



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**FERNANDA GAMA LESSA**

**ACOLHIMENTO, VÍNCULO E CORRESPONSABILIDADE DO CUIDADO:  
PERCEPÇÕES SOBRE O RETORNO DO USUÁRIO ACOLHIDO E NÃO  
INSERIDO EM UM CAPS III SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE**

**CAMPINAS**

**2020**

**FERNANDA GAMA LESSA**

**ACOLHIMENTO, VÍNCULO E CORRESPONSABILIDADE DO CUIDADO:  
PERCEPÇÕES SOBRE O RETORNO DO USUÁRIO ACOLHIDO E NÃO  
INSERIDO EM UM CAPS III SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de **Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em saúde**, na área de concentração **Políticas, Gestão e Planejamento**.

ORIENTADOR: PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À  
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO  
DEFENDIDA PELA ALUNA FERNANDA  
GAMA LESSA E ORIENTADA PELO  
PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH.

**CAMPINAS**

**2020**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

L566a Lessa, Fernanda Gama, 1987-  
Acolhimento, vínculo e corresponsabilidade do cuidado : percepções sobre o retorno do usuário acolhido e não inserido em um CAPS III sob a ótica dos profissionais de saúde / Fernanda Gama Lessa. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Bruno Ferrari Emerich.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Acolhimento. 3. Pacientes. I. Emerich, Bruno Ferrari, 1983-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Embracement, bond and corresponsability of care : perceptions about the return of the embracement user and not inserted in a PSCC III from the perspective of health professionals

**Palavras-chave em inglês:**

Mental health

Embracement

Patients

**Área de concentração:** Política, Gestão e Planejamento

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Banca examinadora:**

Bruno Ferrari Emerich [Orientador]

Rosana Teresa Onocko Campos

Fernando Sfair Kinker

**Data de defesa:** 13-02-2020

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-5433-8811>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0011605513221629>

# **COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**FERNANDA GAMA LESSA**

---

**ORIENTADOR: PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH**

---

## **MEMBROS TITULARES:**

- 1. PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH**
  - 2. PROF. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS**
  - 3. PROF. DR. FERNANDO SFAIR KINKER**
- 

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 13/02/2020**

## DEDICATÓRIA

*Dedico a realização desta pesquisa à Chayene Andrade Cesario (in memoriam) por todo seu amor em forma de irmandade e por todo incentivo e encorajamento quando sonhamos viver este processo. Gratidão e saudade.*

## AGRADECIMENTOS

*“De nuestros miedos nacen nuestros corajes y en nuestras dudas  
viven nuestras certezas.  
Los sueños anuncian otra realidad posible y los delirios otra razón.  
En los extravíos nos esperan hallazgos, porque es preciso perderse  
para volver a encontrarse.”*

*Galeano, E.*

Agradeço à Christiane por nunca ter soltado minha mão, pelo exemplo de mãe, mulher e ser humano íntegro e corajoso. Sem você, possivelmente nada faria tanto sentido. Obrigada por ser quem é e por todo amor que me proporciona.

Agradeço ao Mário por todo apoio nesta caminhada chamada vida. Por todo zelo, atenção, ombro e sábias palavras. Além de me proporcionar tantas possibilidades para que eu pudesse chegar até aqui. Você faz parte de mais este sonho.

Agradeço ao Luis que mesmo longe se fez presente neste período de escrita, exemplo de determinação e sensibilidade. Obrigada por nunca ter me deixado desistir, pai.

Agradeço aos meus irmãos que de alguma forma me impulsionam a tentar deixar o mundo um pouquinho mais humano. É muito bom saber que vocês estão comigo nesta caminhada.

Agradeço a minha família a qual nunca poupou esforços para me ver chegar onde estou hoje. Obrigada pelo amor, carinho, incentivo e união.

Agradeço aos amigos de longa data e aos que pude ter a alegria de dividir este processo que é viver um mestrado profissional.

À Carol pelo ser humano evoluído e sempre disposto a escutar e devolver suas percepções de forma amorosa e admirável. Obrigada por tudo e tanto.

À Camila por toda a paciência em compartilhar um teto comigo, por enxugar minhas lágrimas que não foram poucas, por rir meu riso quando eu contava meus “causos” (pessoais e profissionais), por acreditar que eu seria capaz de chegar até aqui, pela luta diária em prol de nós mulheres símbolo de resistência e força. Obrigada pela oportunidade de dividir uma parte da vida.

À Amanda por ter caído de paraquedas no meio de tantas incertezas, por ter chegado (cheia de malas) pra ficar e por ter dividido um dos momentos mais difíceis da minha vida sem nunca ter soltado minha mão. Obrigada *amie* pela criação de uma morada que só nosso abraço é capaz de fazer sentir e por acompanhar mais um sonho meu.

À Ana com quem tive a imensa felicidade de dividir momentos acadêmicos que se estenderam a um convite de “moderadora de Grupo Focal”. Obrigada por ter aceitado este desafio, pelas horas no trânsito caótico num dia chuvoso e frio, por ter atravessado a cidade inteira mesmo com suas questões e estado lá por mim. Obrigada por este Maktub. Obrigada por me ensinar sobre o agora.

À Cláudia e à Claudinéia por tornarem esse processo intenso mais leve, regado de risos, conversas nos beliches dos hotéis, pela parceria estabelecida, pelo apoio de sempre. Obrigada por esse encontro lindo!

Ao Ermilo com quem pude compartilhar tantas leituras, reflexões, angústias e vida, principalmente fora da enfermaria. Obrigada por esse encontro, amizade e parceria, por ser alguém que me inspira a buscar sempre mais e mais conhecimento e por fazer parte disso ainda quando isso era apenas um sonho. Somos quem somos!

Ao Bruno, com quem tanto aprendi sobre “avaliar e se quiser pode deixar” – me chamando para um lugar seguro, de (auto) confiança na minha escrita. Supervisor de residência, orientador de monografia, (psicólogo nas horas mais tensas) e agora orientador de mestrado profissional. Obrigada por aceitar este desafio junto comigo, por toda a compreensão da minha trajetória, pelos momentos difíceis que compartilhamos enquanto supervisor e residente, pelo (super) incentivo e encorajamento quando eu achava que nada ia dar certo ou que não daria tempo! Obrigada por todos os “vamos que vamos” que é

hora de “se consagrar”! Obrigada por tanto e por toda a dedicação em seu trabalho como orientador.

Agradeço aos usuários do serviço CAPS, direta ou indiretamente, por acenderem de alguma forma uma chama que resultou nesta pesquisa.

Agradeço à equipe CAPS III Adulto Capela do Socorro (diurno e noturno) por todo incentivo e apoio nestes dois anos de mestrado. Vocês foram imprescindíveis para que eu conseguisse não só chegar até o fim, mas também realizar esta pesquisa da forma mais coletiva possível. Obrigada aos profissionais que conseguiram e se dispuseram em participar do Grupo Focal após seu expediente de trabalho. Foi emocionante observar vocês se colocando e problematizando tantas questões. Agradeço ao Diego, gestor do serviço, também pelo apoio e incentivo na realização desta pesquisa, por ter aceitado minhas ausências e bancado isso junto da equipe. Agradeço ao grupo “CAPS Food” pela produção das comidas ofertadas ao Grupo Focal. Agradeço também à Associação Saúde da Família por permitir a realização deste trabalho em prol do serviço e de seus usuários.

Aos amigos Fernando Mostaço, Raquel, Rodrigo, Thaísa, Juliana Ortolani, Letícia, Kelma, Luis, Ariane e Renato: por todas as vezes que me vi perdida, sem rumo, sem forças – obrigada por estarem aí por mim, por se tornarem uma família a qual me sinto segura e à vontade para rir, chorar e compartilhar a vida (e as caronas!). Obrigada!

Aos professores do mestrado profissional que fizeram toda a diferença neste processo permitindo inúmeras chances de metamorfoses ao longo do caminho. Obrigada pela sensação de transformação.

À professora Rosana Onocko Campos por esses anos de caminhada, com quem tanto pude aprender, pela coordenação de um programa de residência multiprofissional importante e necessário permeado por muita luta e resistência. Obrigada por aceitar participar desta banca de defesa desde a qualificação, contribuindo para que a pesquisa fosse aprimorada.

Ao professor Fernando Kinker pelos aprendizados desde os tempos de Unifesp os quais me fizeram admirar ainda a mais a trajetória da saúde mental,

campo que escolhi para atuar como terapeuta ocupacional e desenvolver este estudo. Obrigada por aceitar participar desta banca de defesa desde a qualificação e pela contribuição feita para que esta pesquisa pudesse amadurecer.

Quando o eu e o outro se encontram, quando diferentes mundos se encontram, tem-se apenas o imprevisível e a busca do retorno da capacidade de prometer e de se comprometer com o outro.

(ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017, p. 493)

## RESUMO

### **ACOLHIMENTO, VÍNCULO E CORRESPONSABILIDADE DO CUIDADO: percepções sobre o retorno do usuário acolhido e não inserido em um CAPS III sob a ótica dos profissionais de saúde**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços públicos substitutivos aos hospitais psiquiátricos que trabalham em uma lógica antimanicomial, com a função primordial de tratar pacientes com transtornos mentais graves e com sofrimento psíquico em seu território. O dispositivo do Acolhimento é uma das importantes ferramentas utilizadas nos CAPS, tendo a capacidade de acolher - através de uma escuta qualificada - a demanda do usuário que utiliza o sistema de saúde e que chega ao serviço procurando por ajuda. A presente pesquisa teve como objetivo compreender, sob a perspectiva dos trabalhadores, o retorno de usuários já acolhidos e não inseridos em um CAPS III da cidade de São Paulo a um novo acolhimento neste serviço. Grupos Focais e Narrativas foram as técnicas utilizadas para construção de dados nesta pesquisa com abordagem qualitativa e a Hermenêutica foi utilizada para compreensão e análise dos dados. Ao final desta pesquisa, concluiu-se que a compreensão sobre a percepção dos profissionais acerca das razões que levam usuários já acolhidos e não inseridos em um CAPS III a retornarem para um novo acolhimento é ampla e diz muito sobre as relações de trabalho envolvidas no serviço em questão.

**Palavras chave:** Saúde Mental, Acolhimento, Usuários

## **ABSTRACT**

### **EMBRACEMENT, BOND AND CORRESPONSABILITY OF CARE: perceptions about the return of the embracement user and not inserted in a PSCC III from the perspective of health professionals**

Psychosocial Care Centers (PSCC) are public services that substitute psychiatric hospitals that work in an antimanicomial logic, with the primary function of treating patients with severe mental disorders and psychological distress in their territory. The inicial embracement device is one of the important tools used in PSCC, having the ability to receive - through qualified listening - the demand of the user who uses the health system and who comes to the service looking for help. This research has as aims to understand, from the workers' perspective, the return of users already embraced and not inserted in a PSCC III of the city of São Paulo to a new embracement in this service. Focus Groups and Narrative were the techniques used for data construction in this research with qualitative approach and Hermeneutics was used for understanding and analysis of the data. At the end of this research, it was concluded that the understanding about the perception of professionals about the reasons that lead users already welcomed and not inserted in a CAPS III to return to a new reception is wide and says a lot about the work relationships involved in the service in question.

**Key words:** Mental health, embracement, patients

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

**Quadro 01.** Disposição do Grupo Focal.....43

**Quadro 02.** Instrumento de Indicadores do Acolhimento.....92

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ATA	Auxiliar Técnico Administrativo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CBO	Cadastro/Classificação Brasileira de Ocupações
GF	Grupo Focal
GFH	Grupo Focal Hermenêutico
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
PTA	Projeto Terapêutico Singular
PS	Pronto-Socorro
RT	Referência Técnica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>20</b>
<b>1.1 Acolhimento: diretriz operacional dos serviços de saúde .....</b>	<b>25</b>
<b>1.2 Acolhimento versus Triagem .....</b>	<b>28</b>
<b>1.3 Considerações sobre a temática do acolhimento e sua prática no serviço.....</b>	<b>30</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>32</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Campo .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2 Sujeitos .....</b>	<b>36</b>
<b>3.3 Métodos.....</b>	<b>37</b>
<b>3.3.1 O Grupo Focal.....</b>	<b>41</b>
<b>3.3.2 O Grupo Focal Hermenêutico (GFH).....</b>	<b>45</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 Eixos Temáticos .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1.1 O abraço não tria: percepções sobre acolhimento e triagem .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1.2 Complexidade velada: como se enxerga o fazer acolhimento?.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1.3 Novas formas de se fazer o mesmo: (re)analisar práticas é (re)construir a maneira de cuidar .....</b>	<b>56</b>
<b>4.1.4 A inexistência de uma resposta única: o retorno do usuário não se trata de uma ciência exata.....</b>	<b>62</b>
<b>4.1.4.1 A co-responsabilização das articulações: comunicação como fonte inesgotável de cuidado.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1.4.2 A heterogeneidade do olhar multiprofissional: distinções entre acolher e recolher.....</b>	<b>71</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>88</b>
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>93</b>
<b>ROTEIRO GRUPO FOCAL.....</b>	<b>93</b>

<b>ANEXO III.....</b>	<b>94</b>
<b>INSTRUMENTO CRIADO PELOS PROFISISONAIS DO CAPS III.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO IV .....</b>	<b>95</b>
<b>APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO V .....</b>	<b>96</b>
<b>A NARRAÇÃO DO GRUPO FOCAL .....</b>	<b>96</b>

### ***A pesquisa se inicia em trajetórias ainda não exploradas***

Dos anos de graduação em que foi construído processualmente o desejo de estudar cada vez mais sobre saúde mental e sua história e dos caminhos que me levaram a por em prática esse incessante desejo, surge a idealização de um projeto de pesquisa que sequer tinha corpo, tão menos grafia; havia, no entanto, desejo.

Após vinte e quatro meses de imersão diária – corpo, alma e tudo mais que possa existir – encerra-se um ciclo de especialização em saúde mental e coletiva e inicia-se um novo ciclo de práticas de cuidado em saúde mental com ação reabilitadora psicossocial de usuários com transtornos mentais.

Há quase três anos de inserção como trabalhadora em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) recém transformado em um serviço 24 horas, retoma-se a idealização do projeto de pesquisa, agora incorporado, com alguma grafia e desejo perdurado. Projeto esse que já teve inúmeras temáticas dentro de uma incansável ‘cabeça pensante’ que nunca para de se perguntar sobre tudo, rascunhando desenhos e reflexões em um caderno velho acerca daquilo que um dia gostaria de pesquisar e aprofundar.

Entre rascunhos e desenhos no “caderno onde tudo escrevo” levado diariamente às reuniões de equipe dou voz aos questionamentos coletivos sobre uma de nossas práticas dentro do serviço; questionamento este que já se fazia presente em minhas inúmeras reflexões e sobre as quais já discutia com alguns poucos profissionais entre almoços ou pelos corredores do CAPS ou nas caronas voltando para casa.

Ao final de uma reunião estendida em que discutíamos especificamente sobre estes questionamentos, encaminhou-se como proposta inicial a elaboração de um instrumento (ANEXO III) para avaliação de fluxo de usuários que chegam ao serviço para um primeiro atendimento contendo indicadores que pudessem identificar demandas destes usuários (de onde veio, por que veio) e nossos devidos encaminhamentos para tais. Então, com o preenchimento do instrumento, conseguiríamos identificar alguns pontos que consideramos importante conhecer a fim de que, a partir disso, pudessemos

aprofundar nossas discussões não só dentro do CAPS, mas também nas discussões em rede, prevendo uma ampliação no que tange o cuidado do usuário que circula nesta rede.

O instrumento foi elaborado a algumas mãos das quais fiz parte. Tentou-se desenhá-lo de forma simplória e efetiva para o uso cotidiano dos profissionais que realizam *acolhimento* em seus plantões. Desta forma, o instrumento é anexado à folha de rosto - criada quando o usuário chega ao serviço para passar por uma primeira escuta – e preenchido pelos profissionais a partir deste primeiro atendimento.

O instrumento foi um 'braço' daquilo que eu, como trabalhadora e futura pesquisadora, pretendia me aprofundar e compreender. Minha grande questão circulava em torno dos números hipotéticos (e que eu sempre considerei altos) de usuários que retornam a procurar o serviço mesmo já tendo sido atendidos e não inseridos nele, e que foram encaminhados para outros serviços da rede. Muitos foram os (re)acolhimentos que realizei com usuários que já haviam passado por um acolhimento anterior no CAPS e não foram inseridos no serviço e que retornaram por algum motivo para um novo acolhimento após certo tempo.

Para tal retorno e para possíveis motivos deste retorno eu almejo – não descobri-los – mas problematizá-los e compreendê-los sob a perspectiva dos trabalhadores que realizam acolhimentos no CAPS, incluindo-me como tal; e que assim como eu, possivelmente já se depararam com usuários que retornaram uma ou mais vezes ao serviço.

O instrumento possibilitou-me numericamente entrar em contato com aqueles números que eu considerava até então hipoteticamente alto, trazendo-me números concretos de usuários que não foram inseridos no CAPS e que retornaram a novos acolhimentos neste mesmo serviço. Além disso, o instrumento também possibilitou o acesso a uma planilha que é alimentada pelos auxiliares técnicos administrativos, e que traz – a partir dos indicadores criados – informações sobre este usuário, das quais: Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência; demanda do usuário; se foi encaminhado por algum serviço ou chegou de forma espontânea; se o encaminhamento (caso exista) é

qualificado ou não; se o usuário foi inserido no CAPS ou não e qual o encaminhamento dado pelos profissionais, caso o usuário não tenha sido inserido no serviço. A partir destes dados, foi possível realizar um levantamento de quantos usuários foram acolhidos duas ou mais vezes em um período de nove meses (Abril/18 – Dezembro/18), levando em consideração que neste período o CAPS III em análise era o único serviço de saúde mental de referência no território.

Apesar dos números serem representativos e objetivos, a subjetividade existente no retorno do usuário à procura do serviço no qual não fora inserido, apresentou-se de forma indagada para mim como trabalhadora, levando-me a percorrer caminhos ainda não explorados no que diz respeito à procura da compreensão das práticas que se reproduzem nos processos de trabalho do qual faço parte.

## 1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Quando nos referimos à Saúde Mental, tendemos a ampliar a gama de conhecimentos envolvidos sobre esta de forma a possibilitá-la inúmeros e novos significados e sentidos, encontrando percalços para desconstruir linhas tênues existentes entre os conhecimentos sobre ela e suas respectivas delimitações (AMARANTE, 2007).

Enquanto saúde mental e no que tange à concepção de loucura/louco, temos de acordo com Figueirêdo, Delevati e Tavares (2014, p.123) um sujeito (paciente) estigmatizado por perda de juízo ou perturbações mentais às quais o adjetivam de forma negativa e que são carregadas pela civilização atual. Ainda em sua concepção, para os mesmo autores, a loucura “é uma produção social histórica, mediada em grande medida por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental dos pacientes.” Tal conceito passa por inúmeras transformações ao longo do tempo, embora os preconceitos arraigados na sociedade se mantenham.

O século XIX dá origem ao “século dos manicômios” (RAMMINGER, 2002, p. 112) sendo estes caracterizados por acolher apenas doentes mentais, com prestação de tratamento médico sistemático e especializado.

No Brasil, o primeiro manicômio/hospital psiquiátrico criado ocorre no ano de 1852, na cidade do Rio de Janeiro: o hospício Dom Pedro II. O manicômio, para Amarante (1995, p.47) “concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença”.

A desconstrução e a ruptura definitiva com o manicômio significam desmontar a causalidade linear e reconstruir um olhar para um objeto complexo que é o sofrimento psíquico como condição humana e não mais a doença mental como um problema psiquiátrico.

De forma lenta, a reforma psiquiátrica brasileira passa a dar seus primeiros passos com o questionamento dos modelos manicomiais e hospitalocêntricos, respingando em instâncias governamentais; juntamente com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, com a produção de relatórios que preconizavam a priorização de investimentos em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais e a participação da população

na elaboração e implantação de políticas de saúde mental (VASCONCELLOS, 2008).

Assim,

a Reforma Psiquiátrica acontece juntamente com o advento do movimento sanitário, onde há uma exigência pela redefinição dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (OLIVEIRA *et al*, 2016, p. 45).

Tal Reforma referiu-se à ruptura do modelo manicomial que separava e demarcava parte da população considerada doente mental e, portanto, incapaz de compartilhar sua vida no social (BRASIL, 2013).

Segundo Costa *et al* (2012) no Brasil transformações em relação ao modelo psiquiátrico vigente até o final da década de 70 possibilitaram novos dispositivos de cuidado aos descritos como doentes mentais, superando o atendimento centrado no modelo hospitalocêntrico.

