

## Acolhimento em saúde mental na atenção primária em saúde: uma revisão bibliográfica

Marta Z. Dorneles<sup>1</sup>  
Andiara Cossetin<sup>2</sup>

**RESUMO:** **Objetivo:** identificar e analisar a produção científica sobre o tema acolhimento em saúde mental na atenção primária em saúde. **Método:** trata-se de uma revisão bibliográfica, qualitativa com coleta de dados em bases virtuais das principais revistas da área da saúde, a Scientific Electronic Library Online, na Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e nas Bases de dados de Enfermagem. **Resultados:** Evidencia-se que, após o surgimento da Política Nacional de Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família como modelo de reorganização da atenção, foi direcionado o cuidado para questões emergentes no que se refere à saúde mental e à promoção da saúde. **Conclusão:** O acolhimento fortalece a Estratégia de Saúde da Família, pois mobiliza os profissionais para ações reflexivas, ativas, sensíveis, éticas, solidárias, dialógicas, ao recuperar o sentido da clínica, contribuindo significativamente para a construção e a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica.

**Descritores:** Saúde da família; Saúde mental; Atenção primária em saúde, Acolhimento.

### INTRODUÇÃO

O Brasil, desde as décadas de 1970 e 80, apresenta movimentos de reforma nas políticas públicas, referentes ao cuidado em Saúde Mental (SM). A ideia é que se promova a reorientação das práticas assistenciais, com ênfase no fortalecimento da Atenção Básica (AB) e na ampliação dos direitos sociais. Propõe-se que sejam criados novos espaços para atenção em SM, deixando de ter os hospitais psiquiátricos e as internações e as reinternações constantes como principais recursos, passando a ter como perspectiva a ampliação da rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial<sup>(1)</sup>.

Os serviços substitutivos criados a partir da Reforma Psiquiátrica (RP), organizados em torno dos princípios de desinstitucionalização e desospitalização, incluem a participação dos familiares no cuidado aos usuários numa articulação de corresponsabilidade. No entanto, ao assumirem responsabilidades, as quais antes pertenciam ao hospital psiquiátrico, os familiares vivenciam situações e sentimentos que são difíceis de elaborar e entender.

A RP visa à superação do modo manicomial e a implantação de serviços extra-hospitalares preconizados pelo modo psicossocial. Além de vivenciar conflitos e contradições, o indivíduo passa a se reconhecer e se implicar com as questões relacionadas ao “sofrimento”, sendo agente de mudanças ao construir possibilidades no ambiente sociocultural determinante deste processo<sup>(2)</sup>.

Tendo em vista que as práticas em SM anteriores à RP eram marcadas por internações em hospitais psiquiátricos e asilos manicomiais, conseqüentemente, acontecia a exclusão do convívio social dos “doentes”, como eram denominadas as pessoas em sofrimento mental<sup>(3)</sup>.

---

<sup>1</sup>Enfermeira Responsável Técnica na Clínica Psiquiátrica Santa Thecla, Especializanda no Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC, Porto Alegre, Brasil. [dmartaziziane@yahoo.com](mailto:dmartaziziane@yahoo.com)

<sup>2</sup>Enfermeira no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Sanitarista pela ESP-RS, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS, Responsável Técnica de Ensino da Enfermagem no Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC.

Para alcançar os objetivos do movimento reformista, foi necessário criar novos dispositivos e serviços para o cuidado em SM em substituição aos manicômios. Dentre os diferentes serviços substitutivos, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as unidades de AB, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, entre outros<sup>(4)</sup>.

Neste sentido, a RP já evidenciava uma urgente articulação da SM com a AB, na tentativa de superar o modelo hospitalocêntrico, institucionalizado, partindo para um modelo de intervenção que tem como diretrizes a atenção integral e territorializada<sup>(5)</sup>.

Paralelo a isso, tem-se construído outra política de saúde desde a nova constituição, principalmente com a Lei Orgânica da Saúde (8080/1990) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tratando-se, também, de marco importante para avanços na garantia de acesso aos serviços de saúde, com envolvimento e esforço de diversos profissionais na mudança do modelo de atenção<sup>(6)</sup>.

