

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
III CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE
SAÚDE

MARIA DO CARMO BUONAFINA PINHEIRO

PROJETO DE INTERVENÇÃO:
ACOLHIMENTO COMO DIRETRIZ
OPERACIONAL NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) JOSÉ CARLOS
SOUTO

RECIFE
2010

MARIA DO CARMO BUONAFINA PINHEIRO

PROJETO DE INTERVENÇÃO: O ACOLHIMENTO COMO DIRETRIZ OPERACIONAL
NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) JOSÉ CARLOS SOUTO

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel

Recife

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

P654p Pinheiro, Maria do Carmo Buonafina.

Projeto de intervenção: acolhimento como diretriz operacional no centro de atenção psicossocial (CAPS) José Carlos Souto. / Maria do Carmo Buonafina Pinheiro. — Recife: M. C. B. Pinheiro, 2010.
33 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel.

1. Saúde Mental. 2. Acolhimento. 3. Educação Continuada. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Título.

CDU 613.86

MARIA DO CARMO BUONAFINA PINHEIRO

PROJETO DE INTERVENÇÃO: ACOLHIMENTO COMO DIRETRIZ OPERACIONAL
NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) JOSÉ CARLOS SOUTO

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Ms. Bernadete Perez Coelho
Nesc-CPqAM

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade de trabalhar na área de Saúde Mental, aprendendo a cada dia com os usuários e profissionais do CAPS.

À minha mãe (*in memorian*) e aos meus irmãos, pelo incentivo à ética e amor na prática das relações do cotidiano.

Ao meu filho, Vinícius, pela tolerância e compreensão nos momentos de ausência durante a elaboração deste projeto em muitos finais de semana.

A Carlos, companheiro nas tarefas diárias, sempre apresentando compreensão com amor.

À minha orientadora, pelas críticas e sugestões na elaboração deste projeto.

Aos usuários, familiares e equipe do CAPS José Carlos Souto, por me estimularem a produzir conhecimento, visando ao melhoramento no processo de trabalho deste serviço.

À minha prima Iracema, pela colaboração na correção e incentivo profissional na elaboração deste trabalho.

Às gerentes, Cynthia e Graça, companheiras diárias de trabalho e amigas, pelo apoio e compreensão em razão de minha ausência durante o Curso de Especialização e elaboração deste projeto.

À Cleide e Mana, pela disponibilidade afetiva em escutar meus desabafos e colocarem à disposição seus notebooks nos momentos de pane do meu computador.

A todos os amigos que me incentivam a ser uma profissional atuante na produção da Saúde Mental.

PINHEIRO, Maria do Carmo Buonafina. Acolhimento como Diretriz Operacional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) José Carlos Souto. 2010. Projeto de Intervenção (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

O tema Acolhimento tem sido abordado frequentemente nos encontros entre trabalhadores e gestores da saúde, como uma das diretrizes operacionais que favorece o acesso e cuidado integral do usuário nos serviços de saúde. Além de contribuir para a organização dos processos de trabalhos das equipes, permitindo uma reavaliação do Modelo Assistencial baseado na doença para uma mudança significativa na abordagem centrada no usuário e suas necessidades subjetivas. O presente trabalho pretende apresentar um projeto de intervenção sobre Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial José Carlos Souto, situado no Distrito Sanitário II, do Município do Recife, com o objetivo de qualificar os profissionais deste CAPS dentro da proposta da Política Nacional de Humanização (PNH), onde é enfatizada a importância da escuta para formação do vínculo e resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários que buscam uma assistência especializada. Observam-se na revisão bibliográfica conceitos referentes às estratégias para Humanização dos Serviços de Saúde, urgentes para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na facilitação da acessibilidade e integralidade, a partir do Acolhimento. Assim como atenção ao investimento no profissional, sua formação e Educação Permanente para melhor atuação junto aos usuários. Há também relatos positivos de experiências do Acolhimento em Centros de Atenção Psicossociais, consolidando as hipóteses que esta diretriz tem possibilitado a melhoria na qualidade da assistência e reorganização no processo de trabalho. A elaboração do plano operativo propõe oficinas para qualificação dos trabalhadores do CAPS José Carlos Souto e a continuidade do acompanhamento da qualificação, a partir da efetivação de um processo em Educação Permanente, garantindo a atualização nas práticas profissionais e melhores êxitos na assistência interdisciplinar. Espera-se contribuir para reflexão do tema e expansão da qualificação sobre Acolhimento em outros serviços de Saúde Mental do Município do Recife.