Ainda de acordo com Costa *et al* (2012, p. 47) “de forma concreta, a Reforma Psiquiátrica possibilitou uma oferta de cuidados diferenciados aos portadores de sofrimento psíquico, com mudanças significativas nos saberes e práticas assistenciais” (apud TENÓRIO; AMARANTE, 2002; 1995 ).

A primeira década de 1980 – marcada pela crise mundial e pelo contexto do agravamento das desigualdades sociais no Brasil – é acompanhada pela força que ganha o movimento sanitário e corrobora para a geração das bases do Sistema Único de Saúde (SUS) (DUARTE *et al*, 2015).

A implantação do SUS é prevista em todo o território nacional através da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). Posteriormente, através da Portaria 4.279/2010, são criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) tendo em vista a superação da fragmentação e da segmentação da atenção e do cuidado para com os cidadãos e o fortalecimento da comunicação e integração dos pontos de atenção em saúde. Cinco redes prioritárias foram pactuadas

para serem implantadas nas regiões de saúde do país (BRASIL, 2015), sendo uma delas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, pela Portaria GM/MS n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial é formada por diferentes dispositivos de atenção, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como articuladores estratégicos dessa lógica (COSTA *et al*, 2012). Além dos CAPS, pode-se citar outros serviços que compõe esta rede, tais como: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOS), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2013).

O CAPS, regulamentado pela portaria ministerial GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em sua área territorial (BRASIL, 2011). Caracteriza-se como um dispositivo estratégico substitutivo aos hospitais psiquiátricos (modelo asilar) a partir da lógica antimanicomial, apostando na plasticidade em se adequar às necessidades dos usuários e seus familiares.

Para Pinho, Hernández e Kantorski (2009 apud Pitta, 1994), os CAPS operam de maneira regionalizada, no território geográfico em que vive o sujeito, para que este seja acompanhado na sua comunidade e possa receber cuidados baseados na promoção, prevenção, reabilitação e tratamento.

De acordo com Assis et al (2014, p. 97),

A proposição de um serviço no/ do território implica delimitação de área geográfica e de abrangência populacional que viabilize o agir territorial das equipes dos CAPS em diálogo com os recursos comunitários, em rede intra e intersetorial, promovendo uma efetiva permeabilidade entre o 'espaço do serviço' e o território, o que requer mudança de objetivos e da intencionalidade do trabalho terapêutico.

O primeiro CAPS do Brasil surge em 1987, na cidade de São Paulo, nomeado CAPS Luis da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva e,

[...] juntamente com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), inaugurados a partir de 1989, em Santos, irão se constituir em referência obrigatória para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio em nosso país. Porém, serão os NAPS santistas que, através do funcionamento territorializado, 24 horas/dia, com leitos destinados a pacientes em crise e operando em rede com outros serviços, que efetivarão o mais significativo avanço na superação do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos, ambulatorios e urgências psiquiátricas, efetivando verdadeira ruptura paradigmática em relação ao modelo anterior (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, p.1055).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), os CAPS possuem três modalidades:

- CAPS I - Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.  
Equipe mínima: 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível universitário; 4 profissionais de nível médio.
- CAPS II - Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.  
Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior; 6 profissionais de nível médio.

- CAPS III - Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad.(Álcool e outras Drogas). Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.  
Equipe mínima: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível universitário; 8 profissionais de nível médio.  
Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio.  
Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 1 profissional de nível universitário, 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio.

Trabalha-se com a proposta da porta aberta, com a função de acolher e tratar prioritariamente os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2002). Uma compreensão possível que o termo “porta aberta” possui é referente ao funcionamento do serviço possibilitando ao usuário do sistema de saúde um acesso irrestrito ao serviço. Como refere Yasui, existe no termo porta aberta um “significado propositivo: a garantia da universalidade do acesso ao serviço” (2006, p. 124).

Deslocada para o sentido figurado, a “porta aberta” é um mecanismo de retorno às demandas dos indivíduos, tornando o serviço sensível a todos que

chegam, independente de terem sido referenciados ou procurado o serviço de maneira espontânea (PINHO, HERNÁNDEZ, KANTORSKI, 2009, p. 614-615).

Com a chegada da pessoa em sofrimento psíquico ao serviço é que se estabelecerá o primeiro contato. O usuário que procura o CAPS primeiramente passa por uma primeira escuta ou por uma triagem através do dispositivo chamado *Acolhimento*. Neste acolhimento/triagem o usuário é acolhido por meio de uma escuta atenciosa à sua demanda e, posteriormente, participa da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) específico para as suas necessidades caso seja inserido no serviço; ou no caso da não inserção, é encaminhado ou referenciado para outro serviço a fim de que seja acompanhado, assistido e cuidado. Tal encaminhamento é realizado por meio de uma ficha de referência/contra referência preenchida pelo profissional responsável pelo acolhimento, e assim o usuário é encaminhado para acompanhamento e seguimento de seu cuidado em outro serviço que abarque a demanda apresentada.

Conforme explana Ballarin *et al* (2011, p. 163 apud Teixeira, 2003), como parte de um atendimento integral, encontra-se o que se denomina acolhimento nos serviços de saúde mental como mais uma das tecnologias de atenção integral ao sujeito, uma tecnologia que se propõe a legitimar a importância da “materialidade” do encontro, do qual depende inteiramente o trabalho em saúde.

### **1.1 Acolhimento: diretriz operacional dos serviços de saúde**

De acordo com Souza *et al* (2008, p. 101), e Pereira e Ayres (2003) em análise da produção bibliográfica sobre acolhimento relacionado à organização e planejamento nos serviços de saúde, identificaram que o acolhimento como diretriz operacional passou a ser implantado, na década de 1990, em alguns sistemas municipais de saúde, como experiências pioneiras em municípios brasileiros que buscavam implementar mudanças tecno-assistenciais com base no modelo “em defesa da vida”.

Segundo Franco *et al* (1999, p.347), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três

princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Sendo assim, acolhimento pode ser entendido a partir de diversas perspectivas importantes e que juntas culminam em um conjunto de práticas potentes visando o cuidado ao usuário que procura o serviço. Embora aja como um dispositivo receptor é também um capacitador e possibilitador de criação de vínculo entre trabalhador-usuário/familiar, para além de permitir a construção de projetos individuais e coletivos que garantam a atenção integral ao sujeito. Ressalta-se que, reafirmado por Matumoto (1998) o acolhimento não se restringe somente ao ato de receber, e se configura como modos e atos sequenciais que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora do serviço.

[...] o acolhimento é estabelecido por meio de um atendimento de qualidade, de um tratamento pautado no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento de um elo de confiança e de amizade entre ambos (trabalhadores de saúde e usuários/família) [...] (JORGE *et al*, 2011, p. 3054).

O acolhimento também se traduz como a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo estabelecem com os diferentes tipos de usuários que chegam ao serviço (COIMBRA; KANTORSKI, 2005, p.57). Segundo os mesmos autores, o acolhimento é uma tecnologia leve e que pode ser fonte de trabalho vivo. De acordo com Jorge *et al* (2011) a tecnologia leve deve ser prioridade nas práticas rotineiras dos serviços de saúde como um instrumento para alcançar a integralidade e a humanização do cuidado.

Constituinte dos conceitos que norteiam a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2015, p.7-8), “o acolhimento é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde [...] e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.”

Se a atividade do acolhimento for bem desempenhada 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 é concebido, também, como um 'dispositivo de garantia e/ou ampliação do acesso' dos usuários aos serviços da Raps. Acolher é garantir o acesso, vinculado aos princípios da universalidade e da equidade do SUS (ROMANINI, GUARESCHI, ROSO, 2017, p. 492).

Para Merhy (1998) é preciso que sejam desenvolvidas capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar a partir do momento em que o serviço de saúde se baseia em práticas usuário-centradas. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo (Souza, 2008, p. 100).

Consoante Campos (2003), etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina, e significa algo que ata ou liga pessoas, indicando interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe.

A ideia de vínculo remete a algumas práticas e atitudes fundamentais para a realização do cuidar: abrir mais espaço para os usuários como verdadeiros sujeitos, e não como objetos de intervenção; mais continência e continuidade no serviço às diferentes demandas de indivíduos e comunidades; promover um efetivo envolvimento de profissionais e usuários ou comunidades com os processos de cuidado. Aqui, mais uma vez, é fazer mais e melhor do que já sabemos fazer, mas também fazer diferente, ou talvez compreender de outra forma esse fazer (AYRES, 2009, p. 19).

Ao passo que exige uma resposta imediata, o acolhimento também demanda um intervalo de tempo para esta resposta – traça-se uma conduta mediante a escuta ao usuário realizada pela equipe. Assim, o acolhimento se desdobra na inserção deste usuário no serviço de saúde para que se inicie um acompanhamento ou no encaminhamento deste usuário a outro serviço. Tal conduta é de extrema importância para o seguimento do cuidado e para o acompanhamento do sujeito em questão.

O ato de acolher está diretamente relacionado ao ato de escutar.

Escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir (e respeitar) os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos (BRASIL, 2007, p.16).

Em saúde mental, conforme Pinho, Hernández e Kantorski (2009) os trabalhadores parecem estar atentos e sensíveis ao acolhimento como prerrogativa que complementa a acessibilidade e produz novos sentidos ao cuidado com o louco e com a loucura no sistema de saúde.

Portanto, segundo Oliveira, Tunin e Silva (2008, p. 366), acolher não se restringe à porta de entrada ou à triagem dos usuários, mas envolve a escuta das necessidades do usuário e a responsabilização do serviço no sentido de dar respostas à sua demanda.

## **1.2 Acolhimento versus Triagem**

Segundo pesquisa realizada por Ballarin *et al* (2011, p.166), para alguns estudiosos o acolhimento não pode ser confundido com triagem, pois pressupõe um conjunto de atividades que envolvem aspectos que vão desde uma escuta qualificada até a reorganização de processos de trabalho.

Para Jorge *et al* (2011, p. 3054) o acolhimento é um dispositivo transversal na conduta terapêutica, pois não é tido apenas como uma parte do processo de cuidado (triagem). Ele perpassa todo o trajeto terapêutico do CAPS.

O acolhimento não se resume à triagem, visto que aquele pode ser definido como uma postura que procura responder por meio de uma escuta oferecida pelos trabalhadores às demandas do usuário, respeitando sua singularidade e garantindo o acesso deste a tecnologias adequadas, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2015, p. 331).

Ainda no estudo de Ballarin *et al* (2011, p. 166) em que se pôde entrar em contato com profissionais de CAPS III sobre a percepção destes acerca do acolhimento, temos que triagem e escuta constituem diferentes dimensões do acolhimento. Tais considerações reafirmam a ideia de que o acolhimento é

uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS, pois implica uma atitude de escuta, aproximação e de estar em relação com o outro. Para Diaz (2009), há que se destacar o caráter decisivo relacionado à triagem, já que o ato de triar pressupõe separação e escolha. Essa escolha é, de algum modo, determinada por um ideal de como fazer e responde a algum objetivo previamente determinado.

Em síntese, *o que e como* o acolhimento é utilizado na política municipal de saúde e saúde mental em termos documentais/normativos e seus desdobramentos operacionais nos serviços de saúde nas vivências entre sujeitos do sofrimento, família e profissionais de saúde mental, é o primeiro nível a ser constatado pelo sujeito de direitos de como o acolhimento enquanto diretriz, recepção do serviço e modo de escuta é concebido e praticado em termos políticos, de gestão e técnico (RODRIGUES; BROGNOLI, 2014, p.64).

Ainda que a RAS e a RAPS tenham como pressupostos o cuidado ao usuário de forma longitudinal, baseado em linhas de cuidado e nos modelos de atenção e buscando superar ao máximo o atendimento fragmentado e hierarquizado, é visto que ainda existem práticas centradas no processo de doença, minimizando a promoção da saúde.

As transformações no Modelo de Atenção em Saúde Mental no Brasil em que pese os preceitos da reforma psiquiátrica, a execução da política de saúde mental e o cotidiano da desinstitucionalização dependem diretamente da consolidação ética da relação entre profissionais, sujeitos do sofrimento e família nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial, tendo no acolhimento um princípio da integralidade (RODRIGUES; BROGNOLLI, 2014. p.64)

O cuidado em ato de acolher – não apenas no serviço de atenção à saúde mental – se configura como um importante dispositivo capaz de proporcionar ao outro aquilo que se espera no sentido de um olhar integral e com equidade. O retorno de usuários que não foram inseridos em CAPS e que voltam a passar por novos acolhimentos, também pode apontar para uma direção ainda pouco discutida na literatura, principalmente em serviços como CAPS III.

O retorno do usuário já acolhido que não foi inserido no serviço – especificamente no CAPS - pode revelar práticas que reforçam a segmentação do cuidado por parte dos serviços de saúde. Muitos casos encaminhados para

o CAPS III possuem um grau de complexidade menor se comparados aos usuários efetivamente inseridos nesse serviço. Muitos comparecem ao serviço por uma demanda espontânea, sem necessariamente compreender qual é a função específica de um CAPS, ou por indicações de colegas, vizinhos ou até mesmo encaminhados por profissionais de saúde que ainda desconhecem o funcionamento deste serviço.

Atualmente, segundo Gonzaga e Nakamura (2015), a maior dificuldade nos serviços de Saúde Mental é a demanda exacerbada de casos leves que acabam desviando a atenção dos profissionais dos pacientes realmente graves, os quais necessitam de uma assistência mais intensiva, próxima e constante.

### **1.3 Considerações sobre a temática do acolhimento e sua prática no serviço**

A temática desta pesquisa tem particular relevância no âmbito da saúde mental e coletiva já que trabalha questões que envolvem diretamente trabalhadores e indiretamente os usuários do SUS e como cada um desses personagens pode ser protagonista de suas ações, não perdendo de vista o compromisso e as diretrizes que embasam os direitos dos sujeitos em questão, definidos pelos SUS.

Especificamente neste projeto, o território em que se encontra o serviço de Saúde Mental utilizado como campo da pesquisa caracteriza-se por uma área de grande vulnerabilidade social a qual implica questões tanto de acesso aos serviços de saúde quanto em questões relacionadas à influência do ambiente nas demandas desses usuários.

Com base no levantamento numérico realizado através do instrumento avaliador desenvolvido pelos profissionais e que contém indicadores importantes acerca de fluxo e demanda, foi verificado que a quantidade de novos acolhimentos de usuários que já haviam sido acolhidos no CAPS III e não foram inseridos no serviço esteve em torno de 245 pessoas. Esse levantamento foi feito entre os meses de Abril à Dezembro/2018, considerando que neste período ainda não havia a existência de um novo CAPS III na região;

portanto, o CAPS III em análise era o único serviço de saúde mental de referência do território.

Entende-se com este levantamento que em um período de 09 meses, retornaram a procurar o serviço pela segunda vez, 245 pessoas, e que no período delimitado acima, ocorreram 804 acolhimentos no serviço no total. Ou seja, temos pouco mais de  $\frac{1}{4}$  de usuários que retornaram para o serviço em busca de um novo acolhimento entre Abril e Dezembro/2018. Percentualmente, temos que 30,47% de usuários retornaram ao serviço neste período para um novo acolhimento.

Diante de tais dados e de minha indagação quanto ao retorno do usuário acolhido e não inserido no serviço para um novo acolhimento, buscou-se na literatura bases que conversassem com as questões levantadas neste projeto, conforme já apresentado acima. Sobre as publicações de artigos e materiais acerca de CAPS III, Nascimento e Galvanesi (2009) apontam que a maior parte dos estudos nesta área está concentrada na implantação destes serviços ou são estudos qualitativos sobre um único serviço, sendo que poucos estudos se concentraram em avaliá-los de forma a considerar relevante o usuário e seus entornos.

Pelo expressivo retorno de usuários já acolhidos e não inseridos no CAPS para novos acolhimentos, pela co-responsabilização do cuidado por parte dos serviços de saúde, pela importância de articulação de rede no que tange à comunicação facilitadora da atenção integral ao usuário do SUS, pela necessidade de aprofundar e qualificar as discussões em torno das práticas profissionais cotidianas nos serviços, justifica-se esta pesquisa.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender, sob a perspectiva dos trabalhadores, o retorno de usuários já acolhidos e não inseridos em um CAPS III da cidade de São Paulo a um novo acolhimento neste serviço.

## 2.2 Objetivos Específicos

- Compreender a dinâmica de acolhimento de usuários que chegam ao serviço para um primeiro atendimento a partir da perspectiva dos profissionais;
- Entender como o novo acolhimento a usuários que retornam para o CAPS III acontece, considerando a relevância da articulação da rede intersetorial.

## 3. METODOLOGIA

### 3.1 Campo

O campo utilizado para a realização da pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial III Adulto (CAPS III) situado na Zona Sul da cidade de São Paulo, região da Capela do Socorro. Tal região é formada pelos distritos de Socorro, Cidade Dutra e Grajaú constituindo-se como regiões de vulnerabilidade territorial importante, com a estimativa de que atualmente conte com cerca de um milhão de habitantes. Segundo IBGE/Censo 2010 a população era de 594.930 habitantes nesta região.

Fundado no ano de 2012 por uma equipe multiprofissional, o CAPS III Adulto configurava-se como um CAPS II até o mês de Abril de 2017, quando passou a configurar-se como um CAPS III. Este contava com aproximadamente seis mil prontuários abertos e mil pacientes ativos, até a abertura de um novo CAPS III Adulto na região do distrito de Grajaú em Dezembro de 2018; abertura esta caracterizada pela necessidade do território em contar com pelo menos mais um serviço de atenção psicossocial, uma vez que o cuidado do usuário se concentrava em um único CAPS III Adulto para uma região altamente populosa e vulnerável.

O CAPS III Adulto em questão possui 08 leitos para acolhimento integral ou noturno, além de uma equipe multiprofissional que realiza inúmeras funções dentro e fora do serviço. É gerido pela Organização Social (OS) denominada Associação Saúde da Família (ASF), uma entidade sem fins lucrativos que

atende às exigências da Lei Municipal n.º 14.132/2006. A qualificação como OS é concedida pela Prefeitura Municipal de São Paulo às entidades que pleiteiem este título, desde que atendam aos quesitos legais e tenham reconhecida expertise em gestão de saúde e uma experiência de, no mínimo, cinco anos na área.

O território da Capela do Socorro possui hoje 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência sendo que nem todas possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Atenção à Saúde da família (NASF) tendo; portanto, Unidades Básicas tradicionais ou mistas. Conta com 02 Hospitais com leitos em enfermarias psiquiátricas que, embora não sejam referência do território, são serviços que respondem à Coordenadoria de Saúde da região Sul de São Paulo e, desta forma, são acessados pelo CAPS III Adulto; um Hospital Geral de referência, porém sem enfermaria psiquiátrica; uma Unidade de Pronto-Atendimento que não faz parte do território mas é dado como referência de cuidado para a região e um Pronto-Socorro Municipal. Possui 01 CAPS III infanto-juvenil, e 01 CAPS III álcool e drogas. Também conta com um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO Interlagos) e três Serviços de Residência Terapêutica (SRT) mistas.

Composto por uma equipe multiprofissional, O CAPS III Adulto conta com a seguinte composição: um gestor, cinco psicólogos, duas terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais, um farmacêutico, uma educadora física, duas técnicas de farmácia, sete enfermeiros, vinte técnicos de enfermagem, duas médicas psiquiatras, três auxiliares técnicos administrativos, dois oficinheiros, uma analista, duas auxiliares de serviços gerais, uma equipe de limpeza terceirizada e quatro guardas também terceirizados, um motorista e dois residentes (R1) de psiquiatria de uma Universidade localizada no território.

Atualmente a equipe configura-se como uma grande equipe multiprofissional e trabalha com quartetos de profissionais que atuam como Referências Técnicas (RT) dos usuários do serviço. Sendo assim, cada quarteto de profissionais possui um número pré-determinado de usuários os quais são referenciados e acompanhados durante seu tratamento no CAPS, e possuem uma UBS e/ou uma SRT de referência, às quais são matriciadas

mensalmente por estes profissionais. Ser Referência Técnica de um paciente significa estar junto do cuidado deste, responsabilizando-se por algumas tarefas em relação a ele como, por exemplo, observar e avaliar seu tratamento e evolução (ou não) dentro do CAPS, marcar consultas médicas, definir junto do usuário seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), conversar com familiares, possibilitando a manutenção do vínculo, entre outras funções.