Nessa perspectiva, o grande desafio dos gestores municipais e estaduais é planejar os recursos e praticar esse novo modelo assistencial.

Assim, emerge o modelo da desinstitucionalização, em que a família e outros apoios sociais, tornaram-se uma parceria com os serviços de saúde a fim de contribuir como co-responsável pelo cuidado em SM das pessoas em sofrimento psíquico nos seus domicílios, no território e nos espaços que possibilitem promoção da saúde, autonomia e felicidade.

Para a promoção da saúde e da cidadania, a AB ou Atenção Primária em Saúde (APS) torna-se uma estratégia ao focar o cuidado em espaços do território de vida das pessoas. Além da área adscrita territorializada de atenção em saúde, equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), potencializam a produção de vida, a partir do resgate dos sonhos e das histórias de vida dos usuários do SUS.

A APS se caracteriza por constituir a porta de entrada dos serviços, pela continuidade do cuidado e pela integralidade da assistência<sup>(7)</sup>. A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Informações referentes à acessibilidade da atenção devem ser averiguadas tanto no nível da população quanto no nível das unidades<sup>(7)</sup>.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A AB considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável<sup>(8)</sup>.

A reformulação do modelo de assistência em SM propõe desafios no que tange à sensibilização de gestores e do profissional de saúde em seu cuidar nas dimensões da integralidade de redes em saúde mental; da visão de equipe multiprofissional com diferentes cenários e olhares e do reconhecimento à pessoa que vivencia o fenômeno da loucura como uma pessoa de possibilidades.

A lei da RP no seu direcionamento para serviços da rede de saúde prevê o acolhimento e a escuta da pessoa em sofrimento mental, subsidiada pela Clínica Ampliada.

Essa filosofia de assistência visa inserir a pessoa em sua rede familiar e social enfatizando suas potencialidades. Assim, a filosofia da Clínica Ampliada prima pelo acolhimento da pessoa, no cuidado terapêutico embasado na escuta sensível e qualificada, num olhar humanizado e integral.

Assim, emerge como um dispositivo em que o profissional de saúde se responsabiliza pelo acolhimento e acompanhamento das pessoas que chegam ao serviço ao longo de suas vidas e após a RP, o cuidado em SM foi direcionado para os serviços da rede de saúde que promovem o acolhimento e a escuta da pessoa em sofrimento psíquico, modos de atenção subsidiados pela Clínica Ampliada<sup>(9)</sup>.

A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a ampliação dos modos tradicionais de fazer a clínica. Não combater as doenças, mas a transformar a relação das pessoas com seus problemas e conflitos, resignificando as situações vivenciadas. Valorizar a história de vida e os sonhos do indivíduo, sua família e comunidade, produzindo autonomia e saúde. A filosofia da Clínica Ampliada prima pelo acolhimento da pessoa, o cuidado terapêutico embasado na escuta sensível e qualificada, o olhar humanizado e a atenção integral<sup>(9)</sup>.

O Ministério da Saúde (MS), na Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) - Clínica Ampliada, descreve a necessidade de superação dos limites do profissional da saúde

para qualificar sua assistência, ou seja, é importante que o profissional esteja apto a reconhecer, verdadeiramente, as necessidades do usuário <sup>(10)</sup>.

Com relação ao acolhimento em SM da pessoa em sofrimento psíquico na ESF, destaca-se que o cuidado em SM na AB implica não só na abordagem do sofrimento psíquico, mas em estar atento ao reconhecimento e avaliação de aspectos físicos, emocionais e psicossociais associados à prática em atenção básica em saúde <sup>(11)</sup>.

O acolhimento humaniza as relações entre usuários e trabalhadores de saúde, através de um espaço onde se cria o vínculo, a partir de uma escuta e de uma responsabilização que dão origem aos processos de intervenção.

A humanização na saúde pode ser entendida como processo, filosofia ou modo de prestar assistência. Dentre as várias conceituações existentes, a humanização se traduz em uma forma de cuidar, compreender, abordar, perceber e respeitar o doente em momentos de vulnerabilidade.

Portanto, a política de humanização é uma tentativa de resgatar a escuta dos problemas de saúde dos usuários de forma qualificada, dando-lhe uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema.