Palavras Chaves: Saúde Mental; Acolhimento; Educação Continuada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	08
3 CUIDADO E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	11
4 CONCEITOS DE ACOLHIMENTO	14
4.1 Acolhimento no CAPS	16
5 OBJETIVO GERAL	19
5.1 Objetivos Específicos.....	19
6 DIRETRIZES	20
7 ESTRATÉGIAS	21
8 METAS	22
9 RESULTADOS ESPERADOS	23
10 PLANO OPERATIVO	24
10.1 Etapas de desenvolvimento do projeto	24
11 ASPECTOS OPERACIONAIS	26
11.1 Cronograma das Atividades	26
11.2 Recursos Humanos	26
11.3 Recursos Materiais	26
12 ORÇAMENTO	28
13 FONTE DE FINANCIAMENTO	29
14 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

O Acolhimento tem sido discutido frequentemente nos encontros entre os profissionais de saúde e gestores, considerando sua importância como “diretriz ética/ estética/ política constitutiva dos modos de produção de saúde e como ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços de saúde” (BRASIL, 2004b) e assim, para efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Historicamente, algumas experiências passadas, descrevem o termo Acolhimento numa atitude de “bondade e favor” por parte de alguns profissionais, termo este não compartilhado pela PNH. Tradicionalmente, a noção de Acolhimento no campo da Saúde recebe a conotação, ora como recepção administrativa e ambiente confortável, ora como ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Apesar da importância destas noções, as ações não podem acontecer isoladamente, pois devem possibilitar processos de responsabilização e produção de vínculos entre usuário, familiares e profissionais das unidades de saúde.

Muitos serviços favorecem a formação de filas de espera, por ordem de chegada, as quais não garantem o acesso por situação de risco e vulnerabilidade dos usuários no momento do atendimento inicial. Além dos casos em que o usuário não consegue ser atendido no mesmo dia, sendo orientado sobre um agendamento, com dia e hora marcados. Estes fatos contribuem para uma porta de entrada ineficaz e lógica produtora de agravamento do adoecimento. O foco transforma-se na doença, e não no sujeito e suas necessidades. O Acolhimento na porta de entrada alcança sentido se compreendido como elo entre um primeiro atendimento, onde é priorizada a escuta qualificada e o acompanhamento do usuário, com vistas à formação gradativa do vínculo e resolutividade do seu problema de saúde (MERHY, 2004). Ocorre então, um processo de co-responsabilização entre usuários e profissionais de saúde, um incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento.

A Política Nacional de Humanização enfatiza a importância da proposta de Acolhimento estar articulada com outras propostas, associadas à mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direito dos usuários e ações coletivas).

Os CAPS, assim como outros serviços de saúde, apresentam, em suas experiências, relatos de demandas numerosas, as quais geram sobrecarga nas equipes e necessidade de

respostas mais adequadas que contribuam para o acesso e acompanhamento adequado dos usuários/familiares que procuram assistência especializada em Saúde Mental. O CAPS José Carlos Souto, Situado no Distrito II do Município de Recife, também enfrenta esta dificuldade no seu cotidiano. Por gerenciar esta Unidade de Saúde, percebi que a equipe tem realizado ações de Acolhimento sem apropriação atualizada do tema, identificando, assim, a necessidade de elaborar um projeto de intervenção sobre Acolhimento no CAPS, com o objetivo de capacitar os profissionais, bem como de facilitar o acesso, primeiro atendimento, acompanhamento do usuário/familiar no serviço e/ou encaminhamentos necessários para rede de assistência territorial de intervenção, considerando participação ativa no processo dos atores envolvidos e respeito às singularidades. Também, de contribuir com o processo de trabalho da equipe e rede de referência e contra-referência do Distrito Sanitário II do Município do Recife.

Nesse sentido, é importante compreender algumas questões: Qual conhecimento teórico prático dos profissionais do CAPS José Carlos Souto sobre o Acolhimento proposto pela Política Nacional de Humanização? Como contribuir para com a atualização do Acolhimento no processo de trabalho deste CAPS?

O presente trabalho pretende apresentar informações bibliográficas referentes ao conceito de Acolhimento e um projeto de intervenção sobre o tema no Centro de Atenção Psicossocial José Carlos Souto.

Para implementação do projeto, observa-se viabilidade Política, por ser um tema recorrente nas reuniões do Colegiado de Saúde Mental do Recife, sendo enfatizada a necessidade de atenção e aprimoramento do Acolhimento nos CAPS, devido à busca de mudanças nos processos de trabalho das equipes e de priorização no modelo de saúde centrado no sujeito e suas necessidades.

O projeto será apresentado à Coordenação de Saúde Mental do Recife para avaliação da possibilidade financeira e disponibilidade de pessoal da própria Rede de Saúde quanto à viabilidade Operacional.

2 CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A história da Psiquiatria aponta para mudanças ocorridas ao passar dos anos, a partir da humanização do tratamento nos manicômios (antigos hospitais psiquiátricos), redução dos leitos psiquiátricos e fechamento destes hospitais, até a construção do modelo Psicossocial, proposta da Reforma Psiquiátrica.

Amarante fala sobre os serviços de atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico: “devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais” (AMARANTE, 2007, p.69). Também, chama a atenção para recusa dos conceitos arcaicos, a importância de abordagem às pessoas, e não às suas doenças, como se detectava no tratamento aos internos nos hospitais psiquiátricos. Enfatiza condições de observação dos espaços terapêuticos em que é possível escutar e acolher angústias e experiências vividas: espaços de cuidados e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades, possíveis na Atenção Psicossocial. Acrescenta: “As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em rede, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p.86).

