enquanto pesquisadora e psicóloga em formação encerro esta pesquisa com a mesma e única certeza do “nadador” que ao realizar sua travessia enxerga no término desta, “o outro lado”. Seria incongruente nesse sentido, afirmar que exista um fim para este trabalho, mas como se torna necessário um fechamento, permito-me fazer alguns apontamentos.

A necessidade de problematizar a temática do acolhimento nos serviços de saúde não apenas teórica, mas também prática partiu do desejo de compreender os sentidos e concepções que os profissionais de saúde atribuem ao acolhimento, conforme já enfatizado no decorrer do trabalho. Com isso, acredito ser importante colocar que com este trabalho não se tinha a pretensão de definir um conceito específico de acolhimento nos serviços de saúde mental de Santa Cruz do Sul, mas sim trabalhar na ótica dos diferentes sentidos e concepções que se apresentam.

Ao utilizarmos a noção de acolhimento estabelecida dentro da diretriz da Política Nacional de Humanização foi possível vislumbrar que essa prática se estende a todos os momentos de cuidado e encontros dentro dos serviços de saúde, ocorrendo assim em conjunto com as outras diretrizes estabelecidas em tal documento: ambiência, clínica ampliada, gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador, direitos dos usuários. Foi possível perceber também a preocupação que os profissionais colocam em atender bem o usuário que chega ao serviço, enfatizando a importância da escuta no processo de humanização da assistência.

Por outro lado, entende-se que a qualidade do cuidado ofertado aos usuários se constitui num processo de construção e reflexão cotidiana dos serviços de saúde e por isso a necessidade de adotar a humanização enquanto política transversal. Por isso, ressalta-se que mesmo com todos os avanços ocorridos na atenção à saúde mental, a prática de uma assistência integral e humanizada ainda implica num processo de luta política no âmbito da saúde que não se esgota apenas nos movimentos históricos antimanicomiais.

Essa necessidade crítica e reflexiva dos profissionais de saúde coloca em pauta ainda os desafios impostos as equipes com relação à atuação na rede de atenção à saúde mental, onde se percebe a carência de espaços de formação contínua e permanente que visem à transformação das práticas e organização dos processos de trabalho, bem como apontam para

a necessidade de ampliarmos as discussões sobre a temática do acolhimento no campo da prática em saúde mental, uma vez que as reflexões acerca da atenção aos usuários de saúde mental devem ser constantes.

5.1 A próxima partida

Ao encerrar este trabalho percebo que ainda permanecem (como diria minha orientadora desta pesquisa) muitas ‘pontas soltas’, o que me faz pensar que sempre haverá algo a ser discutido, analisado, explorado. Conforme traz ainda um dos profissionais de saúde que fora entrevistado: “a saúde mental é todo dia uma surpresa” (E4). O que me faz pensar o quanto a saúde mental é um campo complexo e ao mesmo tempo mobilizador, fazendo com que o cotidiano de trabalho deva estar sempre em análise, pois são nestes espaços que se constroem e se transformam os sentidos produzidos pela prática de cuidado em saúde mental.

Por fim, considerando a importância desta temática para o campo da saúde mental, encerro com o subtítulo “a próxima partida” com o desejo de que este estudo venha a contribuir com reflexões acerca das práticas de cuidado dos usuários dos serviços de saúde, e ainda que essa “travessia” possibilite o despertar pela busca de novos estudos e problematizações sobre o fazer profissional.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração, 2013.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2018.

BRASIL. Lei n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 17 set. 2017.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. 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] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. *Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf> Acesso em: 17 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf> Acesso em: 17 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 17 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013b. Disponível em: <

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf> Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf> Acesso em: 17 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf> Acesso em: 02 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf> Acesso em: 17 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 25 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: 17 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em: 12 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf> Acesso em: 20 jun. 2018.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. *A construção do psicoterapeuta: uma abordagem gestáltica*. São Paulo: Summus, 2002.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Conselho Federal de Psicologia (CFP), Brasília: CFP, 2013. Disponível em:

<http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2013/07/MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACAO2.pdf> Acesso em: 20 jun. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*. Conselho Nacional de Saúde, 07 abr. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2018.

COSTA, P. H. A.; LAPORT, T. J.; PAIVA, F. S. de. Perspectivas sobre o trabalho em rede: contribuições do paradigma ecológico no processo de intervenção em álcool e outras drogas. In: RONZANI, Telmo Mota. et al. (Orgs.). *Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez, 2015. p. 189-218.

FERREIRA, Aurélio Buarque. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FRANCO, T. B.; FRANCO, C. M. Acolhimento com classificação de risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim/Rio de Janeiro. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 227-233, 2012. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1516>> Acesso em: 29 set. 2017.

GIBSS, Graham. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IGNÁCIO, M.; BERNARDI, A. O acolhimento como dispositivo de cuidado em saúde mental na atenção básica. SC: UNIEDU, 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Monica-Duarte-Dorigon-Ignacio.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2017.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental. Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>> Acesso em: 01 out. 2017.

MALTA, D. C.; et al. Acolhimento: mudando o processo de trabalho em saúde, um relato da experiência em Belo Horizonte, In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.) *O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã, 1998.

MERHY, Emerson. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 172-182

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NERY, A. A.; et al. Saúde da Família: visão dos usuários. *Revista Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 397-402, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a10.pdf>> Acesso em: 02 jun. 2018.