É nesse espaço que o profissional de saúde utiliza sua maior tecnologia de trabalho, ou seja, o saber, cujo principal objetivo é o controle do sofrimento ou a produção da saúde <sup>(12)</sup>. É necessário, ao profissional que realiza o acolhimento, saber ouvir; é preciso disponibilizar-se para a escuta do outro e de suas necessidades, além da dor física/psíquica.

Frente a este cenário, destaco questões de minha trajetória acadêmica que se identificam com a SM, em um espaço que vivenciei aprendizados quanto aos saberes e práticas, percebi muitas demandas que necessitavam um melhor acolhimento do usuário em sofrimento psíquico por parte da equipe da ESF. A partir desta percepção, comecei a questionar o real significado do acolher em SM, ampliando minha visão sobre as intervenções em SM na AB.

Minha trajetória acadêmico-profissional está vinculada à SM nas vivências no Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desde setembro de 2012. Como enfermeira da Clínica Psiquiátrica Santa Thecla desde maio de 2013. Como especializanda no Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde-Escola GHC, onde curso a Especialização em Saúde Mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos Educacionais, com início em novembro de 2012 e término em dezembro de 2013. Diante do exposto, questiono-me: como o acolhimento em SM está inserido na APS?

## **OBJETIVO**

O presente estudo tem por objetivo identificar e analisar a produção científica sobre o tema acolhimento em Saúde Mental realizado pelos profissionais na Atenção Primária em Saúde.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

Nas últimas décadas, no bojo da RP em curso no país, temos acompanhado várias transformações no modelo de atenção a SM, que prioriza ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais. Entretanto, estas mudanças têm encontrado obstáculos para superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico no campo da SM.

Neste contexto, identifica-se o protagonismo no movimento social de profissionais, usuários e familiares que têm favorecido ao longo do processo mudanças na legislação e a proposição de novos modelos de atenção de SM<sup>(12)</sup>.

Todas essas mudanças só se tornam efetivas se transformadas em práticas concretas. São estas que produzem impacto na qualidade de vida da população. Desde o início da implantação do SUS, algumas propostas de organização dos serviços e das práticas têm buscado dar conta deste desafio.

Dentre estas propostas, vale ressaltar as políticas públicas, a APS e a ESF. O MS, através das políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da AB, vêm estimulando ações que remetem a dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de SM da população neste nível de atenção<sup>(13)</sup>.

A ESF, tomada enquanto diretriz para reorganização da AB no contexto do SUS, tornou-se fundamental para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado segundo o modelo da AB e por meio de ações comunitárias que favorecem a inclusão destas no território onde vivem e trabalham<sup>(13)</sup>.

A ESF configura-se como principal modalidade de atuação na AB, seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania<sup>(14)</sup>.

O conceito de território presente na ESF estabelece uma forte interface com princípios caros à RP, como as noções de territorialidade e responsabilização pela demanda, além de

conferir um novo sentido e ordenamento às ações de SM no contexto da AB, tornando possível migrar do modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário seja considerado como sujeito-social, numa abordagem relacional na qual o sujeito é concebido como participante de suas redes sociais e ambiente ecológico<sup>(15)</sup>.

O acolhimento então surge como proposta a essas lacunas no processo de trabalho, preconizada no SUS por meio da PNH. O acolhimento envolve arranjos institucionais de difícil execução, propõe-se a trabalhar a demanda espontânea, a ampliar o acesso e concretizar a missão constitucional da APS no SUS, de ser principal “porta de entrada” do sistema.

Desse modo, necessita de equipes multiprofissionais, com práticas interdisciplinares e políticas intersetoriais articuladas, para dar conta dos complexos problemas de saúde<sup>(15)</sup>.

O acolhimento tem sido um dos dispositivos para enfrentamento e resolução dos problemas de saúde demandados, com ênfase na renovação e no fortalecimento de vínculos, coresponsabilidade e confiança entre profissionais e a comunidade<sup>(17)</sup>.

Trabalhar com base na perspectiva do acolhimento significa ter uma escuta qualificada que busca identificar as necessidades e condições de vida dos usuários, por meio de ações e reflexões pautadas na integralidade da assistência, na universalidade do acesso, na autonomia do usuário e na coresponsabilização do processo de cuidar.