O CAPS é um dos serviços de Saúde Mental do SUS, referência para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares. Tem como objetivo acolher, encaminhar e/ou admitir, acompanhar a evolução do usuário, considerando territorialidade para facilitação do acesso ao serviço e rede parceira de atendimento. “É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2004d). É composto por uma equipe multiprofissional que trabalha de forma interdisciplinar, constituindo saberes, conhecimentos e decisões partilhadas em reuniões sistemáticas para melhor discussão e encaminhamento dos casos.

Os CAPS são classificados da seguinte forma: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 08 às 18h, de segunda a sexta; CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 08 às 18h, de segunda a sexta, com opção de um terceiro turno até 21h; CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24h, diariamente, incluindo feriados e fins de semana; CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantil) – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando das 08 às 18h, de segunda a sexta, com opção de

um terceiro turno até 21h; CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas) – municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionando das 08 às 18h, de segunda a sexta, com opção de um terceiro turno até 21h (BRASIL, 2004d).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1996, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira. Posteriormente surgem outros, como resposta ao Movimento Social de Reforma Psiquiátrica, o qual busca melhoria da Assistência a Saúde Mental, denunciando as inadequações dos hospitais psiquiátricos.

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da portaria GM 224/92 e são regulamentados pela portaria GM 336/02, assim como outros serviços substitutivos da (BRASIL, 2004d).

Os CAPS desenvolvem papel estratégico na rede básica de saúde (Centros ou Unidades de saúde locais e/ ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde) realizando acompanhamento na qualificação e apoio para o trabalho das equipes aos usuários em sofrimento psíquico e seus familiares ou responsáveis.

A Prefeitura do Recife, na gestão 2001-2004, contribuiu com a Política de saúde mental, enfatizando os princípios da Reforma Psiquiátrica, a partir da implantação de sete CAPS (RECIFE, 2009a).

O CAPS José Carlos Souto, classificado como CAPS II, foi inaugurado em 22 de março de 2002, situado inicialmente na Rua Marechal Deodoro, 135 – Torreão, mudando de endereço em 01 de outubro de 2008, devido ao planejamento para transformação em CAPS III. Atualmente, situado na Rua Djalma Farias, 135 – Torreão, aguardando esta transformação, necessitando da chegada de alguns profissionais e ajustes estruturais. Composto por uma equipe de 06 psicólogos, 03 terapeutas ocupacionais, 02 assistentes sociais, 02 enfermeiras, 02 auxiliares de enfermagem, 01 profissional de educação física, 04 psiquiatras, 03 auxiliares administrativos, 02 auxiliares de limpeza, 01 auxiliar de copa, 04 vigilantes, 01 gerente operacional, 01 gerente clínico e 01 gerente administrativo. Atende usuários a partir dos 16 anos, ambos os sexos, residentes no Distrito Sanitário II, do Município do Recife, abrangendo 18 bairros.

A rede assistencial deste Distrito conta com 01 CAPSad, 04 Residências Terapêuticas, 01 CAPSi, 01 Centro de Referência Feminino para usuárias de drogas, 19 Unidades de Saúde da Família (USF), 01 Unidade de Saúde Tradicional (US Tradicional), 01 Unidade Mista (US Tradicional e USF), 04 Programas de Agentes Comunitários (PACS), 03 Academias da Cidade, 01 Unidade de Cuidados Integrals (práticas alternativas), 01 Centro Especializado de Odontologia (CEO), 02 Farmácias da Família, 01 Centro de Vigilância Ambiental (CVA), 01

Policlínica, 01 Núcleo de Apoio de Práticas Integradas (NAPI) e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

3 CUIDADO E INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O tratamento tradicional tem sido revisto nas práticas dos serviços de saúde e substituído pelo cuidado ao ser humano, que em determinado momento de vida, inserido em um contexto social frágil, passa a apresentar um sofrimento e busca no profissional de saúde um apoio e solução para seu problema. A noção do cuidado não se restringe a um procedimento técnico simplificado, mas a uma ação integral. (...) “a ação integral é também entendida como o entre-relações de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p.21).

Lacerda e Valla abordam o modelo médico hegemônico como guia da maioria das práticas dos serviços públicos de saúde, pautadas no diagnóstico e tratamento de doenças. Modelo este onde não se prioriza a escuta do sujeito e seu sofrimento, a atenção e o cuidado integral à saúde. “Cuidar é, portanto, uma atitude interativa que inclui envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida” (LACERDA; VALLA, 2004, p.95).