Para Campos (1998) a equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade técnica pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Cabe-lhes, de modo integral, ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre eles e os usuários.

Assim, em uma unidade de saúde mental, de reabilitação, ou em um hospital ou ambulatório de especialidades, são organizadas equipes de referência multiprofissionais com caráter transdisciplinar (variando segundo o objetivo e característica do serviço) que se responsabilizam pela saúde de um certo número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos (BRASIL, 2004, p. 8-9).

O profissional de referência - no CAPS III em questão - é tido como referência técnica do usuário que é inserido a partir do momento em que realiza sua primeira escuta através do acolhimento. Parte-se do pressuposto que é nesta primeira escuta que a relação entre usuário e profissional é estabelecida, já que se trata de uma escuta atenciosa à demanda deste usuário. Considera-se importante a manutenção do vínculo através da continuidade do cuidado do usuário pelo profissional de referência que o acolheu pela primeira vez. No entanto, as referências são passíveis de mudanças, entendendo que cada sujeito possui sua singularidade e, por vezes, a terapêutica exige que se revise o lugar de cuidado em que se é proposto a ocupar.

A rotina dos profissionais é composta pela participação e viabilização de grupos terapêuticos; reuniões gerais de equipe; reuniões de matriciamento; visitas domiciliares; eventuais remoções para PS; composições em plantões; atendimentos individuais com usuários e com familiares; acompanhamento terapêutico, produção de atividades que envolvem o território; articulação com

a rede intersetorial, além de serem responsáveis pela evolução dos prontuários e por elaborarem relatórios de acompanhamento.

A estrutura de trabalho é configurada em forma de “plantões” os quais são compostos por profissionais de diferentes categorias, sendo necessária minimamente a presença de um técnico de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico, médico, enfermeiro ou educador físico). Nestes plantões, os profissionais são responsáveis pela cobertura do espaço de convivência/ambiência dos usuários e tudo que ela contém e pelos acolhimentos iniciais/triagens. Necessariamente é preciso que pelo menos um técnico de nível superior participe do acolhimento inicial/triagem juntamente com outro profissional, podendo este ser técnico ou não-técnico (auxiliares de enfermagem, técnicos de farmácia, oficinairos, auxiliares de serviços gerais e auxiliares técnicos administrativos). Normalmente os plantões contam com uma escala de cinco profissionais e são divididos por horários e períodos, tendo-se o plantão diurno e o plantão noturno. O plantão diurno é dividido em quatro plantões entre às 07:00 horas e 19:00 horas, tendo; portanto, a seguinte subdivisão: 07:00 às 10:00h; 10:00 às 13:00h; 13:00 às 16:00h e 16:00 às 19:00h.

Durante a semana, no período noturno, o CAPS funciona com uma equipe reduzida de profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), em plantões de 12 horas. Distintamente dos dias de semana, conta com uma equipe reduzida aos finais de semana às quais são compostas por uma equipe de enfermagem em uma jornada de 12 horas de trabalho. Importante ressaltar que, embora o serviço seja 24 horas, o horário para realização do acolhimento é estabelecido de segunda à sexta-feira das 07:00 às 18:00, por ordem de chegada ou por necessidade prioritária.

Acontecem no CAPS III Adulto 18 grupos terapêuticos (dentro e fora do serviço, diariamente); Fóruns de Direitos e Deveres em Saúde Mental (espaço aberto que ocorre mensalmente com a participação de usuários, profissionais do CAPS e de outros serviços da região); reunião de assembleia deliberativa (semanalmente com a participação de usuários e profissionais do CAPS);

reuniões de Conselho Gestor e de Colegiado Gestor (mensalmente) e reuniões de equipe (diariamente).

### **3.2 Sujeitos**

Participaram da pesquisa dez profissionais de diferentes categorias que trabalham no CAPS III Adulto entre o nível médio e superior e que realizam acolhimentos iniciais/triagens. O critério de inclusão dos profissionais foi fazer parte da equipe há pelo menos seis meses e aceitar participar da pesquisa. O critério de exclusão foi não desejar participar da pesquisa e fazer parte da equipe noturna a qual não participa da dinâmica de acolhimentos iniciais/triagens e/ou ser o gestor da unidade.

Sobre a escolha dos profissionais e critérios de inclusão Gonzaga e Nakamura (2015, p.235 apud Minayo, 1992) aponta que vale:

“[...] privilegiar os profissionais que detêm informações que o pesquisador pretende conhecer, isto é, [...] profissionais mais antigos no serviço, portanto mais experientes e indicados para dar informações sobre o tema pesquisado; e, ao mesmo tempo, que o conjunto de informações pudesse ser diversificado, sendo, para isso, escolhidos profissionais de diferentes categorias.”

Através do instrumento (ANEXO III) construído por profissionais do CAPS III para identificação do encaminhamento ou da demanda espontânea dos usuários que passam por acolhimento – criado espontaneamente durante uma reunião geral de equipe a fim de se reconhecer a origem dos encaminhamentos feitos ao CAPS ou de demandas de forma espontânea - foi possível criar e manter uma planilha de fluxo dos usuários que retornaram a um novo acolhimento no CAPS a partir de Abril de 2018 e assim, por meio desta, levantar e acessar os dados destes usuários. A partir deste levantamento, torna-se possível a quantificação dos usuários que retornaram a um novo acolhimento no período de seis meses (Maio a Outubro de 2018). A planilha é alimentada pelos Auxiliares Técnicos Administrativos (ATA) do CAPS.

### 3.3 Métodos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e participativa com aplicação da técnica de Grupos Focais (GF) e elaboração de Narrativas para construção de dados e a Hermenêutica para interpretação e compreensão do material produzido.

A escolha pela pesquisa participativa vai ao encontro do que acredito ser potente diante de uma equipe que se caracteriza de forma multiprofissional, que se relaciona e se conversa cotidianamente, que realiza seu trabalho coletivamente e que, conseqüentemente, direta e indiretamente, faz parte desta pesquisa.

Conforme aponta Passos *et al* (2013,p. 2921):

[...] as pesquisas participativas e colaborativas possuem a capacidade de reunir os saberes e as competências dos diferentes atores (stakeholders), contribuindo para maior coerência entre os valores da pesquisa e da comunidade e oferecendo, desta forma, possibilidades de potencialização da capacidade de ambos.

De acordo com Yasui e Emerich (2019), entende-se que a pesquisa participante surge como uma importante ferramenta em prol de uma mudança paradigmática envolvendo fundamentos e dicotomias que compõe o modelo científico da modernidade, insuficiente para abarcar todas as subjetividades pelas quais a vida é composta.

Diferentemente do que apontam os pressupostos “quantitativos” de predição, descrição e controle, Holanda (2006) refere que a abordagem qualitativa sugere a compreensão e o conhecimento dos complexos processos de constituição da subjetividade.

Corroborando com o objetivo principal da pesquisa, temos que:

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento (GADAMER, 1999). Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total (MINAYO, 2012, p.623).

Para Deslandes (2013, p. 72 apud Silverman, 1995) a pesquisa qualitativa privilegia o “setting natural” (não construído artificialmente pelo pesquisador), envolvendo a observação de situações reais e cotidianas. Trabalha a construção menos estruturada dos dados (geralmente serão estruturados, codificados posteriormente) e busca o significado da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados.

Conforme Onocko Campos *et al* (2013, p. 2848), por mais cuidadosa que seja a escolha do método usado para investigar o mundo, o pesquisador sempre é parte daquilo que está investigando, pois o mundo é visto a partir de determinada estrutura e dimensão humana.

No universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise de dados, deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta (*corpus*), tal fato se deve, invariavelmente, à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico numa abordagem naturalística (CAMPOS, 2004, p.611).

O fundamental nas pesquisas participativas, de acordo com Rocha (2003), é que o conhecimento produzido esteja permanentemente disponível para todos e possa servir de instrumento para ampliar a qualidade de vida da população.

O Grupo Focal é uma técnica de coleta de dados que a partir de encontros grupais entre pessoas permite a estas compartilhar atributos plurais (MIRANDA *et al*, 2013). Ainda de acordo com Miranda *et al* (2013, p. 250 apud Westphal, 1992) “essa técnica permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações se encontram associados a determinado fenômeno.” Sendo assim, “ganha sentido o pressuposto de que o grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros sujeitos.” (BACKES *et al*, 2011, p. 439)

Sob a ótica de Souza *et al* (2008, p. 102) a técnica do grupo focal valoriza a interação e estimula a conversa sobre assuntos que poderiam ser

embaraçosos, e visa aprofundar as informações e entender comportamentos num determinado contexto cultural.

Em síntese, desenvolver uma pesquisa utilizando o Grupo Focal é desenvolver um processo que contém procedimentos que visam a compreensão das experiências do grupo participante, do seu próprio ponto de vista (IERVOLINO; PELICIONI, 2001, p.116).

Em relação às narrativas, para Ricoeur (1997;1990) conforme citado por Miranda *et al* (2013, p. 262) “a construção do sentido de modo narrativo é o que permite a superação da dicotomia entre compreender e explicar [...] e se uma ação pode ser narrada é porque ela já está inserida em uma *práxis* social e por isso as narrativas seriam histórias não (ainda) narradas.”

A narrativa abre-se à interpretação ao mesmo tempo em que estabelece condições para sua circulação, recepção e produção. Assim, articula relações de poder, políticas, identitárias, do contexto, percebidas tanto diacrônica quanto sincronicamente, o que denota a complexa relação das narrativas com os discursos sociais. Na relação entre texto, narrativa e discurso poderiam ser vistas condições para inserção e circulação dos dizeres sociais, das ideologias e das realidades da vida cotidiana (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2013, p. 328).

A narração, para Walter Benjamin, tem como alvo a transformação do presente (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2013, p. 2850).

A interpretação e a compreensão dos dados serão estabelecidas por meio da hermenêutica.

A hermenêutica propõe-se restabelecer o entendimento alterado ou inexistente. Sua tarefa não é desenvolver um procedimento da compreensão, mas esclarecer as condições sob as quais a compreensão é possível (ONOCKO CAMPOS, 2013, p. 280).

Para Moustakas (1994), hermenêutica é entendida como a exploração ou modelo de pesquisa cujo foco está na consciência e na experiência. Deriva das idéias de Wilhelm Dilthey, para quem, toda ciência e todo saber é empírico, mas toda experiência está originalmente conectada e validada pela nossa consciência. Segundo a hermenêutica, é através do horizonte da experiência (que primeiramente parece nos dizer sobre nossos próprios estados interiores) e de seu “alargamento”, que se passa a saber sobre o mundo externo e sobre as demais pessoas, ou seja, parte-se de si-próprio para expandir o conhecimento (HOLANDA, 2006, p. 367)

Segundo Onocko Campos e Furtado (2013, p.331), sobre a aplicação da hermenêutica em uma pesquisa utilizando os GF e a narrativa como técnica de construção de dados:

[...] a apresentação das narrativas [...] em uma segunda rodada de grupos focais (aos quais chamamos de hermenêuticos, pois lhe coube interpretar e legitimar as narrativas) permitiu, além de enfrentar as questões da legitimidade das narrações, operar “efeitos de narratividade”. Os grupos confirmam as argumentações, aprofundam as discussões e manifestaram mudanças em relação à situação inicial.

A narrativa, ao fornecer diferentes contornos aos distintos modos de viver a experiência, é mais do que um meio de comunicá-la, ou meramente a forma pela qual a experiência é representada, simbolizada e recontada (ONOCKO CAMPOS, 2013, p. 2854-2855).

Ainda sobre a hermenêutica, segundo Gadamer (1999, p.405):

Aquele que quer compreender não pode se entregar, já desde o início, à casualidade de suas próprias opiniões prévias e ignorar o mais obstinada e conseqüentemente possível a opinião do texto - até que este, finalmente, já não possa ser ouvido e perca sua suposta compreensão. Quem quer compreender um texto, em princípio, disposto a deixar que ele diga alguma coisa por si. Por isso, uma consciência formada hermeneuticamente tem que se mostrar receptiva, desde o princípio, para a alteridade do texto. Mas essa receptividade não pressupõe nem "neutralidade" com relação à coisa nem tampouco auto-anulamento, mas inclui a apropriação das próprias opiniões prévias e preconceitos, apropriação que se destaca destes. O que importa é dar-se conta das próprias antecipações, para que o próprio texto possa apresentar-se em sua alteridade e obtenha assim a possibilidade de confrontar sua verdade com as próprias opiniões prévias.

Não existe pergunta sem a consciência de que para qualquer pergunta existem diversas respostas possíveis (Ayres, 2013 apud Gadamer, 1990, p. 216).

Complementando, Holanda (2006, p.368) refere que a base da hermenêutica está na própria experiência e cita que:

Heidegger entende o processo hermenêutico como uma pré-estrutura constitutiva da experiência humana, ou seja, a interpretação faz parte da estrutura básica da experiência [...] (Morão, 1990; Moustakas, 1994).

O momento fundamental da hermenêutica, segundo Ayres (2013), é a fusão de horizontes: quando se busca ativamente colocar-se em contato com outro horizonte (outra pessoa, outra época, outro lugar, outra experiência), procurando responder algo sobre o nosso próprio horizonte e, assim, compreendermo-nos (ao eu e ao outro). Desta forma, a hermenêutica é fusão de horizontes.

Ainda para Ayres (2013), para a hermenêutica, a pergunta tem primazia, ou seja, sem questionamento não há o distanciamento crítico que torna toda experiência de pertencimento um reapropriar-se de uma herança.

Todos os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I) contendo os objetivos da pesquisa, justificativas, ressarcimentos, privacidade e anonimato dos sujeitos, confidencialidade das informações, desconfortos e riscos, gravação das falas durante o grupo, procedimentos a serem realizados e assistência ao participante, assim como liberdade para abandonar o processo em qualquer tempo sem prejuízos.

### **3.3.1 O Grupo Focal**

*“Projetar é fazer”*  
(ONOCKO CAMPOS, 2001)

Em meados de Julho/2019 consigo apresentar meu projeto de pesquisa aos profissionais do CAPS durante uma reunião de equipe estendida. A apresentação, além de esclarecer e justificar minhas ausências quinzenais por dois dias no serviço durante o ano inteiro (2018), também foi importante para que os profissionais pudessem entender sobre o estudo a metodologia escolhida para desenvolvê-lo, colocando-os também como participantes deste. Após a apresentação, alguns profissionais vieram a minha procura com o interesse em participar do Grupo Focal. Em dois meses, pelo menos 15 profissionais demonstraram interesse em participar do estudo e, visto isso, criei um grupo virtual nas redes de comunicação para conseguir organizar a realização do GF a fim de que a maioria dos interessados pudesse participar.

Após muitas trocas de mensagens e conversas, e dadas as reais possibilidades de participação de cada interessado, foi definida a participação de 10 profissionais no GF, com diferentes formações acadêmicas. Segundo Gomes e Barbosa (1999, p.2) cada grupo é organizado com pequeno número de pessoas (entre 07 e 12) para incentivar a interação entre os membros. Os próprios participantes escolheram o horário de realização do grupo que pudesse contemplar a maioria, assim como o local. Eu apenas fui mediando e colocando em uma planilha os dias possíveis para cada um. Entendendo que trabalhamos com o sistema de plantões, o coletivo definiu que o melhor horário a ser realizado o GF seria após o expediente, sendo assim, este foi realizado no próprio CAPS às 20:00 horas do dia 05 de Setembro de 2019.

Era quinta-feira, chovia, fazia muito frio e a notícia da paralisação dos ônibus chegou por volta das 16h30 no tão esperado dia do GF. Acionei meu orientador como quem aciona os pais num momento tenso e crítico: “e agora?”. Como pesquisadora, fui tomada por um sentimento de desespero e angústia. Como trabalhadora, compreendia a necessidade de alguns profissionais em ter que ir embora devido o contexto em que se encontravam os ônibus. Numa junção trabalhadora/pesquisadora com sentimentos mistos de compreensão e frustração, me distancio por alguns instantes e lembro da autonomia do coletivo em questão. Assim, permiti que esta autonomia também se concretizasse neste momento e coloquei a eles a decisão do GF acontecer ou não. Além disso, é importante colocar que a moderadora viria de um local distante, embora da mesma cidade, e que sua vinda implicava diversas situações: desde o caos do trânsito de São Paulo num dia de paralisação do transporte público sem aviso prévio até o valor abusivo dos meios de transporte privados.

O GF aconteceu. Os participantes decididamente escolheram por ficar para concretizá-lo num dia absolutamente frio, chuvoso e sem transporte público. A moderadora demorou 01 hora e 20 minutos para chegar ao CAPS. E o grupo de geração de renda “CAPS Food” que acontece todas as quintas-feiras aumentou a produção de pastéis, quiches e cookies para o coffee que eu acordei em oferecer. Definitivamente, sem o desejo de cada um, este GF não teria acontecido.

Com a duração de uma hora e dezessete minutos, o GF ocorreu. A função de observadora deu-me uma grande certeza naquele momento: de que eu não quero respostas, mas que eu quero que eles (os participantes) saibam o quanto estar ali, fazendo e vendo tudo aquilo acontecer, me tomou por emoção em diversos momentos. Cada fala, colocação – e sem retirar os créditos da mediação sensível e precisa da mediadora – foram, sem dúvidas, muito significantes não só para o estudo, mas pessoalmente para mim. Relembrei o quanto aquela “cabeça pensante” que nunca parava de se questionar tinha razão quando queria estar e compor este lugar coletivo e de pesquisa. Sem esquecer os momentos burocráticos em que essa pesquisa precisou passar, pelos atrasos nestes processos, pelos momentos em que precisei “vender meu peixe” para que o projeto pudesse de fato acontecer. Havia também o alívio em saber que dali para frente tudo o que precisaria ser realizado dependeria só de mim (sem excluir a importância suprema do meu orientador).

Sobre a escolha da técnica, partiu-se do pressuposto de que a equipe já está habituada com espaços de discussão coletivos os quais envolvem inúmeros pontos de vista distintos e importantes. Sendo assim, considerou-se coerente a aplicação do GF nesta pesquisa, levando em consideração a heterogeneidade da equipe e suas múltiplas maneiras de se compor como tal. Além disso, o GF pode dar a oportunidade de legitimação de falas e olhares singulares destas uma vez que propõe a possibilidade de todos os participantes se colocarem acerca do tema abordado.

Ao fazer parte da equipe e também ser a realizadora desta pesquisa, participei do GF com a função de observadora/relatora deste. O papel de observadora garantiu a mim, como trabalhadora e pesquisadora implicada no processo de investigação, a possibilidade de estar inserida no GF observando e relatando seu processo e não me permitiu discutir sobre o tema diretamente naquele momento. Ao observador/relator cabe ainda a observação do grupo e da comunicação não verbal dos participantes e os registros dos acontecimentos de maior interesse para a pesquisa: fator indispensável para enriquecimento das análises.

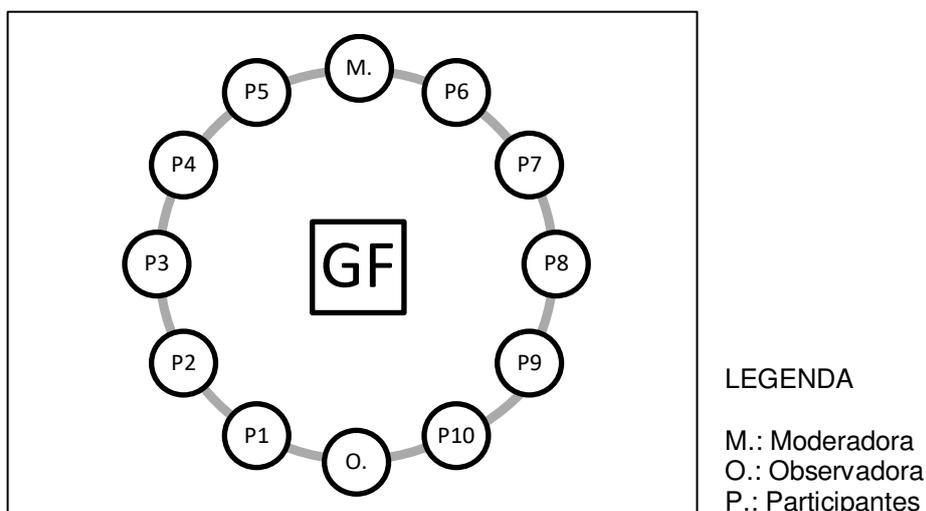
Foi elaborado um roteiro (ANEXO II) utilizado pela moderadora a fim de nortear o GF visando os objetivos deste estudo, com questões disparadoras para discussão do tema. Segundo Gondim (2003, p.151) o moderador de um grupo focal assume uma posição de facilitador do processo de discussão, e sua ênfase está nos processos psicossociais que emergem, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema.