A prática do acolhimento encontra na APS lócus privilegiado para sua realização, dadas às características desse nível de atenção do Sistema de Saúde. A APS caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações longitudinais de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde no campo individual e coletivo, tendo por base o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção<sup>(18)</sup>.

E sendo a porta de entrada do sistema de saúde, trabalhando com população e território delimitado, permite a construção de vínculos e a identificação de necessidades. Busca, assim, a resolução e a coresponsabilização pelas demandas e necessidades de saúde da população, e a organização de todo o sistema trabalhando em equipe e em rede<sup>(18)</sup>.

Essa atuação da APS demanda a utilização expressiva de tecnologias leves na produção do cuidado, especialmente o acolhimento, dado seu potencial de comunicação, de comprometimento, de resolutividade, como reconhecimento da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e de reorganização do processo de trabalho.

O processo de trabalho em saúde é fruto da atuação de diferentes sujeitos como os profissionais da saúde, os usuários do sistema e os gestores das políticas. É condicionado pela micropolítica do trabalho, entendida como o plano das relações em que se estabelecem comunicações e fluxos pautados nas concepções, valores e modos de agir dos sujeitos

envolvidos. Estas relações ocorrem no cotidiano do trabalho, no encontro direto entre trabalhadores e destes com os usuários<sup>(18)</sup>.

Ao mesmo tempo, o trabalho em saúde também é condicionado pela sua historicidade e pela relação que mantém com a totalidade social da qual faz parte. O trabalho em saúde mantém intrínseca relação com o contexto social, econômico e cultural em que se insere a política de saúde e é, portanto, condicionado pelas políticas de recursos humanos, pelos processos de gestão dos serviços prestados, pelas políticas governamentais, pelas leis, pelos aspectos históricos e culturais de cada época.

O acolhimento, enquanto diretriz do trabalho em saúde, insere-se nesse contexto, condicionado tanto pela autonomia relativa dos trabalhadores no campo da micropolítica, quanto pelos processos societários políticos e econômicos em que se inserem a gerência e gestão da política de saúde. A reorganização do processo de trabalho, a partir do acolhimento, deve ser vista, portanto, sob esses dois ângulos<sup>(13)</sup>.

No entanto, algumas fragilidades ou contradições são identificadas por alguns pesquisadores no desenvolvimento da ESF e parecem ser semelhantes às dificuldades encontradas na operacionalização das políticas de SM no país, dentre as quais destacam-se: a verticalização e normatividade da ESF reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo MS, dificultando a adequação da assistência às realidades locais; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência<sup>(19)</sup>.

Portanto, da perspectiva da construção de estratégias de ação para o SUS, a interação entre ESF e SM ainda demanda clareza e compreensão sobre o poder da ação medicalizante da AB. Nesse sentido, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na AB, “de caráter desmedicalizante e ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas e são relativamente escassas”<sup>(19)</sup>.

A relevância da formulação de políticas para a AB que englobem o cuidado em SM estaria justificada no direito do usuário de encontrar em sua unidade sanitária de referência uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção.

Deste modo, o conceito de integralidade, como organizador das práticas, exigiria uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo MS, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde<sup>(12)</sup>.

A incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado em saúde também tem contribuído para desvelar e problematizar a (des)humanização do atendimento, determinada, principalmente pela tecnificação do cuidado à saúde<sup>(15)</sup>. Este cuidado é atravessado permanentemente pelas intervenções técnicas em saúde, “mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva”<sup>(15)</sup>.

A acolhida prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-las, adequando-as a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária<sup>(15)</sup>.

Dadas estas considerações, as noções de vínculo e de acolhimento podem contribuir para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais na ESF e nos demais serviços da AB.

Diante da importância do acolhimento nas práticas em saúde, o estudo tem como objetivo: identificar e analisar as produções em periódicos nacionais sobre o tema acolhimento em SM na APS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa. Buscaram-se informações através de revisão bibliográfica, sobre o tema acolhimento em SM na APS, tendo como método de investigação a fundamentação bibliográfica, utilizando fontes secundárias de informações.