Na história dos serviços de saúde mental, considerando as últimas décadas, identifica-se no Brasil uma transformação da assistência a partir da implantação dos dispositivos de atenção psicossocial, onde se busca o cuidado com o sujeito e seu sofrimento, inserido em uma realidade social, contrário ao modelo psiquiátrico hegemônico, onde a doença era o objeto de intervenção do profissional. Este cuidado passa a ser norteado por premissas organizadoras: a primeira é a da liberdade em negação ao isolamento, (...) “esse cuidado implica investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautadas em sua história e de forma singularizada” (ALVES; GULJOR, 2004, p.227). A segunda corresponde à integralidade contrária à seleção, isto é, considera o sujeito em sofrimento com necessidades que ultrapassam diversos contextos. “Deste modo, o cuidado abarca a construção de projetos de vida, em contraposição ao reducionismo de uma intervenção voltada para a remissão de sintomas” (ALVES; GULJOR, 2004, p.227). A terceira é a abordagem do problema e do risco social. “O risco social permite uma visão mais ampliada do sujeito, ao considerar a rede onde se insere” (ALVES; GULJOR, 2004, p.228). A quarta corresponde “a questão do conceito de direito

sobre a noção de reparo. É fundamental que entendamos que essas pessoas possuem o direito de serem assistidas de maneira digna, de terem respeitada sua expressão diferente de norma” (ALVES; GULJOR, 2004, p.228). A quinta considera ser fundamental o respeito pela singularidade. “Ou seja, para cada pessoa um projeto, porque para essas pessoas a construção de seus projetos de vida se efetiva no âmbito do que ela incorpora como um direito, e do que nós, profissionais entendemos enquanto tal” (ALVES; GULJOR, 2004, p.229). Por última, “uma premissa de qualidade do cuidado é a incorporação permanente do papel de agenciador. [...] O agenciador tem como pressuposto básico a tomada de responsabilidade, como consequência, constitui-se como mediador das relações daquele com o mundo” (ALVES; GULJOR, 2004, p.229).

Alves refere à substituição formal do termo “tratar” por “cuidar” com atenção aos portadores de transtornos mentais, adequando assim a incorporação de situações a serem superadas e, não simplesmente, trabalhando com critérios de seleção e/ou exclusão. A integralidade entra então como negação ao isolamento proposto em tratamentos asilares, anteriores à Reforma Psiquiátrica e enfoca o cuidado com o ser e seu sofrimento (ALVES, 2001, p.170).

Franco e Magalhães Júnior abordam a necessidade de organização nos processos de trabalho para uma efetiva mudança no modelo assistencial, enfatizando a passagem das tecnologias duras (baseadas em máquinas e instrumentos formais, como exames e formulários) para tecnologias leve duras (conhecimento técnico) e leves (relações entre os profissionais e usuários). Ocorre assim a valorização do sujeito e sua singularidade (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR apud MERHY, 1998).

Franco e Franco citam conceitos sobre “Linha do Cuidado” e “Linha do Cuidado Integral”, onde a primeira refere-se aos fluxos seguidos pelo usuário dentro de uma rede de saúde, incluindo equipamentos sociais, como núcleos comunitários e de assistência social, a partir de pactuações integradas, com o objetivo de facilitar o acesso do usuário aos locais dos quais necessita. A segunda enfatiza a idéia da integralidade na assistência à saúde, buscando a unificação das ações preventivas, curativas e de reabilitação. “O cuidado integral é pleno feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde” (FRANCO; FRANCO, 2010, p.2). Estes conceitos enfatizam processos de trabalhos organizados na lógica da facilitação de acesso do usuário dentro de uma rede articulada, centrada na resolutividade de ações integrais para promoção da saúde.

Para uma organização no processo de trabalho faz-se necessário uma atitude de reflexão e busca de mudanças nas práticas dos trabalhadores, pois estes com sua subjetividade atuam no cuidado ao usuário. Na gestão do trabalho em saúde mental, Franco sugere investimento dos gestores em processos de valorização profissional que permitam estimular a “alta potência” existente em cada um, conseqüentemente produzindo efeitos na potência de vida dos usuários. Como estratégias para este investimento sugere atenção “na remuneração, na Educação Permanente, no trabalho multiprofissional e inter-subjetivo, formas de participação colegiada, liberdade na condução do seu processo de trabalho e no cuidado em saúde mental” (FRANCO, 2009, p.6-7).

4 CONCEITOS DE ACOLHIMENTO

A saúde pública brasileira tem demonstrado avanços no que diz respeito à descentralização/regionalização, universalidade, integralidade, equidade e controle social, mas observa-se uma fragilidade nos processos de trabalho nas relações entre os profissionais e os usuários. A PNH surge como uma proposta para as questões de Atenção e Gestão da Saúde. “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004a, p.6).

Para garantir integração entre os diversos atores envolvidos na co-responsabilização e qualificação dos vínculos entre os profissionais, entre estes e os usuários na produção de saúde, faz-se necessária à formação de uma Rede de Humanização em Saúde (RHS), comprometida com a defesa da vida, tendo como sujeitos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários e todos os cidadãos. Esta considera diretrizes como: Clínica Ampliada; Co-gestão; Saúde do Trabalhador; Acolhimento; Direitos dos usuários; Ativação de Redes Sociais e Educação Permanente em serviço.