O GF foi audiogravado e posteriormente transcrito. A escrita da narrativa foi construída após o término da transcrição baseando-se nas falas do grupo e ela ainda será devolvida ao coletivo em um GF denominado Grupo Focal Hermenêutico (GFH), para que seja detalhada e validada a narrativa construída, com a consecutiva elaboração de uma nova narrativa. De acordo com Onocko Campos (2013), os Grupos Focais Hermenêuticos terão como função a apresentação e a leitura da narrativa escrita a partir do primeiro GF, possibilitando aos grupos efeitos de aprofundamento das questões abordadas. Apostamos que esse momento pode ter efeito de intervenção, ao colocar os participantes diante de suas falas e práticas, dando concretude e espaço para questões que por vezes pouco podem ser pensadas ou discutidas no cotidiano e na gestão do processo de trabalho.

Ainda para Gondim (2003) a unidade de análise do GF é o próprio grupo. Se uma opinião é esboçada, mesmo não sendo compartilhada por todos, para efeito de análise e interpretação dos resultados, ela é referida como do grupo.

Do lugar de meros informantes, os participantes são incluídos na pesquisa assumindo posição ao lado do pesquisador, o que altera significativamente a maneira de organizar os procedimentos, muitas vezes caracterizados pela hierarquia dos diferentes e pelo corporativismo dos iguais. O desafio é o de transformar a pesquisa *sobre* em uma *com* sujeitos (PASSOS *et al*, 2013, p. 2921).

Quadro 01. Disposição do Grupo Focal



Fonte: própria da autora

### 3.3.2 O Grupo Focal Hermenêutico (GFH)

O GFH ocorreu em 27 de Setembro de 2019, uma semana antes da Qualificação da dissertação, com a devolutiva da narrativa validada para os profissionais. Assim como o GF, o GFH aconteceu no período noturno, após o expediente de trabalho, no próprio CAPS.

Existia uma grande ansiedade por parte da pesquisadora em fazer a devolutiva da narrativa antes do processo de Qualificação, pois, desta forma – e mesmo que não estivesse na versão impressa – seria possível levar para a discussão com a banca examinadora a realização do GFH e os possíveis desdobramentos que este traria.

A equipe, apesar de disponível, não estava tão disposta no sentido de se doar para aquele momento e trazer considerações acerca daquilo que estava sendo lido, que nada mais eram que suas próprias falas narradas por mim. Durante a leitura, e embora a narrativa de nove páginas fosse uma parte reduzida de uma transcrição de 26, fiquei atenta aos movimentos dos participantes os quais traziam uma tentativa de atenção e cansaço aparente. Ressalto que o momento de acontecimento do GFH envolvia a ausência do

gestor do serviço devido o seu período de férias, e a equipe vinha em um movimento de muita exaustão, principalmente os profissionais que compunham naquele momento o Colegiado Gestor e que estavam presentes no GFH, incluindo-me nisto.

Ao término da leitura da narrativa, os profissionais se olharam, sem muito o que dizer, e riram. Disponibilizei folha e caneta aos participantes caso necessitassem escrever algo que gostariam de pontuar ou fazer considerações em relação ao que estava sendo lido. Nenhum participante fez anotações na folha, e assim, estas me foram devolvidas da mesma forma em que foram entregues.

Um dos participantes relatou que a narrativa resumiu muito bem as falas do GF e que não estava faltando nada para acrescentar. Outra participante pontou que *“ficou ótimo”*, sem outras considerações. Uma das participantes colocou *“nossa, a gente é muito inteligente!”* em meio a risadas concordando com a fala. E assim o grupo começou a fazer falas atravessadas que traziam que a narrativa estava muito boa, que *“ficou bonito o que nós falamos!”*, e *“não achei que a gente tinha falado tanto assim!”*. Diante disso, pontuo com o grupo que *“o momento de dizer é agora”* visto que consensos e dissensos apareceram entre as falas e que aquilo era de todos que estavam ali presentes. E então surge uma fala: *“Ficou bem legal... porque aparece tanto a fala do usuário que vem sem nenhum encaminhamento, quanto a relação da gente com a rede, a gente enquanto pessoas... então acho que ficou bem completo.”* Após essa fala, os participantes aplaudiram e alguns verbalizaram *“muito bom Fê, parabéns!”*, um deles complementou: *“parece que a gente é super inteligente!”* e todos riram. *“Eu me senti tão especial”* também apareceu entre as falas. *“Somos o melhor!”* seguido de muitos risos finalizou a fala dos participantes do GFH.

Desta forma, em relação à narrativa escrita, não houve nenhum apontamento ou consideração que modificasse alguma parte do que fora escrito.

## **4. DISCUSSÃO**

### **4.1 Eixos Temáticos**

A partir de diversas releituras da narrativa elaborada após o GF – a qual não apresentou mudanças diante do GFH – foi possível identificar alguns eixos temáticos os quais foram analisados e interpretados sob a óptica hermenêutica proposta pela metodologia.

A fim de organizar a discussão, quatro eixos temáticos e dois sub-eixos foram definidos e subdivididos contendo trechos da narrativa de forma a legitimá-los.

#### **4.1.1 O abraço não tria: percepções sobre acolhimento e triagem**

*“O acolhimento é algo muito vivo...” (GF)*

Este primeiro eixo remete- às distinções entre acolhimento e triagem que surgiram durante o GF. Importante salientar que o direcionamento do GF é construído baseado em questões que possibilitam trazer à tona uma discussão mais aprofundada do tema abordado. Quando o GF é iniciado trazendo questionamentos sobre acolhimento e triagem, tem-se justamente a intenção de problematizar duas práticas existentes nos serviços de saúde e compreender como elas são interpretadas e lidas pelos atores que as executam, podendo ou não salientar semelhanças e/ou diferenças importantes de se debater, aprofundar e, posteriormente, analisar.

O termo triagem utilizado em questão aborda a primeira escuta do usuário que chega ao CAPS pela primeira vez, sendo esta realizada pelos profissionais do serviço. No GF o termo é bem definido e caracterizado como tal, pois se entende que acolher não é restrito apenas à porta de entrada ou à triagem dos usuários que chegam ao serviço inicialmente; compreende-se,

segundo Yasui que “encontramos uma atenção, um especial cuidado com este momento crítico que é a chegada do usuário ao serviço.” (2006, p.130).

Como descrito na metodologia, o CAPS III possui um funcionamento amplo (24 horas), caracterizando-se como um serviço porta aberta, constituído por uma equipe multiprofissional dividida em escalas de plantões. Cada um desses plantões é composto por 5 profissionais entre nível superior e médio os quais têm como função manejar as questões da convivência (incluindo usuários que estão em acolhida integral no CAPS) e realizar a triagem do usuário que procura ou chega ao serviço, ou seja, o qual não está inserido no serviço. Nesta triagem ocorre a primeira escuta do usuário feita por uma dupla de profissionais os quais estão compondo o plantão naquele momento, isto é, a escuta é realizada pelos plantonistas que se dividem e decidem entre si quais profissionais a farão. Necessariamente é preciso que haja pelo menos um profissional de nível superior compondo esta escuta, sendo que as médicas não participam desta composição. No CAPS III denomina-se pela equipe o primeiro momento de escuta como ‘acolhimento’ e não como triagem.

O acolhimento/triagem é realizado no período das 07:00 às 19:00 e o atendimento acontece por ordem de chegada, sem horário demarcado, com exceção das demandas que chegam ao serviço via SAMU ou remoção; idosos; gestantes ou alguma situação que a equipe entenda como prioritária, Não há protocolos que permeiem a realização do acolhimento, é aberta uma ficha do usuário denominada ‘folha de rosto’ com informações importantes como nome, data de nascimento, endereço, número do cartão do SUS, UBS de referência, entre outras. Essa ficha é aberta pelos Auxiliares Técnicos Administrativos (ATA) e são colocadas em um escaninho etiquetado como “acolhimentos”. Os profissionais que realizarão a escuta acessam este escaninho onde a ficha se encontra e junto da ficha estão anexos: o instrumento criado (ANEXO III) já comentado anteriormente, uma folha de evolução a qual será utilizada para descrever o atendimento feito com a conduta tomada diante da demanda apresentada e, se houver, o encaminhamento trazido pelo usuário.

Não há um critério fechado estabelecido sobre a inserção dos usuários no serviço, no entanto, entende-se que existe uma demanda pré-estabelecida

em relação a essa inserção. Além disso, a escuta pode não se encerrar neste primeiro momento, tendo os profissionais a possibilidade de realizar uma segunda escuta (assim denominada pela equipe) deste usuário; podendo levar o caso para discussão em equipe; podendo discutir o caso com outros serviços de saúde que possam colaborar neste processo; entre outras possibilidades.

Visto isso, notórias são as diferenças conceituais entre triagem e acolhimento que são trazidas nas falas dos participantes do GF os quais apontam que as duas práticas/dispositivos possuem um distanciamento exacerbado quando se referem a questões subjetivas e intrínsecas do sujeito. Isso quer dizer que o acolhimento é positivamente trazido pelos participantes enquanto a triagem é direcionada negativamente para uma prática dura e, conseqüentemente, menos acolhedora. As falas conferem ao CAPS um serviço absolutamente dinâmico e validam que tal distanciamento é existente não apenas em seu conceito, mas também no cotidiano de práticas e fazeres. Sendo assim, a compreensão de que ambos, triagem e acolhimento, podem estar correlacionados ou agregados de alguma maneira é aparentemente inexistente pelo GF.

*“O que buscamos é exatamente não triar pessoas durante um acolhimento...” (GF)*

*“[...] triagem se define como um momento pontual em que o usuário é ouvido em um curto período de tempo, sem grandes chances de colocar suas questões mais subjetivas e requerendo uma conduta de rápida resolução [...]” (GF)*

*“[...] a triagem nos dá essa ideia de escolha, segregação, algo emergencial... Baseada em queixa e conduta.” (GF)*

As falas acima expressam uma ideia de que triagem relaciona-se à ideia de segregação e que se caracteriza como uma escuta rápida a qual requer uma solução tão rápida quanto. O termo triagem é bastante relacionado a práticas hospitalares as quais exigem certa urgência em sua conduta, e isso é trazido pelo grupo.

*“Pensamos a triagem como algo sistematizado, com roteiro, com procedimento operacional padrão com questões definidas. A triagem*

*é bem direcionada e simplificada, bem parecida com um sinal de trânsito: vermelho, amarelo e verde, e assim tratamos as pessoas como se fossem cores.” (GF)*

*“O termo triagem nasce na época da Segunda Guerra, é um termo médico e da enfermagem, usado para triar, ou seja, servia para escolher quem ia viver ou quem ia morrer.” (GF)*

A percepção trazida pelos profissionais em relação à triagem possui um caráter seletivo e excludente indo de encontro ao que acreditam ser o ideal para um espaço de cuidado, no caso o acolhimento, como colocado em diversas falas.

*“Acreditamos que o acolhimento seja quase como um abraço, um primeiro momento de contato e escuta que valida o sofrimento do usuário de forma que ele possa se sentir confortável em relatar suas dores e suas questões, permitindo que seja acolhido da melhor forma possível, com um cuidado muito próximo e atento.” (GF)*

Quase inevitável não emergir aqui o conceito de “*holding*”<sup>1</sup> ao ouvir e, posteriormente, ao ler a palavra abraço no processo de escrita da narrativa. O *holding* é composto pelo conjunto particular de cuidados psicológicos e físicos, promovidos de forma confiável pelo ambiente (inicialmente mãe), que correspondem às necessidades do bebê, e, inclui a preocupação materna primária da qual deriva o suporte egoico do qual o bebê precisa para se desenvolver com saúde (APOLLONIO, 2016, p. 123). Quando comparado ao abraço, traz-se à tona a significância acolhedora pela qual o acolhimento é trazido pelo grupo, arriscando a colocá-lo em um lugar de maternagem; de um ato que não é físico, mas que traz consigo - na atenção da escuta - o acalanto esperado por aquele que procura cuidado e atenção, sendo, então, possível abraçar ao escutar o outro.

*“Acolher permite que sejamos sensíveis ao momento do outro de forma a pensarmos: se um dia eu estivesse neste sofrimento, eu gostaria de ser acolhido assim.” (GF)*

---

<sup>1</sup> Conceito utilizado por Donald Woods Winnicott para caracterizar uma fase de total dependência e a forma como o bebê é sustentado no colo de sua mãe, para além do fator ambiental.

Para Jorge *et al* (2011, p. 3055) os dispositivos das tecnologias relacionais transversalizados na prática em saúde mental são o acolhimento, o vínculo, a co-responsabilização e a autonomia. Mas a ênfase ocorre no acolhimento por disponibilizar um processo de escuta, diálogo e valorização do saber do outro. Assim, pôde-se majoritariamente identificar diante das falas a existência de um comprometimento por parte da equipe ao validar o sofrimento de quem é escutado e fazer desta escuta um movimento potente a fim de que o usuário se sinta cuidado, mas que também faça parte deste cuidado da forma mais autônoma possível.

Conforme sugerem Romanini, Guareschi e Roso (2017, p. 493) o acolhimento “é também ‘um encontro de saberes’, duas histórias, duas trajetórias que se encontram dentro de um serviço. Cada um dos atores envolvidos traz consigo sua bagagem, seus saberes, seus afetos.” Sendo assim, não se pode dizer que todos os acolhimentos são tidos como espaços que “abraçam”, afinal, falamos não apenas de um encontro ético, profissional, político, mas também dizemos de uma clínica do inusitado, que envolve a clínica dos afetos em que se afeta e se é afetado o tempo todo; podendo-se dizer que há um enlace entre profissional e usuário. Esse enlace envolve afetos, sentimentos, vivências inconscientes que vão engendrar mutualidade, o que nos permite dizer: estamos falando de um tratamento que se insere no âmbito da intersubjetividade (PALHARES, 2008, p. 100). Mais que isso, fala-se de um encontro que é dado a partir de dois sujeitos, sujeitos esses “inconscientes, múltiplos e dotados de afetos e contradições” (EMERICH; ONOCKO-CAMPOS, 2019, p. 04).

Como coloca Yasui (2006) em relação à filosofia de Espinosa, “tudo na natureza participa de uma ordem comum de encontros e os seres podem ser definidos pelo seu poder de “afetar” e de serem “afetados” por outros seres” (p.114). A quem escuta podem ser despertados sentimentos inúmeros como identificação, insegurança, medo, tristeza, empatia. A quem fala, também podem ser despertados sentimentos até então desconhecidos ao entrar em contato com uma cena, situação ou momento que não necessariamente foram acessados ou revisitados durante a vida e que podem fazer emergir sensações

incômodas, nunca experimentadas anteriormente, mas que são permitidas de contatar quando se está em um espaço protegido que visa o cuidar. Ao olhar intensamente, somos olhados. O acolhimento, dessa maneira, não escapa dos afetos. A intervenção do profissional causa algo no usuário, afeta-o. As histórias, acompanhadas das queixas dos usuários, também afetam o profissional (ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017, p. 491).

Um encontro com o sujeito e com seu mundo nem sempre é traduzível em palavras. Os mesmos olhares, gestos, silêncios podem pedir a nossa cumplicidade, a nossa ajuda, para se expressarem, para produzirem sentidos: – *O que me faz sofrer? – Por que a minha alma dói tanto?* (YASUI, 2006, p. 131).

*“Dependendo de como realizamos o acolhimento, este pode ser ou não, o diferencial na vida desta pessoa.” (GF)*

Por se tratar de uma tecnologia leve, nem toda escuta ou nem toda fala durante um acolhimento vai sustentar um “abraçar”, até mesmo pela constituição afetiva do ser humano – muitas vezes inconsciente – a qual atravessa quem escuta ou quem fala, em alguma medida. A necessidade oriunda da vida de cada sujeito e das demandas apresentadas transpõe a dinâmica social, política e gerencial do serviço e refaz-se na conformação prática e operacional pela utilização e evidenciação de tecnologias e ferramentas subjetivas (JORGE *et al*, 2011, p. 3056).

*“Embora muitas delas (pessoas) cheguem ao serviço com a pretensão ou a visão de que serão triadas, que serão escolhidas ou não, preteridas ou não para dentro do equipamento, buscamos explicar para quê serve este momento inicial de escuta, sem definição de tempo ou duração, sem um certo ou errado no modo de fazer, sem a pressão de protocolos.” (GF)*

Importante salientar que independente da conduta tomada no ato do acolhimento pelos profissionais em relação ao usuário, esta conduta é existente e define – de forma seletiva – quem é ou não inserido no serviço. Há, portanto, uma visão que chamarei vulgarmente como “dualista” em que acolhimento e triagem são trazidos pelo GF como ideias opostas. Coloca-se o

acolhimento como detentor de um poder subjetivo o qual a triagem jamais alcançaria. No entanto, fica aparente uma ausência de crítica em relação à conduta segregativa que o acolhimento contém - embora de maneira amena, direcionando o ato rígido e efêmero ao conceito de triagem.

É dado que o acolhimento não se restringe à triagem e é relevante refletir o quanto é transversal a esta. O acolhimento perpassa a triagem, contudo, também possui um caráter decisivo quando define a inserção ou não do usuário no serviço. Tal caráter decisivo se distingue pela forma como as escutas são realizadas. Entretanto, a concepção que é trazida pelo GF de ambas as práticas é de que estas são realizadas isoladamente, constituindo-se à parte. A leitura feita pelos participantes parece não estabelecer uma relação de abrangência e integração entre triagem e acolhimento. Utilizando-se de um conceito matemático, a relação estabelecida entre os dois conjuntos de práticas poderia ser o de inclusão ao associarmos que o acolhimento pode estar contido na triagem ou que a triagem pode conter o acolhimento, sendo, portanto, conjuntos de práticas passíveis de existirem de forma englobada, mas não isoladamente.

O acolhimento faz parte do processo de cuidado e percorre por todo o trajeto terapêutico dentro e fora do equipamento de saúde.

Acolher é “estar com”. Estar com a loucura não é domesticá-la, é abrir-se à escuta e ao suporte. Absorver a dimensão do acolhimento como tecnologia de trabalho em saúde mental, incorporar esse instrumento na dinâmica institucional e na atitude dos profissionais evidencia uma diretriz teórico-prática que inclui mais do que classifica, que reconhece o outro na sua diferença, mais do que o normatiza, que coproduz a clínica, mais do que a prescreve, cria protagonismos acompanhados da demanda (BALLARIN *et al*, 2011, p.167).

#### **4.1.2 Complexidade velada: como se enxerga o fazer acolhimento?**

*“Avaliamos o acolhimento no CAPS como sendo algo muito positivo.”*  
(GF)

O segundo eixo revela a avaliação da prática do acolhimento pelos profissionais, além de pontuar o quanto seria importante discutir mais sobre ela para que seja avaliada e revista pela equipe constantemente. O termo 'velada' utilizado no enunciado vem como uma provocação a fim de refletir sobre a complexidade dos fazeres e o quanto os enxergamos (ou não) como tal, tendendo a naturalizá-los sem fazermos crítica do quanto podem apresentar dificuldades em seu processo.

*“Existe uma complexidade por detrás do acolhimento que precisamos levar em consideração. Acolhemos pessoas que não conhecemos que muitas vezes vem com um sofrimento gigantesco, e pensamos em como nosso atendimento inicial pode ser impactante pra essa pessoa... Então é importante que possamos falar sobre o acolhimento, assim como avaliá-lo, estudá-lo, repensá-lo... Discutir e debater essa prática e esse instrumento que é tão importante e utilizado no nosso dia-a-dia.” (GF)*

Conversando com o primeiro eixo temático, este eixo também apresenta passagens que dizem muito sobre os afetos, desta vez mais do lugar do trabalhador. O fato de acolher pessoas que não se conhece e que trazem histórias desconhecidas até então, implica em estar disposto e disponível ao outro; isto é, em poder afetar e ser afetado. É preciso que exista uma disponibilidade por parte do profissional em estar naquele espaço ocupando a posição de ouvinte, numa disposição de corpos que se conversam não apenas através da fala, mas que também permite, como possibilidade de produção de vida (e conseqüentemente de cuidado) - com a devida licença poética que Vinicius de Moraes traz como “*a arte do encontro*”, potencializada também por meio de silêncios, lágrimas, gestos e olhares.

O acolhimento acontece no encontro, inscrito em fluxo de afetos e de saberes singulares (profissionais e usuários) (ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017, p. 488).