NEVES, C. A. B.; HECKERT, A. L. C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p.151-168, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100011> Acesso em: 29 set. 2017.

OLIVEIRA, T. T.; LEME, F. R. G.; GODOY, K. R. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. *Revista Mental*, Barbacena, v. 7, n. 12, p. 119-138, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100007> Acesso em: 17 jun. 2018.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Brasília, v.16, n. 11, p. 4541-4548, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2018.

ROMANINI, M.; GUARESCHI, P.; ROSO, A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, n. 113, p. 486-499, abr./jun, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042017000200486&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 nov. 2017.

ROMANINI, Moisés. *Narrativas do desassossego: do re-en-colhimento às práticas de acolhimento aos usuários de drogas na rede de atenção psicossocial de Porto Alegre/RS*. 2016. 352 f. Tese (Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional – Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/147053>> Acesso em: 27 mai. 2018

SCHEIBEL, A.; FERREIRA, L. H. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Bahia, v. 35, n. 4, p. 966-983, out./dez, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/riipsa/resource/pt/lil-621028>> Acesso em: 31 mai. 2018.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a09v12n1>> Acesso em: 29 set. 2017.

SERRES, Michel. *Filosofia Mestiça*. São Paulo: Nova Fronteira, 1993.

SILVA, Guiomar Maria. *A articulação da Saúde Mental em Redes de Atenção à saúde: a perspectiva dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul-RS*. 2013. 93 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,

2013. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/87212> > Acesso em: 18 nov. 2017.

SILVEIRA, D.; VIERA, A. L. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 92-101, 2005. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v5n1/v5n1a07.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2018.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro: Edição Virtual, 2013. Disponível em: <<http://maryjanespink.blogspot.com.br/2013/11/versao-virtual-do-livro-praticas.html>> Acesso em: 05 nov. 2017.

SPINK, Mary Jane. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Disponível em: < <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>> Acesso em: 22 jun. 2018.

APÊNDICE - Roteiro da entrevista

Entre o conceito e a prática: os sentidos do acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul

Data: _____ Serviço: _____
Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Tempo serviço: _____
Profissão: _____ Formação: _____

- 1- Quando falo na palavra acolhimento, o que lhe vêm a cabeça?
- 2- O que você entende por acolhimento?
- 3- Quais ações desenvolvidas no local que você percebe que sejam ações de acolhimento?
- 4- Como você percebe o acolhimento neste serviço?
- 5- Qual o seu conhecimento a respeito da Política Nacional de Humanização?

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ENTRE O CONCEITO E A PRÁTICA: OS SENTIDOS DO ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA CRUZ DO SUL

Você está sendo convidado a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa intitulada “Entre o conceito e a prática: os sentidos do acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul” que está sendo realizada como parte do trabalho de curso para obtenção do título de Bacharel em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. Esta tem como objetivo investigar as percepções e sentidos que os profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Santa Cruz do Sul têm sobre como vem ocorrendo as práticas de acolhimento de sujeitos em sofrimento psíquico. A proposta deste trabalho justifica-se pelo fato de que os profissionais possam refletir e reavaliar as suas práticas de cuidado em saúde mental, assim como sobre os modos de promover saúde no encontro com os usuários. A materialidade deste estudo será composta a partir de entrevistas semi estruturadas, as quais serão realizadas nos respectivos locais de trabalho, sendo gravadas e posteriormente transcritas a fim de obter uma leitura e escuta fidedigna dos conteúdos abordados. Todas as entrevistas serão arquivadas juntamente com as transcrições, assim no intuito de preservar a sua identidade, não será informado o seu nome, profissão e o local em que trabalha, respeitando também a sua privacidade e autonomia. As informações obtidas nesta pesquisa serão utilizadas somente para fins acadêmicos. É necessário frisar que esta pesquisa apresenta riscos, ainda que mínimos, aos profissionais que se propuserem a participar da entrevista, como de algum tipo de constrangimento ou desconforto. Entretanto, caso de alguma maneira o participante sentir-se mobilizado com algum aspecto referente a realização desta atividade, será ofertado um momento de escuta individual, caracterizando assistência imediata nos termos da Resolução nº 510/16 do Conselho de Saúde. Ressalta-se que a sua participação nesta pesquisa é voluntária, sendo que tem a liberdade de recusar-se a participar desta a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo à sua pessoa. No entanto, solicitamos a sua colaboração ao participar da entrevista, garantindo assim o melhor resultado para a pesquisa. Ao participar deste estudo você não terá nenhum tipo de despesa, bem como não será efetuado nenhum tipo de pagamento por sua colaboração. Todos os gastos com a aplicação da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Gabrielly da Fontoura Winter (Fone 51 3717-7388). O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data ____ / ____ / _____

Nome e assinatura do
Paciente ou Voluntário

Nome e assinatura
do responsável pela obtenção
do presente consentimento

ANEXO B - Carta de aceite da Secretaria Municipal de Saúde



Santa Cruz do Sul, 27 de novembro de 2017.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o projeto de pesquisa intitulado **“ENTRE O CONCEITO E A PRÁTICA: OS SENTIDOS DO ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA CRUZ DO SUL”**, desenvolvido pela acadêmica Dionize Vanessa Conrad, sob orientação da professora Gabrielly da Fontoura Winter, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento da pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência- CAPSIA e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas- CAPS AD, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.


CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

Clarissa Gohlke
Diretora de Ações e
Programas de Saúde
M 41176