“O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2008, p.6).

Identifica-se nos serviços de saúde uma dificuldade em relação ao acesso e como o usuário é acolhido na sua chegada e durante o desenvolvimento do cuidado. A presença de filas, agendamento de consultas com dia e hora pré-estabelecidos, a precária relação estabelecida entre o usuário e o profissional, a baixa resolutividade dos problemas apresentados e acompanhamento dos encaminhamentos dos usuários, ainda fazem parte de algumas Unidades de Saúde, a partir dos fatos relatados na ouvidoria, pesquisas de satisfação, depoimento de gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

O acolhimento propõe uma organização no processo de trabalho, buscando adequação das condutas profissionais; garantia do acesso a qualquer momento, sem agendamento, com atenção ao atendimento pela avaliação do risco e vulnerabilidade, e não por ordem de chegada; resolutividade do problema apresentado pelo usuário; a escuta qualificada e formação do vínculo, não apenas na porta da entrada, mas durante todo acompanhamento na unidade ou monitoramento em outro serviço, a partir da necessidade do encaminhamento. É considerada uma diretriz que permite “tecnologia do encontro, regime de afetabilidade

construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde” (BRASIL, 2008, p.18). Deve estar articulada com outras propostas como a Co-gestão, Ambiência, Clínica Ampliada, Programa de formação em Saúde do trabalhador, Direito dos Usuários e Ações Coletivas.

No Acolhimento deve ser questionado qual a melhor indicação para o usuário, como um todo (serviço e rede SUS) se responsabilizando para garantir a efetivação desta indicação (RECIFE, 2009b)

A prática do acolhimento como diretriz operacional requer mudança no cuidado em saúde, implicando valorização dos sujeitos envolvidos como protagonistas na produção de saúde; reorganização dos processos de trabalho, a partir da problematização das práticas cotidianas com discussões críticas e construtivas entre profissionais, usuários e gestores, disponíveis para mudança; aproximação da rede social; elaboração e acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS); postura de escuta que apresente compromisso com as necessidades do usuário, respeitando sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; construção coletiva com a Rede de Cuidados Integrals (BRASIL, 2008).

Abbês refere-se à idéia de acolhimento, como “Diretriz Constitutiva dos modos de produzir saúde” e “Tecnologia do encontro”. Considera ser uma ferramenta tecnológica, tendo reconhecimento da necessidade de qualquer unidade de saúde em lidar com demandas não agendadas de forma qualificada; ser um modo de gerenciar os processos de trabalho em saúde, garantindo o acesso a todos que buscam os serviços; acolher, ouvir, analisar a demanda, procurando respostas às questões apresentadas pelo usuário e sua rede social; atendimento com responsabilidade e resolutividade; permite o rompimento com a lógica da exclusão (ABBÊS, 2006).

São sugeridas algumas formas de fazer (BRASIL, 2008, p.35):

Montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade.

Levantamento e análise diagnóstica, pelos próprios profissionais da saúde, dos modos de organização do serviço e principais problemas enfrentados.

Construção de rodas de conversas visando coletivização de análise e produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas.

Montagem de uma planilha de passos com dificuldades, tentativas que fracassaram e avanços.

Identificar profissionais sensibilizados para a proposta;

Construção coletiva dos passos no processo de pactuação interna e externa.

Articulação com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção.

São citados também alguns dispositivos (BRASIL, 2008, p.36):

Fluxograma analisador: Diagrama em que se desenha um certo modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção(MERHY, 2002).

Descrição das entradas no processo, das etapas percorridas, das saídas, e dos resultados alcançados análise de casos que ilustrem os modos de funcionamento do serviço. Funciona como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia-a-dia dos serviços.

Oficinas: Instalação de rodas de debate que produzam o encontro das idéias, a construção de consensos e a responsabilização dos participantes pela elaboração conjunta.

Articulação e/ou incentivo à construção de um Grupo de Trabalho em Humanização. Grupos Focais com usuários e rede social nas Unidades de Saúde.

4.1 Acolhimento no CAPS

Coimbra relata em sua dissertação um estudo de caso, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa de dados sobre acolhimento no CAPS Castelo Simões Lopes, Pelotas – RS, no período de 19 de maio a 04 de junho de 2003. Analisou dois tópicos: A organização do trabalho no CAPS; O encontro do profissional com o usuário e a formação de vínculo. Constatou que o acolhimento apresentou-se como organizador do trabalho dentro do serviço e como impulso para mudança do modelo assistencial centrado na doença para o centrado no sujeito e sua subjetividade. Também constatou a possibilidade das tecnologias leves e leve duras substituírem as tecnologias antes predominantes leve duras e duras. “O acolhimento é uma estratégia porque propõe a integração das atividades, a organização da demanda com vistas à saúde do indivíduo/família, interfere no processo de trabalho e no estabelecimento de uma relação mais próxima do profissional/usuário/serviço” (COIMBRA, 2003, p.23).