*“Acreditamos que o acolhimento seja um momento em que o sujeito pode se sentir à vontade para falar o que quiser e ser escutado, ser acolhido de fato e não sofrer retaliações, preconceitos e rotulações.*

*Pensamos na lógica do atendimento imediato em que a pessoa não pode sair deste espaço de escuta pior do que ela entrou! Então temos muitos créditos para trabalhar com as pessoas, pois elas entendem que esse espaço é um lugar de cuidado efetivo.” (GF)*

Para Costa *et al* (2012), o ato cuidador remete à capacidade criadora existente em cada um, revelando a disponibilidade em se lançar, em criar novas maneiras de conviver com o outro em suas diferenças. Costa diz da disposição dos corpos – aqui os configuro em trabalhadores - em se permitirem viver e conviver; de se apropriarem de suas próprias maneiras de fazer, legitimando suas especificidades nos fazeres e envolvendo trocas de conhecimento com o outro o qual é apropriado de outras especificidades, e que somando e na potência de agir<sup>2</sup> criam modos de cuidar que abarcam e incluem essas diferenças. Diferenças devidamente importantes se pensarmos na reprodução de uma lógica que escapa da homogeneidade dos corpos e dos territórios que estes habitam e que Guattari (1992) conceitua de Heterogênese, tornando possível a produção de algo novo, a produção do diferente, do ordinário dentro de uma perspectiva em que o comum é o direcionador das trilhas do sujeito.

Direcionando ao trabalhador e pensando nos “produtores de atos do cuidar” (YASUI, 2006, p. 109), implica-se neste lugar de ser/estar profissional o atravessamento de processos de trabalho que se dão no cotidiano das práticas e se revelam, muitas vezes velados, através dos famosos não-ditos. Intitulo este eixo para além de como o acolhimento é enxergado pelo GF, posto que o silêncio por detrás da complexidade de acolher ecoa intensamente e permeia as práticas e as relações de trabalho dentro do serviço. Há um senso que é comum de responsabilização do profissional em relação ao usuário em que corre-se o risco daquele estabelecer uma relação de poder e de - como diria Foucault (1987) - “normalização de corpos” perigosa e tendenciosa, inclusive na perspectiva colocada acima na reprodução da homogeneidade, seja no fazer, seja em prol do usuário, seja no território, seja nas práticas de cuidado.

---

<sup>2</sup> Segundo Espinosa (1677), o corpo humano pode ser afetado de muitas maneiras, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, enquanto outras tantas não tornam sua potência de agir nem maior nem menor (2013, p. 99).

### **4.1.3 Novas formas de se fazer o mesmo: (re)analisar práticas é (re)construir a maneira de cuidar**

*“Em relação ao formato atual, compreendemos que este seja um dos melhores formatos que já vivenciamos no serviço.” (GF)*

O terceiro eixo abarca as possibilidades de revisão da maneira como o acolhimento é realizado no serviço, discutindo ações que os profissionais entendem como algo que deveria se manter ou que deveriam ser revistas e modificadas.

Atualmente, a maioria dos profissionais compreende que a forma como os plantões estão sendo realizados seja uma das melhores já experimentadas pela equipe. A equipe é dividida preferencialmente de forma heterogênea, contando com profissionais técnicos e não-técnicos para a composição dos plantões. Importante salientar que no CAPS em questão, os profissionais chamados de “técnicos” são os técnicos de nível universitário e os profissionais “não-técnicos” abarcam os que possuem ensino fundamental, médio ou outra formação técnica sem nível universitário. Embora pareça uma denominação confusa, ela é estabelecida dentro do serviço e possui o entendimento da equipe em relação às questões organizacionais do trabalho.

Resgatando o item 3.1 que fala sobre a organização dos plantões no CAPS, a estrutura de trabalho é configurada em forma de “plantões” os quais são compostos por profissionais de diferentes categorias, sendo necessária minimamente a presença de um técnico de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico, médico, enfermeiro ou educador físico) neste espaço. Nesses plantões, os profissionais são responsáveis pela cobertura do espaço de convivência/ambiência dos usuários e todas as situações que este espaço remete e pelos acolhimentos iniciais. Necessariamente é preciso que pelo menos um técnico de nível superior participe do acolhimento inicial juntamente com outro profissional, podendo este ser também técnico ou não-técnico (técnicos de enfermagem, técnicos de

farmácia, oficinairos, auxiliares de serviços gerais e auxiliares técnicos administrativos).

Alguns participantes do GF dizem de uma possível flexibilidade e negociação diante das responsabilidades do plantão com o colega de trabalho enquanto dividem-no, de forma que possam se cuidar durante a permanência nele.

*“[...] é possível que haja uma flexibilidade e negociação em relação às responsabilidades que o plantão traz, principalmente em relação à realização do acolhimento.” (GF)*

Pensando a questão de estruturação dos plantões e levando em conta que trata-se de uma organização/funcionamento pré-estabelecido em alguma instância, faz-se, impreterivelmente, a reflexão da importância e/ou necessidade da configuração da equipe atuar neste formato, principalmente acerca do acolhimento inicial.

É posta em destaque esta negociação em relação ao plantão, voltada primordialmente ao acolhimento/triagem inicial. No entanto, há algo anterior a se discutir que é a necessidade da presença mínima de um profissional técnico universitário compondo este acolhimento. Dentro disso, há ainda algo a se debater que é, por vezes, a presença única de um técnico no plantão juntamente com outros profissionais não-técnicos. Isto é, existem escalas de plantões que são compostas por profissionais, mas com um único profissional de nível superior. Visto que, neste caso, para que o acolhimento inicial ocorra é imprescindível a presença mínima de um técnico, este, por sua vez, sendo o único componente de um determinado plantão, necessariamente terá que estar presente no acolhimento inicial do usuário.

Portanto, quando o GF traz falas sobre possíveis negociações durante o plantão, existe uma contradição quando essa fala se baseia no cuidado entre equipe, já que, neste caso, este profissional em questão não será “poupado”/cuidado. A equipe entende a relevância do cuidado entre si e pontua de maneira geral que existem possibilidades deste cuidado ocorrer, no entanto é de certa forma passiva quando aceita que há plantões configurados com

apenas um técnico. Diante disso, pensa-se: de qual cuidado se está falando e se colocando como possível sendo que nem todos da equipe podem usufruir de espaços de negociação ou flexibilidade em relação ao plantão? Retomando a discussão anterior sobre a presença mínima de um técnico na composição do acolhimento inicial, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) através do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) define para o procedimento de Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial uma lista com alguns profissionais de com nível universitário ou não, dentre eles: enfermeiro, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, médicos (de diversas especialidades), médico residente, pedagogo, psicólogo clínico e social, neuropsicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, educador social, agente de ação social, cuidador em saúde, artesão com material reciclável (BRASIL, 2012). Compreende-se que os serviços de saúde mental organizam-se de maneiras distintas trabalhando, em sua maioria, a partir de lógicas usuário-centradas semelhantes.

A configuração e a maneira como são pensadas as composições da equipe e a forma como será estruturado o trabalho dentro do CAPS são questões singulares de cada serviço que podem ser vistas e revistas coletivamente, mas que implicam gerenciamento por parte da gestão do serviço.

O fato da necessidade de se ter um técnico universitário para realizar o acolhimento inicial pode ser pensada e debatida a partir de vários pressupostos.

Aqui, a ideia não é trazer à tona a discussão baseada nos pressupostos, mas provocar reflexão sobre a real ou não imprescindibilidade da presença deste profissional no espaço do acolhimento inicial, pensando discussões futuras entre a equipe sobre isso. Como não negar as diferenças existentes em um serviço constituído por uma equipe heterogênea multiprofissional e as afirmar diante de nossas próprias composições e organizações de trabalho?

Silva, Camargo e Bezerra (2018) citam que a exclusão de determinadas categorias profissionais por meio do Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) é algo muito questionado por alguns profissionais por não se sentirem reconhecidos pela política do serviço. Isso gera discussão principalmente no âmbito do preenchimento de produções que qualificam as informações sobre as ações desenvolvidas pelo CAPS as quais sofreram modificações a partir da Portaria 854/SAS (BRASIL, 2012) em que são introduzidos três instrumentos de informações para novos procedimentos, sendo o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde<sup>3</sup> (RAAS) um deles. O RAAS possui um formulário próprio para a atenção psicossocial: Cuidado direto dos usuários do serviço e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade, após ingresso no serviço – 1 RAAS por usuário (BRASIL, 2012). Dentre os procedimentos listados estão alguns deles: Atendimento individual; Atendimento em grupo; Atendimento familiar; Acompanhamento domiciliar; Práticas corporais; Práticas expressivas; Atenção às situações de crise; Ações de reabilitação psicossocial; Promoção de contratualidade, Acolhimento diurno; Acolhimento noturno; entre outros, tendo sido criado procedimentos para fomentar a discussão entre gestores, trabalhadores, usuários e familiares, sobre o papel dos CAPS na Rede de Atenção Psicossocial e sobre a clínica realizada nestes serviços com destaque para o Acolhimento inicial (BRASIL, 2012).

Como já discutido nos dois primeiros eixos, o fazer do acolhimento exige dos profissionais certa disposição, principalmente da escuta; requer tempo da equipe e solicita por parte de quem o faz uma entrega, dedicação, doação para aquele primeiro momento; como citam Moreira, Torrenté e Jucá (2018, p.1127) exige “disponibilidade para uma escuta atenta e para a interação com um sujeito que pode expressar seu sofrimento de forma difícil de ser compreendida, mas necessariamente possível de ser acolhida”.

---

<sup>3</sup> O RAAS institui uma nova lógica de registro da atenção realizada pelo CAPS, propondo procedimentos potencialmente mais sensíveis às diretrizes de funcionamento deste serviço. O RAAS, para o Ministério da Saúde, vem qualificar as informações sobre as ações que o CAPS deve realizar. Cada município deve fazer uso destas informações para refletir em sua prática e atuação, visando qualificar seus serviços de saúde mental. Desta forma, ele não se configura somente para controle interno e/ou facilitar a digitação, ele amplia a lógica de atuação e de validação das ações e informações dos serviços (BRASIL, 2012).

Durante o GF, os profissionais conseguiram trazer para a discussão a importância da plasticidade da equipe que está compondo o plantão em poder realizar trocas ou pensar coletivamente em como e por quem as escutas dos acolhimentos iniciais serão feitas. Anteriormente, os plantões eram estabelecidos com duplas que ficavam responsáveis somente pelo acolhimento inicial/triagem, e duplas ou trios que ficavam à frente das questões da convivência não havendo a possibilidade de mudanças.

*“O revezamento dos profissionais que irão realizar o acolhimento é uma forma de nós como equipe nos cuidarmos enquanto equipe a fim de que ninguém fique sobrecarregado demais.” (GF)*

*“Portanto, entendemos que para fazer o acolhimento a pessoa (trabalhador) tem que estar o mais inteira possível.” (GF)*

*“Sem dizer que também entendemos que nosso colega pode não estar em um dia tão bom, com uma disponibilidade menor em escutar, e então conseguimos também nos cuidar neste sentido.” (GF)*

Além disso, de forma unânime, aparece no GF o quanto as ações dentro do CAPS devem ser evitadas de serem realizadas sozinhas. Por se tratar de um serviço de alta complexidade, a maioria dos profissionais assume a posição de que agir isoladamente pode acarretar não apenas em um desgaste físico, mas principalmente psíquico. Portanto, dentro desta perspectiva coletiva, pontuou-se a necessidade de se fazer e discutir as ações exercidas dentro do serviço de maneira integrada e grupal, evitando situações que levem o profissional a se sentir sobrecarregado. Isto não implica na ausência deste sentimento em sua totalidade, mas convoca a equipe como um todo a exercitar a prática do fazer coletivo.

*“Nossa equipe banca muito e leva muito a sério essa coisa de não fazer acolhimento sozinho!! Às vezes até pensamos que, por conta da demanda e para o usuário não precisar esperar tanto para ser acolhido, conseguimos fazer sozinhos. Mas quando levamos isso*

*para a equipe, sempre tem algum profissional que vai nos dizer: ‘Não, não dá pra fazer sozinho!!’, e daí a gente se dá conta de que realmente não dá...’ (GF)*

O fato dos acolhimentos iniciais/triagens acontecerem em dupla de profissionais também abre espaço para que, além de não estarem sozinhos, possa haver diferentes olhares e perspectivas diante da escuta feita.

*“Poder compartilhar o espaço do acolhimento com mais de um profissional permite que tenhamos novos olhares para aquele mesmo contexto e isso possibilita que seja um atendimento mais qualificado ainda.” (GF)*

Existe um momento do acolhimento inicial/triagem em que os profissionais reservam para conversarem entre si a fim de devolverem ao usuário a conduta que avaliaram como a mais adequada para a demanda trazida. É neste intervalo de tempo que a dupla consegue discutir sobre o caso e pensar ações que vão desde a inserção do usuário ao encaminhamento deste para outro serviço; ou também é possível que a dupla leve o caso para discutir em equipe ou que tente articular com outros serviços que eventualmente poderiam compor neste cuidado.

Essa troca feita entre os profissionais pode proporcionar ao usuário que busca o serviço uma avaliação/condução regada a múltiplos olhares norteados por uma equipe multiprofissional e que trabalham em conjunto para uma melhor devolutiva para cada caso. Essa possibilidade de troca também garante aos próprios profissionais a chance de entrar em contato com outros saberes e novos olhares, fortalecendo as ações exercidas dentro e fora do serviço e também na própria equipe. Retomo a discussão prévia sobre a composição dos profissionais que realizarão o acolhimento inicial, e, embora esta seja arraigada de uma série de reflexões, é inegável que as trocas existentes entre os profissionais sejam relevantes tanto no quesito de ampliação de saberes quanto para o próprio processo de trabalho.

No sentido estrutural, os profissionais, em sua maioria, consideram que o espaço físico onde ocorre o acolhimento está melhor do que já foi um dia, no

entanto, acreditam que ele possa ser aprimorado buscando um ambiente o mais acolhedor possível. Desta forma, foram pautadas algumas possibilidades de transformação estrutural em relação à sala de acolhimento.

*“[...] podemos pensar em um ambiente mais intimista e mais propício para essa ferramenta que é da criação de vínculo, até mesmo com a possibilidade de ter um sofá... Com lenços de papel, já que a maioria das pessoas em seu estado sofrido, chora e quem sabe uma cortina na janela...” (GF)*

A considerada melhora estrutural da sala de acolhimento foi realizada por alguns profissionais do CAPS III no ano de 2018. A autonomia dos profissionais em realizar ações no serviço em prol do usuário é uma prática corriqueira no CAPS e envolve espaços de troca entre a equipe em que são capazes de transformar a fragilidade existente nas relações e nos processos de trabalho em potência e fortalecimento destes.

#### **4.1.4 A inexistência de uma resposta única: o retorno do usuário não se trata de uma ciência exata**

*“Podemos listar um milhão de questões por que as pessoas retornam para um acolhimento... E no final de tudo, o que vai sobrar é que são pessoas... pessoas acolhendo, pessoas acolhidas... não há uma resposta única para essa questão.” (GF)*

A grande questão em que se baseia essa pesquisa gira em torno deste quarto eixo. Entretanto, ela não poderia ser estudada de forma isolada, sem que pudéssemos discutir - se não todas - a grande maioria das questões que a circundam. Este eixo vem trabalhar as hipóteses levantadas pelo GF sobre o retorno do usuário já acolhido, a um novo acolhimento no CAPS. Foi uma discussão ampla e profunda e que tomou conta de boa parte da conversa do GF.

*“Acreditamos existir “n” motivos pelo qual o usuário retorna para um novo acolhimento... Um deles é o momento atual do usuário... Que é diferente do qual ele se encontrava quando passou pelo primeiro acolhimento no CAPS e que agora talvez precise deste serviço como um recurso de cuidado.” (GF)*

A primeira possibilidade de retorno do usuário ao acolhimento no CAPS que foi levantada pelo GF é a de que ele pode estar vivenciando um momento diferente daquele vivido quando foi acolhido pela primeira vez.

As inúmeras manifestações do sofrimento psíquico no existir humano acarretam em disfunções e desintegrações do que Assis *et al* (2014, p. 100 apud Cassel, 1991) nomeia de dimensões ou domínios fenomênicos. Segundo o autor, estes domínios se unem e se organizam de modo a fazer surgir um sujeito pertencente a uma unidade coerente; e é justamente quando ocorre a desintegração destas dimensões fenomênicas que o sujeito sofre. Deleuze (1992) traz em um de seus textos a ideia de o que se dá no ‘entre’ no momento em que ocorre e que podemos associar com o que se passa com o sujeito exatamente no momento em que rompe com o que entende por sua unidade coerente; rompimento tal que nos provoca a agir diante do que consideramos uma necessidade de cuidado e nos invoca a sermos atores produtores de atos de cuidar, sendo este cuidar a essência do nosso cotidiano (YASUI, 2006).

Quando a avaliação dos profissionais envolve a não inserção do usuário no serviço, é realizado um encaminhamento para outro serviço em uma ficha que chamamos de ficha de referência ou contra referência, a depender se usuário chegou ao acolhimento com um encaminhamento por escrito ou não. Dessa forma, o usuário que é acolhido e não é inserido no serviço é encaminhado para outro lugar de cuidado, normalmente à atenção básica. Costumeiramente, deixamos o serviço à disposição do usuário, caso sinta a necessidade de retornar.

De fato, algumas pessoas acabam por voltar e, como não foram inseridas, passam por um novo acolhimento o qual chamamos no CAPS III de “reacolhimento”. Neste reacolhimento, o usuário é escutado novamente e reavaliado pelos profissionais, não necessariamente pelos mesmos que o

acolheram pela primeira vez, e uma nova conduta é tomada. No RAAS, este reacolhimento é registrado como um atendimento individual e não como um acolhimento inicial.

Vale ressaltar que o fato de o acolhimento, ser um espaço de cuidado pautado nos afetos, ele é também um espaço de tomada de decisão que é baseada em uma conduta. Embora a discussão inicial pontue que as diferenças entre triagem e acolhimento existem, ela também gerou a reflexão de que a triagem também é pautada em escolhas – já que o usuário é ou não inserido no serviço, e, além disso, caso não seja, é avaliado e definido pelos profissionais o destino do seguimento de seu cuidado.

*“Também acreditamos que nesta lógica do retorno, podemos ter avaliado o usuário e entendido que, apesar de estar em um sofrimento intenso, não demandava dos nossos cuidados e entendemos que a UBS poderia dar conta disso... E não deu... Mandando o usuário de volta para o CAPS.” (GF)*

*“Há também casos que retornam para acolhimento com a justificativa de que a UBS não tem psiquiatra ou equipe de saúde mental...” (GF)*

As falas conversam com a primeira hipótese levantada e trazem novas hipóteses a serem refletidas.

Muitos dos casos que retornam para um reacolhimento/triagem no CAPS são reencaminhados pela própria UBS a qual o usuário fora encaminhado anteriormente (pelo CAPS). Este reencaminhamento feito pela UBS muitas vezes é realizado apenas verbalmente ao usuário, e então ele retorna ao CAPS sem a ficha de contra referência ou sem que tenha sido feita uma discussão do caso em espaços reservados para tal, sendo um deles, o matriciamento.

Isso reflete em uma série de dificuldades, tanto para o usuário quanto para quem irá acolhê-lo, além de elucidar algumas problemáticas em relação à comunicação entre os serviços.

*“Muitas vezes o usuário retorna para um novo acolhimento sem uma ficha de contra referência (encaminhamento)...” (GF)*

*“Entendemos que a comunicação com as unidades básicas de saúde ainda são um ponto a se melhorar...” (GF)*

*“[...] tentamos ao máximo priorizar as articulações que são possíveis através de fichas de referência e contra referência que nada mais são que os encaminhamentos tradicionais via papel.” (GF)*

*“Isso muito tem a ver com a questão de como encaminhamos este sujeito para outros serviços. Sabemos da importância da articulação de rede, visto a complexidade e vulnerabilidade do território em que o CAPS está inserido. No entanto [...] nos deparamos com algo ideal, de difícil concretização... Muitas vezes o matriciamento demora para acontecer... Temos apenas uma linha telefônica... Temos poucos computadores para enviar e-mails com a discussão do caso... Nem sempre conseguimos colocar o caso para discussão no caderno do matriciamento.” (GF)*

O “não lugar” deste usuário que circula pela rede em busca de um espaço de cuidado pode acarretar em inúmeras consequências para ele, além do inchaço dos serviços de alta complexidade. Como ordenadora do cuidado, a atenção básica é o serviço que deve abranger os cuidados da população em seu território. Porém, quando falamos de saúde mental, entende-se que algumas demandas desta clínica não serão por completo abarcadas pelas UBS, principalmente quando falamos de alguns transtornos mentais que demandam outros tipos de tratamento e cuidado, além do oferecido pela atenção básica. Isso não exclui dizer que este usuário não será acompanhado pela UBS, mas que além dela, ele também será assistido por outros serviços de saúde, como o CAPS, por exemplo.

Este “não lugar” referido acima diz respeito aos usuários que, em teoria, são acompanhados pela UBS de referência, mas que não encontram na rede um lugar para seu cuidado psíquico. E, desta forma, circulam por ela em busca de assistência e são encaminhados de um lado ao outro sem encontrá-la; como citam Mângia e Muramoto (2006, p.119) “fazendo-a transitar por inúmeros interlocutores com pouca ou nenhuma responsabilidade sobre suas

necessidades mais imediatas, nem tampouco sobre a possibilidade de construção de um projeto terapêutico”.

Poderíamos pensar que a não comunicação entre os serviços influenciaria neste “não lugar” do usuário na rede?

Costuma-se dizer do “limbo existencial” em que alguns casos encontram-se, normalmente aqueles casos em que ambas equipes – CAPS e UBS – não conseguem enxergar um cuidado do usuário dentro ou para além desses equipamentos – com exceção é claro de seu cuidado clínico longitudinal na UBS – e que acabam por vagar na rede, sujeitos à desassistência.

O limbo é existente e necessita ser trabalhado e superado pelo sistema, No entanto, devemos tomar cuidado para não nos pautarmos integralmente em sua existência como forma de justificativa de absenteísmo do cuidado; reforçando ou reproduzindo a lógica excludente e manicomial. Se o cuidado que almejamos ao usuário ficar respaldado pelo serviço “ideal”, corremos também o risco de pensar em lógicas de cuidado ideais para os usuários, lógicas essas inalcançáveis e inatingíveis.

Algo importante que os profissionais trazem à discussão em torno deste retorno do usuário é a problemática de como os encaminhamentos são realizados pela equipe e a idealização que existe a respeito da comunicação que deveria acontecer entre os serviços da rede, quase sempre direcionada à atenção básica. As falas englobam diversos impasses em relação às dificuldades encontradas na interlocução dos serviços, e muitos deles implicam em questões estruturais da própria unidade de saúde, como por exemplo, o fato de ter-se apenas uma linha telefônica ou poucos computadores.

Além da estrutura, pontou-se também o desafio de discutir todos os casos em reunião de matriciamento com as UBS, e, mais que isso, a necessidade de alguns casos serem discutidos de forma mais imediata de forma que as agendas das reuniões de matriciamento não contemplam. Existe um sentimento de limitação da equipe que possivelmente precise ser mais

discutido e investido a fim de que as possibilidades de diálogo com a rede sejam ampliadas, aprimoradas e efetivas.

Faz-se inevitável que sejam considerados os diálogos necessários entre o CAPS e a APS, visto que o acesso dos usuários dá-se, na maioria das vezes, via serviços territoriais. Como coloca Onocko Campos (2013) em prefácio do livro “Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado” (PAULON; NEVES, 2013) o sistema (de saúde) no Brasil nasce se reformando, e as reformas nunca se acabam; o sistema está sempre nos planos, em traços de projeto e sendo assim, sem espantos, a saúde mental teve seu tempo para ser inserida na agenda da Atenção Básica.

Traz, ainda, que “se há um ponto de articulação entre saúde mental e atenção primária ele se dá principalmente nas abordagens no território, onde as demandas não podem ser facilmente classificáveis e ordenadas” (p. 08); o que reforça a extrema importância da existência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Diante dos breves expostos acima sobre a Atenção Básica faz-se necessário retomar o recorte do território que está sendo utilizado como campo para esta pesquisa. Trata-se de uma região constituída por Unidades Básicas de Saúde que não se configuram em sua totalidade como ESF. Ainda há no território de abrangência do CAPS III em questão unidades que funcionam de forma tradicional ou mista, ou seja, fala-se de uma região com múltiplas constituições em relação à atenção básica, mas que também apresenta unidades com cobertura integral de ESF. Sendo assim, temos um território misturado e diverso no que tange essas questões: unidades com 100% de cobertura de ESF, unidades com 20% de cobertura de ESF (mistas) e unidades sem cobertura de ESF (tradicionais), com panoramas socioculturais distintos e serviços de atenção primária que funcionam, portanto, também de formas distintas. Considero relevante ressaltar este recorte a fim de que possamos refletir as articulações que são construídas pela equipe do CAPS ou que possam vir a ser, para organizar o principal meio de cuidado do usuário quando falamos de rede: a comunicação entre os serviços do território.

#### 4.1.4.1 A co-responsabilização das articulações: comunicação como fonte inesgotável de cuidado

*“[...] mas há algo do entendimento coletivo que entende que a comunicação é essencial para que o cuidado muitas vezes não se perca.” (GF)*

As falas dos profissionais em relação à comunicação entre os serviços que envolvem a RAPS amplia a oportunidade de se discutir tanto as ações que já vêm sendo realizadas entre os serviços, assim como outras possíveis ações a serem construídas estrategicamente a fim de propiciar corresponsabilidade no que diz respeito ao cuidado do usuário.

Com a tomada da responsabilidade, pela APS, pelo cuidado em saúde mental, houve um receio de que as equipes - pouco especializadas para tal - pudessem reproduzir movimentos de intensa medicalização em referência ao sofrimento psíquico que surgisse como demanda devido ao mínimo investimento em educação permanente em saúde mental dessas equipes (NUNES; TORRENTE, 2019).

No entanto, surge, nesta perspectiva, o que Campos e Domitti (2007) nomearam de apoio matricial – uma importante ferramenta reconhecida como reguladora de fluxos a qual possibilita uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as UBS, “objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.” (p.400).

*“Temos também os espaços de matriciamento que são meios oficiais de comunicação [...] em algumas unidades de saúde têm-se ainda dificuldades em realizar as discussões de casos, principalmente com toda a equipe. Além disso, é um espaço que ocorre uma vez por mês.” (GF)*

A ferramenta do matriciamento é utilizada como uma das formas de comunicação entre os serviços do território e vista como potente pela equipe,

porém são trazidas algumas questões em relação ao tempo e a forma como algumas UBS compreendem este espaço.

Os espaços de matriciamento são garantidos mensalmente pela equipe do CAPS e da maioria das UBS. Os profissionais de referência de determinado território são os que compõem os encontros de matriciamento nas UBS, em dias e horários determinados.

Cada UBS entende, desenvolve e propicia este espaço de forma singular, sendo assim, a composição da equipe que participará do matriciamento é dada de diferentes maneiras a depender da UBS e de sua gestão. Algumas UBS sugerem que as reuniões de matriciamento sejam compostas por todos os serviços de saúde mental de referência daquele território no mesmo dia. Outras sugerem que as reuniões sejam realizadas individualmente com cada equipe de saúde mental referida, ou seja, CAPS Adulto separadamente do CAPS Álcool e Drogas e separadamente do CAPS infanto-juvenil. Entretanto, ainda existem UBS que apresentam dificuldades em garantir este espaço, seja por uma questão de agenda, seja por uma questão institucional, seja por uma questão de compreensão da ferramenta.

Além disso, dentro das unidades em que é possível a realização deste espaço matricial, existem inúmeros apontamentos importantes a serem feitos, Um deles é a composição dos profissionais da atenção básica nestas reuniões. Algumas unidades conseguem e priorizam a participação de alguns profissionais no matriciamento; outras excluem a possibilidade de participação de boa parte da equipe, visando apenas a participação da equipe de saúde mental da unidade, reforçando ainda mais a segregação não apenas dos núcleos de conhecimento como, e, principalmente, a negação da integralidade do sujeito/usuário.

A garantia da participação do maior número de profissionais da equipe nas reuniões supõe novas e distintas maneiras de se olhar para o mesmo usuário, além de ser um espaço de educação permanente em saúde. A comunicação estabelecida entre os profissionais durante essas reuniões se estendem para além das paredes deste espaço, proporcionando novos jeitos

de se comunicar, criando-se e transformando-se de acordo com as possibilidades de cada profissional/equipe.

O GF traz o matriciamento como um espaço oficial de comunicação e discussão de casos, assim como traz espaços não oficiais em que essa comunicação também pode ser estabelecida.

*“Também formalizamos outros espaços de comunicação... Sabemos que nem sempre são os meios mais eficazes, mas buscamos neles o imediatismo daquilo que entendemos como cuidado mais emergencial.” (GF)*

*“Nesse sentido, tentamos ao máximo priorizar as articulações que são possíveis através de fichas de referência e contrarreferência que nada mais são que os encaminhamentos tradicionais via papel... Não deixa de ser a nossa comunicação oficial. Também formalizamos outros espaços de comunicação, como os e-mails e os grupos do aplicativo de conversa virtual ‘Whatsapp’ “ (GF)*

Para Gastão e Domitti (2007, p. 401),

”em casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, como na lógica dos sistemas hierarquizados, o profissional de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador.” (p. 401)

A eficácia da comunicação pode ser garantida quando se tem uma abertura e uma disponibilidade do profissional em viabilizar tempo e espaço para que a demanda colocada em questão seja considerada relevante o suficiente para ser discutida. Quando nos espaços formais, essa comunicação torna-se mais fácil, consolidada. Quando nos espaços informais, as vias de comunicação podem se tornar tão eficazes quanto ineficientes, quicá frustrantes. Assim como acolher, articulação e comunicação requerem disposição e tempo.

*“Não há algo fechado que nos imponha essa comunicação, mas há algo do entendimento coletivo que entende que a comunicação é essencial para que o cuidado muitas vezes não se perca.” (GF)*

#### **4.1.4.2 A heterogeneidade do olhar multiprofissional: distinções entre acolher e recolher**

*“Ainda nesta questão do retorno do usuário a um novo acolhimento, alguns de nós entendemos que somos muito afetados pela escuta do sujeito, sendo importante que outros profissionais realizem esse recolhimento e não os mesmos profissionais que escutaram o usuário pela primeira vez.” (GF)*

*“[...] muitos de nós achamos coerente que essa nova escuta seja feita por outros profissionais.” (GF)*

Muitas falas foram direcionadas ao recolhimento/retriagem como sendo um momento em que o usuário pode ser escutado e avaliado por outros profissionais distintos dos anteriores, abarcando novos olhares para aquele mesmo sujeito.

*“Entendemos que existe uma gama de possibilidades de avaliação do usuário já que trabalhamos em uma equipe multiprofissional e os olhares sobre o mesmo caso serão diversos.” (GF)*

*“No recolhimento [...] temos a subjetividade da fala daquela pessoa vista de uma nova forma... Que não é deformada, mas modificada de algum jeito.” (GF)*

Os profissionais conseguem trazer no GF que seria minimamente relevante que este usuário fosse recolhido por novos profissionais, justamente pela possibilidade de uma nova avaliação e ampliação das perspectivas sobre a demanda trazida, que inclusive pode ter se modificado.

*“Muitas vezes somos tomados pelo sofrimento do outro e fica difícil estabelecer e consolidar outros olhares para aquele mesmo caso, que hoje pode estar em um momento completamente diferente, mas*

*que vamos acabar conectando com aquele momento inicial em que nos conhecemos...” (GF)*

*“Nossos olhares são distintos tanto no acolhimento quanto no recolhimento, pois não podemos olhar para aquela pessoa da mesma forma.” (GF)*

As falas durante o GF acenderam uma discussão que se baseou em questões pautadas por lógicas e conceitos distintos entre os profissionais em relação à inserção do usuário no serviço e que, indiretamente, são atravessadas pelas relações de trabalho existentes dentro do CAPS.

Há um tom possivelmente paradoxal que implica na concepção de que, ao passo que os profissionais colocam como fundamental que o recolhimento aconteça sob novas perspectivas e olhares, a alteração de conduta por parte da equipe por vezes é questionada e colocada em pauta em espaços que nem sempre se compõe como coletivos.

Ou seja, existem falas que trazem incômodos a respeito das novas condutas exercidas sobre um mesmo caso, e que são interrogadas muitas vezes em ambientes informais, tornando frágeis as possíveis discussões que poderiam ocorrer no âmbito coletivo.

Tal fato evidencia-se como relevante já que traz à tona uma discussão do GF que diz sobre uma equipe que, apesar de bancar muitas coisas, por vezes não sustenta a conduta tomada por determinado plantão, por exemplo. E isso possivelmente vem atravessado por uma série de percalços, inclusive e principalmente pelas relações de trabalho que são estabelecidas dentro da equipe.

*“[...] o quanto a equipe banca esse novo olhar e essa nova escuta feita ao usuário que já foi acolhido e não fora inserido no serviço, justamente porque existem questionamentos de profissionais quanto à inserção deste sujeito no CAPS, e gera incômodo ter que discutir ou sustentar essa diferença de avaliação com o colega que discorda do retorno ou da inserção do usuário que retorna. Para alguns de nós isso não é fácil.” (GF)*

Trata-se aqui de um eixo que recorre às questões relevantes ao acolhimento, contudo nota-se que as questões relacionais de processo de trabalho continuam ressoando, seja na perspectiva de acolher, seja na perspectiva de sustentar as escalas de plantões ou de outras muitas já discutidas durante os eixos. Parte-se da reflexão de como podem ser pensados e garantidos espaços que façam sentido de serem ocupados e que respaldem os profissionais às possíveis inclusões das diferenças em seus repertórios; a debaterem, discutirem e revisarem práticas indispensáveis referentes à equipe, sem fazer com que estes espaços sejam vistos como expositivos e rígidos, mas voltados às necessidades da equipe de forma que esta não se sinta reprimida em verbalizar o que precisa ou o que sente desejo.

Baseado no que cita Emerich e Onocko-Campos (2019, p.11), “a composição de espaços em que haja discussão dos casos clínicos, do processo de trabalho e das dificuldades enfrentadas deve servir de base no trabalho em saúde.” As próprias reuniões de equipe podem estabelecer estes espaços, uma vez que caracteriza-se como parte organizadora do coletivo em seu processo de trabalho, para além de ser um espaço deliberativo, de decisões e pactuações entre a equipe. O risco dos não ditos tornarem-se ditos através de diálogos atravessados pelo mal estar entre a equipe pode ser considerado elevado, pode enfraquecer a potencialidade que a equipe possui enquanto equipe através de silenciosas e veladas rupturas, ampliando as chances de enxergarem-se de forma cisada.

A crise da/na equipe pode vir a ser reflexo de uma crise institucional que pode ser vista de forma mobilizadora se levarmos em consideração que é justamente nela e com ela que podemos entrar em contato com o que se apresenta mais desorganizado, velado, disfuncional. A partir do momento que a imobilidade se propaga como resposta à crise, perde-se a chance da potência de agir e de se permitir encontros e paixões (Espinosa, 2013).

Quando nos referimos à crise do usuário, entendemos que é neste momento de maior desorganização que podemos trabalhar as questões mais intersubjetivas daquele sujeito, e nos colocamos, neste sentido, como suporte e apoio, dentro de uma perspectiva terapêutica. Não distintivamente ao usuário,

a crise referente à equipe deve ser interpretada como um momento crítico, quicá um pedido de socorro em que os atores do equipamento sinalizam por apoio (institucional). Como refere Emerich e Onocko-Campos (2019, p.11 apud Bleger, 1984) uma instituição saudável é aquela na qual os problemas aparecem, e não aquela na qual não há problemas. É importante que a equipe consiga incitar suas problemáticas, mas ainda mais relevante é que consiga exercitar o debate entre si, praticar e se utilizar do discurso e da fala nos espaços garantidos para tal.

Fala-se aqui de uma equipe de pessoas que cuidam de pessoas dentro de uma instituição de saúde constituída por uma ampla e diversa composição de trabalhadores e que por vezes, embora se apresentem de forma contraditória; responsabilizam-se, compreendem e conseguem verbalizar sobre limites de alguma forma.

*“Sabemos que nossa responsabilidade na qualidade de serviço de saúde mental é muito alta, pois lidamos com diversas situações vulneráveis, inclusive de violência, que nos tocam – por vezes literalmente - e nos tomam todos os dias em nossas práticas.” (GF)*

*“Compreendemos que nossas ações requerem limites, e que quando colocamos estes limites na mesa, estamos também nos cuidando como equipe.” (GF)*

Existe uma discussão feita por Franco (2006) que traz alguns conceitos relacionados ao processo de trabalho e aos níveis de produção - neste caso produção de cuidado - que configuram-se no que ele nomeia de “micropolítica”, compreendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra. Junto disso, o mesmo autor trabalha com conceitos que Deleuze e Guattari (1996) e Emerson Merhy (1997) trazem que são o de “rizoma” e “trabalho vivo em ato”, respectivamente; e associa estes três conceitos com o processo de trabalho em saúde, produção de cuidado e rede de relações.

À capacidade rizomática, Franco (2006) refere-se ao trabalho vivo que, embora sofra com normas hegemônicas, é capaz de abrir linhas de fuga e de

trabalhar com lógicas próprias e singulares que são do sujeito que opera o sistema produtivo de forma a encontrar novos territórios de significações os quais dão e fazem sentido para a produção do cuidado. Nesta produção de cuidado, os sujeitos estabelecem uma rede de relações com outros produtores, ou seja, criam uma rede entre si às quais na realidade são inerentes aos processos produtivos em qualquer nível.

Sendo assim, os trabalhadores de saúde, através do trabalho vivo em ato, tecem rizomas, operam em meio a fluxos-conectivos e estabelecem uma mescla de saberes e fazeres a partir das redes e espaços relacionais que criam entre si. E, assim como é inerente que as redes sejam construídas, é também imanente que espaços de fala e de escuta entre si mediem o processo de trabalho e acompanhem os trabalhadores em suas relações e em suas micropolíticas, principalmente quando falamos de um equipamento permeado por tecnologias leves.

O mesmo autor ainda afirma a possibilidade de existirem, no mesmo cenário de práticas, redes serializadas, não singulares e com baixo nível de fluxos-conectivos e redes rizomáticas operando subjetividades desejantes em alta potência com trabalho vivo em ato às quais se auto-analisam e autogerem e que pressupõe conexões com os diferentes. É justamente esta possibilidade de existência de redes distintas no mesmo cenário de práticas que suscita muitas vezes a dificuldade em suportar diversas lógicas funcionais dentro do mesmo serviço, trazendo à tona conflitos nos processos de trabalho e na produção do cuidado. No entanto, Franco (2006) pontua a importância da recomposição da rede quando ela se rompe, podendo refazer-se em outros lugares, caracterizando a rede rizomática à capacidade de produzir a si mesmo.

*“[...] nos reconhecemos enquanto uma equipe multiprofissional potente e nos encorajamos em nosso dia-a-dia para dar conta da demanda que avaliamos ser nossa e das que muitas vezes sabemos que não são.” (GF)*

## 5. CONCLUSÃO

“Pesquisar é criar, e criar é problematizar” (Corazza, 2004, p.27)

Por que eles não voltariam?

A pergunta inicial da pesquisa não se modifica, mas se transforma a partir de uma perspectiva hermenêutica que traz para a negativa e para o futuro do pretérito a grande questão e motivação desta escrita.

Se a definição de conclusão é chegar a uma resposta concreta, tomo como partido que possivelmente esta pesquisa não tenha uma conclusão, mas conclusões inesgotáveis. Em meio a sua realização e após tentativas recorrentes de “finalizar” o processo de discussão, tenho como única certeza a certeza de que muitas outras questões foram “chamando-me” no meio do caminho, fazendo-me movimentar entre os difíceis e diferentes papéis de pesquisadora, trabalhadora do serviço e usuária do SUS.

A linha ilusória que é traçada quando se inicia uma pesquisa é completamente moldada pelas curvas que precisamos ou somos obrigados a fazer em meio às análises do material coletado e produzido; reafirmando o que Oliveira e Paraíso (2012) colocam: “qualquer um pode ser testemunha de que as linhas – ‘elementos constitutivos das coisas e dos acontecimentos’ (Deleuze, 1992, p. 47) – não são retas nem nas coisas, quem dirá na vida” (p. 167).

O caminho foi repleto de sinuosidades e labirintos que cresciam exponencialmente a cada leitura, análise e discussão. A sensação do fim não é necessariamente de ter encontrado a saída destes labirintos, e sim de ter-me deparado com inúmeras possibilidades de construção de saída, sem que o desejo de sair fosse o maior. Estar imersa no labirinto é poder manter-me na posição de quem ainda continua a construir possibilidades de novos caminhos,

leituras, interpretações, críticas, análises... a fim de, quem sabe, encontrar a(s) saída(s).