A autora pontua a mudança na assistência psiquiátrica, de uma lógica de exclusão e isolamento (prática asilar) para o acompanhamento psicossocial, onde ocorre a inclusão do usuário em uma rede de cuidados na comunidade. “O acolhimento surge como uma estratégia instaurada pela necessidade de uma prática dos profissionais de saúde e da organização do serviço mais acolhedor, humanizado resolutivo, formador de vínculo e que valorize a subjetividade dos usuários” (COIMBRA, 2003, p.82). Identifica a inexistência de “filas de espera”. A relevância do estudo visa contribuir para organização dos serviços de saúde mental, procurando uma atenção integral, centrada no usuário, destacando o acolhimento enquanto tecnologia das relações e reversão do modelo assistencial.

Santos et al apresenta uma reflexão sobre a implantação do dispositivo acolhimento proposto pela PNH, a partir do desenvolvimento de abordagens com responsabilização dos profissionais que possibilitam a integralidade e a autonomia do sujeito, observada no CAPS CASA DO SOL, em Capão da Canoa. Assim como, a importância das discussões sobre a Humanização da Assistência entre os trabalhadores, com o objetivo de diminuir a distância entre as unidades de saúde e os usuários. Evidenciou a importância da rede como estratégia de integração entre os serviços de saúde do município. O acolhimento no CAPS sugeriu alternativas para reorganização do fluxo, qualificação do atendimento e utilização de indicadores de resolutividade (redução do tempo de espera e nº de atendimentos). Os usuários passaram a ser atendidos por critérios de classificação de risco e vulnerabilidade, sendo consideradas suas necessidades, associadas ao encaminhamento responsável e resolutivo, através da responsabilização de todos profissionais da equipe.

Londero aborda na sua dissertação de mestrado uma análise do acolhimento no CAPS Cais Mental, em Porto Alegre. Realiza investigação baseada em três focos principais: A concepção de acolhimento; a organização da equipe e a relação com a rede de saúde. Na concepção, observa questionamentos quanto à porta de entrada, referentes à necessidade ou não de chegada por encaminhamento; dificuldades entre alguns profissionais para identificação com o trabalho de acolher, repassadas como inabilidade para tomadas de decisões resolutivas rápidas e discurso de rede que não funciona. Em relação à organização da equipe, percebeu espaço de tensões, embora os trabalhadores acolhessem uns aos outros em suas divergências.

A referida autora cita a conversa como principal produtora do acolhimento, sendo sustentada coletivamente, inicialmente entre os trabalhadores e usuários, e posteriormente com a rede externa (outros serviços no território). Alerta que os entraves do processo surgem nos momentos de ausência de operacionalidade coletiva. A rede foi referida como frágil, precária, sem dar conta da demanda, embora não fosse toda conhecida. Identificou no CAPS várias modalidades de acolhimento, como: Porta de chegada, onde são repassadas informações sobre o serviço por qualquer profissional; grupo de acolhimento, com três ou quatro usuários, coordenados por um ou dois técnicos já identificados como acolhedores; processo de alta e encaminhamentos; busca ativa. Coloca o acolhimento com possibilidades de configurações e reconfigurações, sendo atualizado constantemente a partir dos problemas discutidos em equipe.

Finalizando, conclui que a experiência não pode ser utilizada como paradigma ou receita guia de prática, mas sim como pista (LONDERO apud MERHY, 2002). Alerta para

prática subjetiva do trabalhador, na forma como cada um se coloca na vida, com preconceitos e julgamentos morais, nos quais estes devem ser substituídos por espaços de encontro e fazer junto com o usuário. Também para eliminar a tendência do engessamento nas ações com preenchimento de fichas e outros instrumentos burocráticos em detrimento da escuta e formação do vínculo.

5 OBJETIVO GERAL

Qualificar os profissionais do CAPS José Carlos Souto do Distrito Sanitário II do Município do Recife, para atualização do Acolhimento neste serviço, convergente com a proposta da PNH/SUS.

5.1 Objetivos Específicos

- a) Analisar os conceitos dos profissionais do CAPS acerca do Acolhimento;
- b) Estimular reflexão, discussão e atualização sobre o tema Acolhimento nos profissionais que trabalham no CAPS;
- c) Contribuir com a Educação Permanente e organização do processo de trabalho dos profissionais do CAPS José Carlos Souto;
- d) Facilitar o acesso e o cuidado dos usuários e familiares ao CAPS José Carlos Souto.

6 DIRETRIZES

- a) Facilitação do Acesso no atendimento aos usuários e seus familiares, a partir de uma “porta aberta”, sem agendamento com dia e hora pré-estabelecidos;
- b) Estímulo ao cuidado integral do usuário e suas necessidades de saúde, enfatizando a resolutividade nas abordagens/encaminhamentos;
- c) Oferecimento de Escuta qualificada, facilitadora da formação gradativa do vínculo e incentivo a autonomia;
- d) Facilitação da organização no processo de trabalho da equipe, com ênfase na necessidade de Educação Permanente nos serviços de saúde;
- e) Restauração da comunicação social, a partir das trocas entre o usuário, a equipe, a família e a rede territorial de interações (outras unidades e dispositivos sociais).

7 ESTRATÉGIAS

a) Realização de duas oficinas para estímulo à reflexão e discussão sobre Acolhimento junto à equipe, em dias diferentes, durante o horário de reunião clínica que acontece na às sextas-feiras, à tarde;

b) Desenvolvimento de Educação Permanente sobre acolhimento para atualização e acompanhamento da equipe.

8 METAS

- a) Realização de duas oficinas para Qualificação da equipe sobre o tema Acolhimento;
- b) Registro de um relatório sobre o resultado das oficinas;
- c) Realização de uma reunião com a Coordenação de Saúde Mental para apresentação e discussão sobre o relatório das oficinas.

9 RESULTADOS ESPERADOS

- a) Material didático e espaço físico adequados para as oficinas;
- b) Duas oficinas realizadas;
- c) Profissionais qualificados para prática do Acolhimento proposto pela PNH, no processo diário de trabalho do CAPS;
- d) Plano de Educação Permanente, com discussão sistemática voltada para o acolhimento em saúde mental no CAPS implementado;
- e) Relatório Final concluído.

10 PLANO OPERATIVO

- a) Período do Estudo: Janeiro de 2011 a Março de 2012;
- b) Área de estudo: CAPS José Carlos Souto – DS II – Recife;
- c) População de Referência: Todos os profissionais do CAPS José Carlos Souto.

10.1 Etapas de Desenvolvimento do Projeto:

Etapa 1. Apresentação do Projeto de Intervenção à Coordenação de Saúde Mental de Recife:

- a) Agendar uma reunião com a Coordenação de Saúde Mental de Recife para apresentar, com data show, este projeto de intervenção, com objetivo de análise e aprovação.

Etapa 2. Realização de duas oficinas, em dias diferentes, durante o horário de reunião clínica que acontece às sextas-feiras, à tarde, para qualificação sobre Acolhimento junto aos profissionais do CAPS;

- a) Realizar primeira oficina, com duração de 4h, abordando a teoria. Nos primeiros 10 minutos, enfatizar o objetivo e proposta das oficinas; em seguida, em 30 minutos, estimular fala livre sobre o tema e anotar as questões apresentadas. Na próxima 1h20, estimular leitura em grupos das cartilhas sobre o tema proposto; realizar intervalo de 15 minutos; na próxima 1h35, realizar discussão sobre a leitura, sendo anotados os pontos principais no data show. Possibilitar 10 minutos para avaliação sobre o encontro, com uma palavra;
- b) Realizar segunda oficina, com duração de 4h, abordando a prática, utilizando o Fluxograma Analisador proposto por Merhy. Nas primeiras 2h, trabalhar com apresentação de um caso selecionado pela equipe, identificando toda passagem pela unidade, desde a chegada, ações propostas/desdobramentos. Realizar intervalo de 15 minutos. Na próxima 1h35, discutir a apresentação e anotar estratégias, enfocando o

aprimoramento do Acolhimento no CAPS. Possibilitar 10 minutos para avaliação sobre o encontro, com a marcação de carinhas.

Etapa 3. Elaboração e apresentação do Relatório Conclusivo:

- a) Descrever resultados das oficinas em um relatório a ser apresentado à Coordenação de Saúde Mental do Município de Recife;
- b) Apresentação descritiva do relatório aos profissionais da Coordenação de Saúde Mental do Município do Recife.

Etapa 4. Plano de Educação Permanente com realização de discussão sistemática sobre o Acolhimento no CAPS:

- a) Realizar encontro mensal com duração de 2h no próprio CAPS, com todos os profissionais e um facilitador externo para atualizar e acompanhar a atuação da equipe na prática do Acolhimento, nos primeiros três meses após as oficinas, passando posteriormente para encontros trimestrais no prazo de um ano. Realizar discussão livre e anotação das estratégias para aprimoramento da prática.
- b) Reavaliar após um ano, a necessidade e periodicidade de atualizações e acompanhamento sobre o tema com a equipe.

11 ASPECTOS OPERACIONAIS

11.1 Cronograma das atividades

Atividades	Previsão de Execução	
	Início	Término
1) Apresentação do projeto à Coordenação de Saúde Mental do Recife	Jan./2011	Jan./2011
2) Realização da 1ª. oficina	Mar./2011	Mar./2011
3) Realização da 2ª. oficina	Abr./2011	Abr./2011
4) Elaboração e Apresentação do Relatório conclusivo.	Mai./2011	Mai./2011
5) Plano de Educação Permanente com realização de discussão sistemática sobre Acolhimento	Jun./2011	Abr./2012
6) Avaliação	Mar./2012	Mar./2012

11.2 Recursos Humanos

Profissionais da Secretaria de Saúde qualificados em Acolhimento.