Os usuários que retornam a um novo acolhimento sem nunca terem sido inseridos no serviço, certamente vivenciam as curvas tortas, tortuosas e por vezes tangentes de uma rede de saúde pautada no cuidado integral e na atenção singular ao sujeito, composta por diversos atores produtores de saúde que exercitam seu trabalho em ato dentro de suas micropolíticas estabelecidas por si mesmos junto de outros atores. Esses produtores de cuidado, dentre os quais me incluo, estabelecem inerentemente redes relacionais em seus fazeres dentro do equipamento de saúde sob o ponto de vista da instituição. Instituição esta permeada por linhas de produção de cuidado, baseadas em si e no outro, constituída por instituídos e instituinte, geradora de uma inegável e talvez inconsciente institucionalização.

Boa parte do que pôde-se discutir nesta pesquisa leva-me intensamente a pensar, primeiramente, na necessidade da ação analisadora institucional em prol da maioria das questões levantadas pelo GF principalmente ao processo de trabalho e suas relações interpessoais. É prevista pela portaria nº 1.174, publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e apontada no artigo 3º a definição de um supervisor clínico-institucional externo aos profissionais do serviço (CAPS) que tem como função o trabalho junto à equipe por algumas horas semanais objetivando a assessoria, discussão e acompanhamento do trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada. Saidón (2008, p. 139) refere à análise institucional “o difícil desejo de mudar a vida”; a análise como acolhedora da tradição do pensamento crítico, já que pensar a realidade e pensar o que se passa é questionar também o que está se passando conosco.

A garantia de direito em relação a este espaço analisador poderia contribuir grandemente com o desvelar do não dito na instituição através da problematização e questionamento à instituição oculta (Lourau, 2004). Como aponta Ayres (2004, p. 26) “talvez a abertura do técnico a essa racionalidade

possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida”.

Acolhimento envolve conhecimento em e de Rede Intersetorial (RODRIGUES; BROGNOLI, 2014, p. 72). A pesquisa consegue apontar a realidade desta afirmação já que o acolhimento transpassa todo o processo de triagem e implica não apenas em suportar o sofrimento psíquico do outro e estar disposto e sensível a ele, como também em pensar e projetar um projeto de cuidado ao usuário, independentemente de sua inserção ou não no serviço. Conhecer a rede intersetorial é reconhecer sua potência enquanto rede cuidadora, é mapear os possíveis serviços que podem contribuir neste cuidado e pensar redes de suporte além dos ofertados pelos serviços, mas pelo meio no qual vive o usuário e que lhe façam sentido. Garantir a circulação do usuário nesta rede envolve diretamente a consolidação da comunicação entre os serviços nela compostos.

Pressupõe-se a inexistência das relações sem o estabelecimento de diálogos. Dialogar é (se) permitir estar em relação e em comunicação ativamente com o outro, preferencialmente de forma horizontalizada. É dado que os diálogos “intra e inter equipe” são permeados por falas que vão desde sustentação à contradição. Ou seja, ao passo que a equipe se enxerga e se coloca como uma equipe que banca as questões coletivas, ela também se coloca como frágil quando reconhece que nem sempre esse bancar é levado integralmente nas situações cotidianas, dado o dinamismo do serviço. A flexibilidade e a plasticidade tornam-se seletivas, pois não contemplam o todo, o coletivo; portanto, fala-se de uma equipe que não é moldável em sua totalidade.

As complexidades estruturais em relação ao serviço não podem ser desconsideradas, afinal, comunicar-se também depende de equipamentos para tal, e, como pontuado pelos profissionais, ter somente uma linha telefônica para um local de ampla complexidade situado em um território altamente populoso

implica em maiores dificuldades na tentativa de estabelecimento de diálogos. Contudo, pautar-se apenas nos impasses estruturais sem a existência de uma crítica maior em relação a monólogos que por vezes se “disfarçam” em diálogos, é impossibilitar que novos ou outros processos de trabalho e de fazer sejam revistos e repensados. Conseguir apontar a dificuldade de comunicação que o outro possui, é também apontar a nossa própria dificuldade em estabelecê-la.

Ao início, o retorno do usuário não inserido e recolhido pelo serviço, inferia na implicação de questões externas ao CAPS tais quais: a não feitura de fichas de referência e contra referência pelos serviços que encaminham o usuário; ou a inexistência de médico psiquiatra na atenção básica; ou ausência de equipe de saúde mental na UBS; ou a não existência de centros de acolhida 24 horas no território; ou às dificuldades que os serviços, principalmente a atenção básica têm em entender o funcionamento do CAPS e vice-versa; ou a falta de espaços que abarquem uma demanda de sofrimento psíquico que não necessariamente seriam de um serviço complexo como o CAPS; ou a não garantia de espaços como o matriciamento em todas as UBS; ou à falta de comunicação da rede; etc.

Ao final, conclui-se que essas questões apontadas e muitas outras podem ser legítimas apenas quando se compreende que elas existem concomitantemente às questões internas ao serviço CAPS, quando estas também são consideradas, afinal, se nos configuramos como um serviço articulador de cuidado no território, necessariamente devemos nos articular com outros serviços territoriais para realizar esse cuidado; portanto, estamos em alguma instância imersos nas falhas, nos buracos e nos limbos existentes quando tendemos ou quando nos referimos às questões externas levantadas.

O questionável retorno do usuário vem a ser um retrato de um longo percurso percorrido por ele em meio à rede de atenção à saúde pública e o qual, possivelmente, continue ocorrendo. Por fim, pode-se considerar como estratégia de ação de cuidado em frente a tantas outras já colocadas e que podem ser trabalhadas, a qualificação destes retornos através de levantamentos periódicos utilizando o instrumento de avaliação de fluxo dos

usuários o qual fora revisado e aprimorado pela equipe após as reuniões de planejamento no início deste ano (2020). A identificação destes usuários, do território onde habitam e da nova demanda trazida juntamente a um levantamento numérico destes recolhimentos de não inseridos no serviço, pode nos apontar algumas direções em meio a tantas possíveis tendo em vista a possível diminuição do intervalo/limbo que o usuário encontra no sistema e conseqüentemente a diminuição do desgaste dos profissionais em relação às retriagens/recolhimentos; reforçando assim o compromisso ético e político que esta pesquisa possui em prol dos usuários, do serviço em questão e de seus produtores de cuidado sem que ela se finde.

Dissertar é apenas um passo do caminhar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

APOLLONIO, F.T. **A transferência na atenção psicossocial e a relação e a relação de dependência winnicottiana: uma articulação possível?** Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

ASSIS, J. T. *et al.* **Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes**. In: Divulgação em Saúde para Debate: Redes de Atenção à Saúde: Construindo o cuidado integral. Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, out 2014.

AYRES, J.R.C.M. **Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação**. In: ONOCKO CAMPOS, R. *et al* (Org.) Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental – Desenho participativo e efeitos da narratividade. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

AYRES, J.R.C.M. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas**, Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, 2009.

AYRES, J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

BACKES, D. S. *et al.* **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas**. O mundo da saúde, São Paulo: 2011;35(4):438-442.

BALLARIN, M.L.G.S. *et al.* **Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço**. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(2):162-168.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Saúde mental / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno HumanizaSUS; v.5.** Saúde Mental / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p.

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.** Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre os novos procedimentos de CAPS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, C.J.G. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4.

CAMPOS, G.W.S. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998.

CAMPOS, G.W.S. **Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família.** In: CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 68.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CORAZZA, S. **Pesquisar o acontecimento: estudo em XII exemplos.** In: Tadeu, T.; Corazza, S.; Zordan, P. Linhas de escrita. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. P 7-78.

COSTA, A. *et al.* **Desafios da Atenção Psicossocial na rede de cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 7, Junho 2012.

DELEUZE, G. **Conversações.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DESLANDES, S.F. **Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação.** In: ONOCKO CAMPOS, R. *et al* (Org.) Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental – Desenho participativo e efeitos da narratividade. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p.68-77.

DIAZ, A.R.M.G. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: a regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial** [dissertação]. Campinas (SP): FCM, Saúde Colet. Universidade Estadual de Campinas; 2009.

DUARTE, L.S. *et al.* **Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.472-485, 2015.

EMERICH, B.F., ONOCKO-CAMPOS, R. **Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição**. Interface (Botucatu). 2019; 23: e170521

ESPINOSA, B. **Ética**. [Tradução de Tomas Tadeu]. – 2, ed, 1 reimp. – Belo Horizonte: Autêntica editora, 2013.

FIGUEIRÊDO, M.L.R.; DELEVATI, D.M.; TAVARES, M.G. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil**. Ciências humanas e sociais. Maceió, v. 2, n.2, p. 121-136, Nov 2014. <periodicos.set.edu.br>

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

FRANCO, T.B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO, T.B.; **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde**. In: Pinheiro e Mattos (Orgs.), Gestão em Redes; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 3 ed., Petrópolis: editora Vozes, 1999, 725p.

GONDIM, S.M.G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. Paidéia, 2003,12(24), 149-161.

GONZAGA, N.; NAKAMURA, E. **Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.232-243, 2015.

GUATTARI, F. **Caosmose: um ovo paradigma estético**. Tradução de Ana Lucia de Oliveira e Lúcia Claudia Leão – São Paulo: Ed. 34, 1992. 208p. (Coleção TRANS)

HOLANDA, A. **Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica.** *Análise Psicológica* (2006), 3 (XXIV): 363-372.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde.** *Rev Esc Enf USP*, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

ISOLAN, L.R. **Transferência erótica: uma breve revisão.** *Rev Psiquiatr RS* maio/ago 2005;27(2):188-195.

JORGE, M.S.B. *et al.* **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060, 2011.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. **Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental.** *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 17, n. 3, p. 115-122, set./dez., 2006.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: CAMPOS, C.R. (Org) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.* São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

MIRANDA, L. *et al.* **Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa.** In: ONOCKO-CAMPOS, R. *et al.* (Orgs.). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade.* São Paulo: Hucitec, 2013. P. 249-277.

MINAYO, M.C.S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):621-626, 2012.

MINOZZO, F.; COSTA, I.I. **Integrando CAPS e Saúde da Família: Apoio Matricial em saúde mental.** In: PAULON, S.; NEVES, R. (Orgs.). *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado.* Porto Alegre: Sulina, 2013. P. 61-82.

MOREIRA C.P.; TORRENTÉ M.O.N.; JUCÁ V.J.S. **Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica.** Interface (Botucatu). 2018; 22(67):1123-34.

NASCIMENTO, A.F.; GALVANESE, A.T. **Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP.** Rev. Saúde Pública 2009;43(Supl. 1):8-15.

NUNES, M.; TORRENTI, M. **Práticas de saúde mental a atenção básica: o pêndulo da história e a dimensão sociocultural.** In: Saúdeloucura 10: Tessituras da clínica: Itinerários da reforma psiquiátrica. EMERICH. B. F.; ONOCKO CAMPOS, R.T. (Orgs). 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2019. P. 140-166.

OLIVEIRA, I. C. *et al.* **As percepções do Cuidado em Saúde Mental pelos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Itajai-SC.** Sau.& Transf. Soc. Florianópolis, v.6, n.2, p.44-53, 2016. ISSN 2178-7085.

ONOCKO CAMPOS, R.T. *et al.* **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade.** 2 ed., São Paulo: Hucitec, 2013, 428p.

ONOCKO CAMPOS, R.T. *et al.* **Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(10):2847-2857, 2013.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

ONOCKO CAMPOS, R.T. **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental.** In: Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos e Saúde. Rio de Janeiro v.25 n.58 maio/ago. 2001.

ONOCKO CAMPOS, R.T. **Saúde mental e Atenção Primária: o jardim das veredas que se entrecruzam** (prefácio). In: PAULON, S.; NEVES, R. (Orgs.). Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013. P. 07-09.

OLIVEIRA, L.M.L.; TUNIN, A.S.M.; SILVA, F.C. **Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde.** Rev. APS, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.

PASSOS, E. *et al.* **O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2919-2928, 2013.

PEGORARO, R.F.; BASTOS, L.S.N. **Experiências de acolhimento segundo profissionais de um centro de atenção psicossocial.** *Rev. Enferm. Atenção Saúde* [Online]. Jan/Jun 2017; 6(1):3-17. ISSN 2317-1154.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. **O discurso sobre o acolhimento e a acessibilidade nos serviços comunitários de saúde mental.** *Cogitare Enferm* 2009 Out/Dez; 14(4):612-9.

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico.** *Bol. da Saúde*, v. 16, n. 1, 2002

ROCHA, M. L. **Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises.** *Psicologia ciência e profissão*, 2003, 23 (4), 64-73.

RODRIGUES, J.; BROGNOLI, F. **Acolhimento no serviço de atenção psicossocial.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, Florianópolis, v.6, n.13, p.61-74, 2014.

ROMANINI, M.; GUARESCHI, P.A.; ROSO, A. **O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede.** *SAÚDE DEBATE* | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 113, P. 486-499, ABR-JUN 2017.

SAIDÓN, O. **Devires da Clínica.** *Saúdeloucura*; 26. Série Políticas do desejo; n.3. São Paulo: Aderaldo & Rorhschild, 2008. 183p.

SILVA, S.F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2753-2762, 2011.

SILVA, N.S.; CAMARGO, N.C.S.; BEZERRA, A.L.Q. **Avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial.** *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2191-8.

SOUZA, E.C.F. *et al.* **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Tese de Doutorado: Rio de Janeiro, 2006, 208p.

YASUI, S.; EMERICH, B.F. **Pesquisa que se constrói na travessia: notas reflexivas e práticas sobre a pesquisa participante**. In: PAULON, S.M.; LONDERO, M.F.P. (Org). Saúde Mental na atenção básica: o pesquisar como cuidado. 1.ed. Porto Alegre : Rede UNIDA; 2019. p. 181-196.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 18 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei N° 8.080/90**. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)>. Acesso em: 01 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial**. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0301080232/01/2020>>. Acesso em: 13 jan. 2020.

ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA. Secretaria de Saúde de São Paulo. **Contrato de gestão**. Disponível em: <[www.saudedafamilia.org/transparencia/contratos\\_gestao/cg\\_capela\\_do\\_socorro/contrato\\_gestao\\_sms-sp\\_002-2014-sms-ntcss.pdf](http://www.saudedafamilia.org/transparencia/contratos_gestao/cg_capela_do_socorro/contrato_gestao_sms-sp_002-2014-sms-ntcss.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2018.

ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA. **Informações das Unidades Administradas pela ASF na Região Sul**. Disponível em: <[http://www.saudedafamilia.org/\\_wp/index.php/pt/home/contratos-de-gestao/contrato-de-gestao-capela/](http://www.saudedafamilia.org/_wp/index.php/pt/home/contratos-de-gestao/contrato-de-gestao-capela/)>. Acesso em: 01 set 2018.

**Dados demográficos dos distritos pertencentes às Prefeituras Regionais**. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados\\_demograficos/index.php?p=12758](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758)>. Acesso em: 01 set. 2018.

**ANEXO I****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)***CAAE: 03863618.4.3002.0086***Acolhimento, vínculo e corresponsabilidade do cuidado:  
percepções sobre o retorno do usuário acolhido e não inserido em um  
CAPS III sob a ótica dos profissionais de saúde**

Orientador: Prof. Dr. Bruno Emerich

Pesquisadora: Fernanda Lessa

Eu, Fernanda Gama Lessa, pesquisadora deste estudo, convido você a participar desta pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra comigo, pesquisadora.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Esta pesquisa é considerada importante já que foram identificados poucos materiais na literatura que abordem e problematizem a referida questão e pelo retorno constante de usuários já acolhidos em triagem e não inseridos em CAPS III para novos acolhimentos; além de proporcionar ao profissional a possibilidade de qualificar o retorno do usuário para um novo acolhimento e a forma como esse este será acolhido novamente. O objetivo é compreender os motivos que levam usuários acolhidos e não inseridos em um CAPS III na cidade de São Paulo a retornarem ao serviço para um novo acolhimento.

-----  
Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Ao participar deste estudo você está sendo convidado a: participar de um grupo focal que terá a duração de uma a duas horas, no máximo. O grupo se trata de uma conversa sobre o tema da pesquisa juntamente com outros participantes. Serão dois grupos focais ao todo, em diferentes momentos, constituídos por profissionais de diferentes categorias que trabalhem no CAPS III Adulto Capela do Socorro e realizem acolhimentos em seus plantões e que aceitem participar desta pesquisa. Os profissionais que compuserem o primeiro GF serão os mesmos profissionais que comporão o segundo GF. É importante ressaltar que: somente poderão participar dos grupos os profissionais que tiverem assinado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); os grupos focais serão audiogravados pela pesquisadora e ocorrerão no próprio CAPS III Adulto Capela do Socorro em sala reservada, e em dia e horário a serem determinados. A data será combinada entre todos e avisada com antecedência. Os participantes estarão cientes da audiogravação, podendo concordar com a participação na pesquisa; as audiogravações permanecerão guardadas até o fim das transcrições destas.

É passível que haja desconforto durante a realização da pesquisa, incluindo o Grupo Focal pelo qual os participantes serão convocados. Em havendo quaisquer desconfortos do participante durante a pesquisa, é dada a possibilidade deste em não responder a alguma questão ou até mesmo retirar seu consentimento.

O projeto não terá benefícios diretos aos participantes. Ele poderá auxiliar os profissionais do serviço a qualificarem o Acolhimento realizado tanto a usuários que buscam o serviço pela primeira vez quanto aos usuários já acolhidos e não inseridos no serviço que retornam para um novo acolhimento. Essa qualificação poderá beneficiar indiretamente tanto os profissionais em seu processo de trabalho quanto os usuários do Sistema de Saúde que procuram por ajuda e escuta, assim como outros profissionais e serviços a partir da produção científica em questão.

-----  
Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Você terá o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. O estudo possivelmente não influenciará na saúde e bem estar das(os) participantes, pois trata-se de uma reunião em grupo que abordará um tema corriqueiro na rotina dos profissionais. Todavia, caso algum participante se sinta desconfortável com teor dos temas tratados no grupo, poderá contar com a retaguarda da pesquisadora para eventuais conversas e auxílios, assim como para articulação de cuidados necessários. É possível que em qualquer momento o participante deixe de participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo à pesquisa.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Será proporcionada ao profissional que aceitar participar do grupo focal a quantia das passagens de ônibus necessárias para que ele possa ir para o Grupo Focal e retornar para sua casa, caso o participante não esteja em seu plantão no período estabelecido para a realização do Grupo Focal. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Professor Doutor Bruno Emerich e com a pesquisadora Fernanda Lessa que podem ser procurados e encontrados, respectivamente, no Departamento de Saúde Coletiva situado na Faculdade de Ciências Médicas, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 – Campinas, SP, Brasil, tel.: (19) 3521-8862; e no CAPS III Adulto Capela do Socorro situado na Rua Guaiúba, 77 – São Paulo, tel: (11) 5666.8153, e-mail: [feunifesp@gmail.com](mailto:feunifesp@gmail.com) e contato pessoal da pesquisadora: (13) 99123.5785 havendo a possibilidade ligações a cobrar.

-----  
Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

Ou você poderá entrar em contato também com o CEP/SMS da cidade de São Paulo para dúvidas e denúncias quanto às questões éticas via e-mail: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) ou pelo telefone (11) 3397-2464.

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

-----

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Contato telefônico: \_\_\_\_\_

E-mail (opcional): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

### **Responsabilidade do Pesquisador**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### ROTEIRO GRUPO FOCAL

- 1) De modo geral, o que vocês entendem por triagem e acolhimento em um CAPS III?
- 2) Como é realizado o acolhimento inicial pela equipe? Como vocês avaliam este dispositivo?
- 3) O que vocês mudariam e o que manteriam na forma/estrutura como o acolhimento inicial é realizado?
- 4) Por que vocês acham que um usuário já acolhido e não inserido no CAPS retorna para um novo acolhimento? Há avaliação ou discussões em equipe acerca deste retorno?
- 5) A equipe considera que existe distinção na abordagem de um usuário que retorna para um novo acolhimento no serviço? Este novo acolhimento é realizado da mesma forma em que foi realizado o primeiro?
- 6) Existe alguma comunicação entre o CAPS e outros serviços de saúde e assistência no território quando o usuário é acolhido e não inserido no serviço? Se sim, como ela ocorre?