11.3 Recursos Materiais

- a) Papel ofício;
- b) Papel 40 kg;
- c) Lápis pilot;
- d) Cartilha sobre Acolhimento (PNH);
- e) Canetas;
- f) Data show;

g) Notebook Básico.

12 ORÇAMENTO

CUSTEIO	Quantidade	Valor Individual (R\$)	Total
Papel ofício	02 resmas	12,50	25,00
Papel 40 kg	12 folhas	0,80	9,60
Lápis Pilot	12 unidades	2,00	24,00
Caneta	33 unidades	0,50	16,50
Cartilhas sobre Acolhimento	33 unidades	0,00	0,00
Data Show	01	3.999,00	3.999,00
Notebook Básico	01	2.199,00	2.199,00
TOTAL			6.273,10

13 FONTE DE FINANCIAMENTO

Será submetido à Coordenação de Saúde Mental e ao DS II para averiguação de recursos para o financiamento.

14 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identifica-se a importância do Acolhimento para melhoria do acesso e resolutividade das necessidades apresentadas pelos usuários quando procuram o CAPS. Também sua efetiva contribuição como diretriz operacional que possibilita revisão das práticas e possibilidade de reorganização dos processos de trabalho da equipe.

A atenção deve ser considerada no sentido de não haver formas rígidas na atuação diária do acolhimento, mas que se procure valorizar a escuta qualificada no estímulo à formação do vínculo profissional/usuário, garantindo responsabilização e respeito à subjetividade. A assistência à saúde deve estar pautada no trabalho vivo, produtor de relações saudáveis dentro de uma rede de cuidados integrais.

Este projeto pretende contribuir com a qualificação dos profissionais do CAPS José Carlos Souto, visando a investimento na Política de Educação Permanente e conseqüentemente, a possibilidades de reflexão e reconhecimento crítico quanto à necessidade de mudanças sobre a atuação cotidiana dos trabalhadores e suas implicações para o cuidado com os usuários e familiares que buscam o serviço de saúde mental. “A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco” (DAVINI; 2006. p.45).

Observa-se que, estando o CAPS inserido em um território, a rede de cuidados integrais também precisa de intervenções para uma melhor integração, que pode ser viabilizada com a extensão da proposta de Acolhimento para outros equipamentos comunitários (Unidades de saúde; ESF; Academia da Cidade).

Para fortalecimento da Política Nacional de Humanização, faz-se urgente trabalho sistemático e integrado entre gestores/trabalhadores e usuários, através da utilização de estratégias construtivas, em que todos sejam responsáveis pelo Pacto em Defesa da Saúde.

REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C. O Acolhimento como uma Diretriz da Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <http://webe.cache.googleusercontent.com/search?q=cache:_NAibUFzwpoj:www.saude.sp.gov.br/resources/humanização/apresentação_powerpoint>. Acesso em: 6 ago.2010.
- ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Abrasco, 2006. p.167-176.
- ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. O Cuidado em Saúde Mental. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). In: Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: Abrasco, 2004. p. 221-240.
- AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 20. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf. Acesso em: 7 ago. 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: Acolhimento com Classificação de Risco. Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2004d.
- COIMBRA, V. C. C. O Acolhimento num Centro de Atenção Psicossocial. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

DAVINI, M.C. Enfoque, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2009. p.39-58.

FRANCO, T.B. Gestão do Trabalho em Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tulio/franco/publicacoes.html>>. Acesso em: 6 set. 2010.

FRANCO, T.B. O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz - MG. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tulio/franco/publicacoes.html>>. Acesso em: 8 set. 2010.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim-MG. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/betim.htm>>. Acesso em: 5 set. 2010.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tulio/franco/publicacoes.html>>. Acesso em: 8 set. 2010.

FRANCO, T.B.; MAGALHAES JUNIOR, H.M. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tulio/franco/publicacoes.html>>. Acesso em: 8 set. 2010.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS,UERJ: Abrasco, 2004. p.91-102.

LONDERO, S. Re-inventando O Acolhimento em um Serviço de Saúde Mental. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS,UERJ: Abrasco, 2004. p.57-74.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrado no Campo Relacional e nas Tecnologias Leves. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tulio/franco/publicacoes.html>>. Acesso em: 6 set. 2010.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: Por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS,UERJ: Abrasco, 2004. p.21-36.

RECIFE. Prefeitura. Cuidando da Saúde no Recife. Recife, 2009a.

RECIFE. Prefeitura. Acolhimento: O atendimento no posto mudou para melhor. Recife, 2009b.

SANTOS, A. et al. O Acolhimento do CAPS “CASA DO SOL” em Capão de Canoa: Situação e Perspectivas. 2009. Disponível em:
<http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/Acolhimento_CASA_DO_SOL.pdf>. Acesso em: 9. set. 2010.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas de Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ,MS: Abrasco, 2003. p.89-111.