## ANEXO III

## INSTRUMENTO CRIADO PELOS PROFISISONAIS DO CAPS III

Quadro 2. Instrumento de Indicadores do Acolhimento

ENCAMINHADO POR	ENCAMINHAMENTO QUALIFICADO	DEMANDA	INSERIDO	ENCAMINHAMENTO	
1. ESPONTANEA	SIM	1. RECEITA/FORMULARIO	SIM	1. UBS	6. CECCO
2. UBS DE REFERENCIA		2. CRISE		2. CRAS	7. CCM
3. P.S.		3. ALTA HOSPITALAR		3. CREAS	8. CGC
4. AMA		4. T. M. Ñ SEVERO		4. LACE	9. CEU
5. CREAS	NÃO	5. ESPAÇO DE ESCUTA	NÃO	5. APAE	10. OUTROS
6. CRAS		6. REAVALIAÇÃO PSIQUIATRICA (ACOMP AMBULATORIAL)		INSERIDO NA UBS	
7. CAPS IJ				SIM	NÃO
8. CAPS AD					
9. OUTROS	OBS:				

Fonte: própria da autora

**ANEXO IV****APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

Este projeto teve sua aprovação no CEP da Instituição Proponente (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP) em 31 de Maio de 2019.

*CAAE: 03863618.4.0000.5404*

Foi aprovado pelo CEP da Instituição Coparticipante (SMS - São Paulo/ Coordenadoria Regional de Saúde Sul - CRSS) em 16 de Agosto de 2019.

*CAAE: 03863618.4.3002.0086*

## ANEXO V

### A NARRAÇÃO DO GRUPO FOCAL

A narrativa a seguir foi elaborada a partir da transcrição do GF realizado com profissionais do CAPS III. Ana Cláudia Rodrigues foi a moderadora do GF que ocorreu no dia 05 de Setembro de 2019 e Bruno Ferrari Emerich validou-a em 17 de Setembro de 2019.

“Entendemos, enquanto trabalhadores deste CAPS III, que triagem e acolhimento caracterizam-se distintamente por diversos motivos. Ao passo que a triagem se define como um momento pontual em que o usuário é ouvido em um curto período de tempo, sem grandes chances de colocar suas questões mais subjetivas e requerendo uma conduta de rápida resolução, acolhimento abarca uma definição de escuta humanizada, qualificada, empática e ativa em que o período de duração dessa escuta é definido em conjunto tanto pelo usuário como pelos profissionais que o fazem, sem a necessidade de uma conduta breve, podendo haver a possibilidade de outras escutas a qual denominamos de segunda escuta. Acreditamos que o acolhimento seja quase como um abraço, um primeiro momento de contato e escuta que valida o sofrimento do usuário de forma que ele possa se sentir confortável em relatar suas dores e suas questões, permitindo que seja acolhido da melhor forma possível, com um cuidado muito próximo e atento.

É no primeiro acolhimento que vamos colher a história do usuário, seu contexto, verificar se existem redes de apoio no território, se está frequentando a UBS, se já conhece o serviço CAPS, etc... Ele é ouvido, assistido, direcionado, norteado para onde ele deve ir. O acolhimento é algo muito vivo, não temos padrões e nem sistematizações, protocolos ou perguntas pré-determinadas a serem feitas... As perguntas vão mudando e se adaptando de acordo com as falas e os incômodos do usuário... Acolher permite que sejamos sensíveis ao momento do outro de forma a pensarmos: se um dia eu estivesse neste sofrimento, eu gostaria de ser acolhido assim.

É na delicadeza e na sutileza que mora o acolhimento, pois entendemos o quanto aquela pessoa pode ter relutado para ir buscar aquela ajuda, então é importante que sejamos cuidadosos a fim de amenizarmos o sofrimento pelo qual a pessoa está passando naquela ocasião e conseguir dar uma mínima devolutiva a ela neste momento mais intenso de dor e desorganização. Dependendo de como realizamos o acolhimento, este pode ser ou não, o diferencial na vida desta pessoa.

O que buscamos é exatamente não triar pessoas durante um acolhimento. Embora muitas delas cheguem ao serviço com a pretensão ou a visão de que serão triadas, que serão escolhidas ou não, preteridas ou não para dentro do equipamento, buscamos explicar para quê serve este momento inicial de escuta, sem definição de tempo ou duração, sem um certo ou errado no modo de fazer, sem a pressão de protocolos. Pensamos a triagem como algo sistematizado, com roteiro, com procedimento operacional padrão com questões definidas. A triagem é bem direcionada e simplificada, bem parecida com um sinal de trânsito: vermelho, amarelo e verde, e assim tratamos as pessoas como se fossem cores, com um tempo de atendimento que não acontece no acolhimento... E nós precisamos obedecer a esse tempo na triagem e preencher o que é necessário, sem perguntas muito complexas.... Dessa forma quando o usuário começa a falar muito, você tem que expulsá-lo da sala!!!... pois a ideia de triar é algo resolutivo e de emergência, então precisamos dar uma resolução rápida para aquela situação. O termo triagem nasce na época da Segunda Guerra, é um termo médico e da enfermagem, usado para triar, ou seja, servia para escolher quem ia viver ou quem ia morrer. Portanto, a triagem nos dá essa ideia de escolha, segregação, algo emergencial... Baseada em queixa e conduta.

Avaliamos o acolhimento no CAPS como sendo algo muito positivo. O quanto esse espaço de escuta é um espaço potente e reverberador de outros lugares de cuidado possíveis no território. Acreditamos que o acolhimento seja um momento em que o sujeito pode se sentir à vontade para falar o que quiser e ser escutado, ser acolhido de fato e não sofrer retaliações, preconceitos e rotulações. Pensamos na lógica do atendimento imediato em que a pessoa não pode sair deste espaço de escuta pior do que ela entrou! Então temos muitos créditos para trabalhar com as pessoas, pois elas entendem que esse espaço é um lugar de cuidado efetivo.

Existe uma complexidade por detrás do acolhimento que precisamos levar em consideração. Acolhemos pessoas que não conhecemos, que muitas vezes vem com um sofrimento gigantesco, e pensamos em como nosso atendimento inicial pode ser impactante pra essa pessoa... Então é importante que possamos falar sobre o acolhimento, assim como avaliá-lo, estudá-lo, repensá-lo... Discutir e debater essa prática e esse instrumento que é tão importante e utilizado no nosso dia-a-dia.

Sobre a forma como o acolhimento acontece, vamos pensando que existem vários pontos a serem mantidos e outros que entendemos que poderiam ser reestruturados.

Em relação ao formato atual, compreendemos que este seja um dos melhores formatos que já vivenciamos no serviço. Anteriormente, os plantões eram estendidos por 6 horas e nós, profissionais, éramos direcionados às tarefas que esses plantões abarcavam: ou estávamos à frente das questões da convivência e tudo que nela contém ou estávamos escalados para fazer os acolhimentos que chegavam no serviço. Isso era prejudicial para a escuta dos usuários que chegavam para acolhimento, pois na terceira ou quarta escuta já nos encontrávamos cansados, sem mais conseguir ouvir com a atenção que a escuta demanda de nós.

Atualmente, contamos com plantões menos extensos e todos os profissionais que os compõe estão juntos e decidem juntos sobre a realização dos acolhimentos e tarefas da convivência. Dessa forma, é possível que haja uma flexibilidade e negociação em relação às responsabilidades que o plantão traz, principalmente em relação à realização do acolhimento, pois às vezes a pessoa que tá fazendo o acolhimento, ela tá muito mais pra ser acolhida do que pra fazer acolhimento. Portanto, entendemos que para fazer o acolhimento a pessoa tem que estar o mais inteira possível..., e hoje o atual formato dos plantões nos dá suporte para isso, ou para que seja o mais próximo disso possível... O revezamento dos profissionais que irão realizar o acolhimento é uma forma de nós como equipe nos cuidarmos enquanto equipe a fim de que ninguém fique sobrecarregado demais.

Além disso, acreditamos ser de extrema importância o fato de o acolhimento ser feito por dois profissionais, de preferência de categorias distintas. Como já colocamos, o acolhimento é algo complexo, e ter alguém junto com você para dividir as percepções,

as angústias – porque muitas vezes ficamos angustiados com as falas e histórias que nos são apresentadas – é de longe um dos pontos mais positivos em relação ao formato do acolhimento. Poder compartilhar o espaço do acolhimento com mais de um profissional permite que tenhamos novos olhares para aquele mesmo contexto e isso possibilita que seja um atendimento mais qualificado ainda. Sem dizer que também entendemos que nosso colega pode não estar em um dia tão bom, com uma disponibilidade menor em escutar, e então conseguimos também nos cuidar neste sentido.

Alguns de nós entendemos que poderia existir maior flexibilidade ainda em relação aos profissionais que farão o acolhimento...! No entanto, alguns de nós também entendem que existe um risco grande em flexibilizar demais essa escolha e diminuir a possibilidade do revezamento que hoje já existe, de acontecer.

No mais, nossa equipe banca muito e leva muito a sério essa coisa de não fazer acolhimento sozinho!! Às vezes até pensamos que, por conta da demanda e para o usuário não precisar esperar tanto para ser acolhido, conseguimos fazer sozinhos. Mas quando levamos isso para a equipe, sempre tem algum profissional que vai nos dizer: não, não dá pra fazer sozinho!!, e daí a gente se dá conta de que realmente não dá... E isso é muito bacana!!

Também acreditamos que tudo é melhorável e pensamos que o espaço utilizado para o acolhimento poderia ser reestruturado enquanto lugar de cuidado. Hoje ele já possui uma estrutura menos formal, tem os panos de fundo que foram feitos por alguns profissionais, o que acabou deixando a sala mais aconchegante. No entanto, achamos que podemos viabilizar ainda mais a melhora deste espaço. Ganhamos bastante em ter uma sala só para o acolhimento, mas ela ainda impõe barreiras visto que ainda tem o formato de uma sala de consultório mais formal em relação à disposição das mesas e das cadeiras, por exemplo. De repente podemos pensar em um ambiente mais intimista e mais propício para essa ferramenta que é da criação de vínculo, até mesmo com a possibilidade de ter um sofá... Com lenços de papel, já que a maioria das pessoas em seu estado sofrido, chora e quem sabe uma cortina na janela...

Dentro desta perspectiva da criação de vínculo com o usuário através deste dispositivo capaz de permitir uma escuta cuidadosa e atenciosa dele, entendemos que por muitas vezes o que ele mais precisava naquele momento era ser ouvido e ter seu sofrimento validado por alguém. Neste cenário, entendemos que nossa escuta, por vezes, reverbera no usuário um desejo em querer ser ouvido novamente, não necessariamente no dia seguinte, mas em algum momento da sua caminhada; principalmente quando identificamos e avaliamos que ele pode ser acompanhado por outros serviços da rede que não o CAPS, e desta forma, acabamos por não inserí-lo no serviço. Ou seja, encaminhamos este sujeito para outro serviço de saúde... Normalmente para a atenção básica, onde, teoricamente, já é acompanhado.

Nos deparamos com recolhimentos de usuários os quais já acolhemos em algum momento, não necessariamente nós em si, mas pessoas da equipe, ou às vezes pessoas que nem fazem mais parte desta equipe. E então, vamos tentando entender os motivos pelos quais esse sujeito retornou a procurar nosso serviço.

Acreditamos existir “n” motivos pelo qual o usuário retorna para um novo acolhimento... Um deles é o momento atual do usuário, isto é, o novo momento em que ele se encontra... Que é diferente do qual ele se encontrava quando passou pelo primeiro acolhimento no CAPS e que agora talvez precise deste serviço como um recurso de cuidado.

Também acreditamos que nesta lógica do retorno, podemos ter avaliado o usuário e entendido que, apesar de estar em um sofrimento intenso, não demandava dos nossos cuidados e entendemos que a UBS poderia dar conta disso... E não deu... Mandando o usuário de volta para o CAPS. Isso muito tem a ver com a questão de como encaminhamos este sujeito para outros serviços. Sabemos da importância da articulação de rede, visto a complexidade e vulnerabilidade do território em que o CAPS está inserido. No entanto, quando conversamos sobre as possibilidades reais de realizar essa articulação da forma que as diretrizes do SUS nos coloca, nos deparamos com algo ideal, de difícil concretização. Um exemplo disso é nosso desejo, pelo menos da grande maioria, em qualificar a comunicação com outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como as UBS, e não conseguir fazer isso diante de algumas dificuldades ou

limitações como: não ter tempo hábil para realizar telefonemas a fim de discutir o caso já que muitas vezes existem outros usuários aguardando pelo acolhimento; termos apenas uma linha telefônica a qual normalmente está sendo utilizada, isso quando o telefone não está quebrado; termos poucos computadores para enviar e-mails com a discussão do caso, e isso entra na questão de tempo hábil também; muitas vezes o matriciamento demora para acontecer e sabemos que a discussão precisaria ser naquele momento, pois até o matriciamento ocorrer muitas coisas podem ter acontecido com aquele usuário; nem sempre conseguimos colocar o caso para discussão no caderno do matriciamento, pois pegamos outros acolhimentos para fazer e o caso acaba se perdendo e não sendo discutido no matriciamento; entre outros...

Há também casos que retornam para acolhimento com a justificativa de que a UBS não tem psiquiatra ou equipe de saúde mental... E que os médicos clínicos não dão conta de atender esse tipo de demanda, sentem-se inseguros para tal e devolvem o usuário para o CAPS; no entanto, sabemos que isso não vem explicitado desta forma. Muitas vezes o usuário retorna para um novo acolhimento sem uma ficha de contra-referência, apenas verbalizando que pediram (na UBS) pra ela retornar ao CAPS!!. Ainda falando da UBS, muitos usuários encaminhados para lá podem nem ter chegado lá por algum motivo!! Entendemos que a comunicação com as unidades básicas de saúde ainda são um ponto a se melhorar...

Ainda nesta questão do retorno do usuário a um novo acolhimento, alguns de nós entendemos que somos muito afetados pela escuta do sujeito, sendo importante que outros profissionais realizem esse acolhimento e não os mesmos profissionais que escutaram o usuário pela primeira vez. Muitas vezes somos tomados pelo sofrimento do outro e fica difícil estabelecer e consolidar outros olhares para aquele mesmo caso, que hoje pode estar em um momento completamente diferente, mas que vamos acabar conectando com aquele momento inicial em que nos conhecemos... Acabamos estabelecendo uma contratransferência com aquele indivíduo e isso pode prejudicar essa nova escuta. Sendo assim, muitos de nós achamos coerente que essa nova escuta seja feita por outros profissionais.

Outra questão importante que também podemos levantar, e alguns de nós colocamos, é o quanto a equipe banca esse novo olhar e essa nova escuta feita ao usuário que já foi acolhido e não fora inserido no serviço, justamente porque existem questionamentos de profissionais quanto à inserção deste sujeito no CAPS, e gera incômodo ter que discutir ou sustentar essa diferença de avaliação com o colega que discorda do retorno ou da inserção do usuário que retorna, para alguns de nós isso não é fácil. Mas compreendemos que precisamos minimamente entender este retorno a fim de qualificar tanto o nosso trabalho quanto o olhar do cuidado para aquele sujeito.

Podemos listar um milhão de questões por que as pessoas retornam para um acolhimento... E no final de tudo, o que vai sobrar é que são pessoas... Pessoas acolhendo, pessoas acolhidas... Que nada é uma ciência exata... E que não há uma resposta única para essa questão...

Assim como o acolhimento, achamos importante falar sobre o acolhimento. No entanto, vemos que se não conseguimos falar e discutir sobre acolhimento, muito menos discutiremos o acolhimento. Não recordamos se chegamos a pautar este tema para aquelas reuniões temáticas do ano passado. Normalmente, procuramos os profissionais que realizaram o acolhimento do usuário pela primeira vez para discutir sobre o acolhimento. Raramente levamos esta discussão para reuniões... A não ser que seja um caso muito específico, que chame a nossa atenção por algum motivo. Caso contrário, tendemos a procurar os profissionais no “tête - a - tête” e conversamos sobre as percepções do outro sobre aquele caso. Contudo, acreditamos que seja importante falar sobre o acolhimento e olhar mais para esses casos... Entendermos, mas não para colocarmos uma culpa e sim para identificarmos o porquê isso está falhando em algum momento e no que podemos melhorar. Se é que é uma falha...

Nossos olhares são distintos tanto no acolhimento quanto no acolhimento, pois não podemos olhar para aquela pessoa da mesma forma. Quando o usuário retorna para o acolhimento, já temos uma breve noção de seu contexto, cenário de vida... Se as evoluções não forem muito grandes, normalmente conseguimos lê-las para entender um pouco mais sobre aquele sujeito, por que já passou pelo acolhimento antes... No entanto, às vezes não dá tempo de ler... Ou conseguimos ler apenas as

últimas evoluções... No primeiro acolhimento sabemos o que aquela pessoa te conta caracterizando-a como uma fala inédita, e quando pegamos um recolhimento para fazer, entendemos que aquilo que a pessoa contou é - de alguma forma – atravessada por quem a ouviu... Então, nas evoluções, muitas coisas não aparecem na escrita ou aparecem de acordo com a interpretação de quem escutou... Uma escrita atravessada por quem já ouviu aquela história... Portanto, temos a subjetividade da fala daquela pessoa vista de uma nova forma... Que não é deformada, mas modificada de algum jeito.

Mudamos o nosso olhar também de acordo com o encaminhamento que nos é feito... Se veio do PS ou da UPA, olhamos de um jeito... Se veio da UBS, olhamos de outro... Se veio sem encaminhamento, olhamos de outra maneira completamente diferente. A gente já até conhece os carimbos dos encaminhamentos!.

De modo geral, acolher e recolher mudam de acordo com os profissionais que estão ali, fazendo a escuta. Entendemos que existe uma gama de possibilidades de avaliação do usuário já que trabalhamos em uma equipe multiprofissional e os olhares sobre o mesmo caso serão diversos. Por isso, talvez, seja tão importante discutirmos estes espaços.

Sobre a comunicação com outros serviços da rede quando o usuário não é inserido no CAPS, avaliamos que existem singulares leituras acerca disso, assim como fazeres mais individuais, de cada um de nós. Não há algo fechado que nos imponha essa comunicação, mas há algo do entendimento coletivo que entende que a comunicação é essencial para que o cuidado muitas vezes não se perca. No início desta narrativa, falamos sobre as dificuldades e limitações de algumas de nossas ações dentro do serviço, mesmo sabendo o quão importantes elas serão à longo prazo pra esse usuário. Entendemos o CAPS como um serviço complexo, especializado e ordenador do cuidado em saúde mental no território. Nesse sentido, tentamos ao máximo priorizar as articulações que são possíveis através de fichas de referência e contrarreferência que nada mais são que os encaminhamentos tradicionais via papel... Não deixa de ser a nossa comunicação oficial. Também formalizamos outros espaços de comunicação, como os e-mails e os grupos do aplicativo de conversa virtual “Whatsapp”. Sabemos

que nem sempre são os meios mais eficazes, mas buscamos neles o imediatismo daquilo que entendemos como cuidado mais emergencial e que por muitas vezes não teremos pernas para realizar se não for desta forma.

Temos também os espaços de matriciamento que são meios oficiais de comunicação, cuidado, discussão de casos e de formação. No entanto, em algumas unidades de saúde, têm-se ainda dificuldades em realizar as discussões de casos, principalmente com toda a equipe. Muitas unidades precisaram passar por reestruturações ou estão a um passo anterior do que compreendemos ser o ideal para este espaço, não sendo possível ainda trocar percepções sobre alguns casos. Além disso, é um espaço que ocorre uma vez por mês em sua grande maioria... Sendo assim, existe um tempo de espera que nem sempre é o tempo que o usuário necessita para ser acompanhado e assistido.

Enfim, acreditamos que somos um serviço de cuidado repleto de questões e atravessado por algumas certezas, muitas incertezas e inseguranças. Todavia, nos reconhecemos enquanto uma equipe multiprofissional potente e nos encorajamos em nosso dia-a-dia para dar conta da demanda que avaliamos ser nossa e das que muitas vezes sabemos que não são, mas que não abrimos mão de minimamente direcionar assistência. Compreendemos que nossas ações requerem limites, e que quando colocamos estes limites na mesa, estamos também nos cuidando como equipe. Ressaltamos a importância de sermos reconhecidos como um lugar de referência de cuidado caso o bicho pegue, sendo que a alta do paciente não significa que este não possa mais usufruir do serviço. Sabemos que nossa responsabilidade na qualidade de serviço de saúde mental é muito alta, pois lidamos com diversas situações vulneráveis, inclusive de violência, que nos tocam – por vezes literalmente - e nos tomam todos os dias em nossas práticas.”