A revisão bibliográfica vem contribuir para aprofundar o conhecimento sobre informações já existentes sobre o acolhimento em SM, enfocando aspectos abordados por outros autores no contexto da APS.

## **COLETA E ANÁLISE DE DADOS**

Para o levantamento das informações foram escolhidos artigos científicos publicados nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e nas Bases de dados de Enfermagem (BDENF), consideradas as principais da área da saúde.

Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): acolhimento; saúde mental; atenção primária em saúde. Realizou-se um agrupamento dos termos da seguinte forma: acolhimento AND; saúde mental OR; atenção primária em saúde; acolhimento AND; saúde mental AND; atenção primária em saúde; acolhimento OR; saúde mental OR; atenção primária em saúde. Para selecionar as produções científicas, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa, teóricos, de reflexão, revisões e relatos de experiência que contemplem os objetivos desta revisão, publicados no período de 2008 a 2013, em português. Como critério de exclusão foram considerados os estudos publicados anteriormente a 2008. Foram também excluídos os artigos que não tem acesso on-line, ou acesso ao texto completo, que não respondam ao objetivo desse estudo, assim como as monografias, dissertações, teses, livros, capítulos e resenhas de livros, manuais, relatórios técnicos e científicos.

A busca ocorreu nos meses de julho a setembro de 2013. Primeiramente, realizou-se a leitura do título e resumo do material encontrado em cada busca, sendo que estes atenderam a problemática da pesquisa. Considerando o período de 2008 a 2013, foram encontrados 204 artigos no total, sendo 25 na biblioteca virtual de dados Scielo e destes foram selecionados 8, na BDEF foram encontrados 92 sendo selecionados 4 e na Lilacs 92, sendo selecionados 6, totalizando 18 artigos. Deste conjunto, respeitando os critérios de seleção da coleta de dados do estudo, foram selecionados 10 artigos.

## **RESULTADOS**

Serão apresentados os resultados a partir da coleta e análise de dados referentes à produção científica sobre o tema Acolhimento e Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde, Saúde Coletiva e Atenção Básica.

O material pesquisado na etapa de coleta de dados foi analisado a partir de duas categorias: a) Acolhimento e b) Saúde mental na Atenção Primária em Saúde, Saúde Coletiva e Atenção Básica. Os resultados foram agregados em unidades temáticas, analisadas e descritas nas tabelas 2 e 3.

Seguem as tabelas 1, 2 e 3 referentes aos resultados. A tabela 1 apresenta de modo geral a identificação dos artigos estudados. A tabela 2 apresenta a análise da categoria saúde mental. A tabela 3 apresenta a análise da categoria Saúde mental na Atenção Primária em Saúde, Saúde Coletiva e Atenção Básica.

Tabela 1 – Distribuição das referências incluídas na revisão bibliográfica

<b>Identificação do artigo</b>	<b>Títulos dos artigos</b>	<b>Identificação dos autores</b>	<b>Abordagem do estudo</b>	<b>Cidade e Estado da pesquisa</b>
Artigo 1	Percepções sobre as necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde	Paulo Alexandre de Moraes Maria Rita Bertolozzi Paula Hino	Qualitativo	São Paulo
Artigo 2	Saúde Mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência local	Daniele Pinto da Silveira Ana Luiza Stiebler	Qualitativa	Rio de Janeiro
Artigo 3	Acolhimento no programa de saúde da família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros	Ialane Monique Vieira dos Santos Adriano Maia dos Santos	Qualitativa	Bahia
Artigo 4	Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural	Marcelo Dalla Vecchia Sueli Terezinha Ferreira Martins	Quantitativa- Qualitativa	São Paulo
Artigo 5	Percepção sobre a prática de enfermagem em centros de atenção psicossocial	Francisca Bezerra de Oliveira Karla Maria Duarte Silva Joana Celine Costa e Silva	Qualitativa	Paraíba
Artigo 6	Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo	Márcia Maria Mont' Maria Salete Bessa Jorge Antonio Germane Alves Pinto	Qualitativa	Ceará
Artigo 7	Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?	Alessandro da Silva Scholze Carlos Francisco Duarte Junior Yolanda Flores e Silva	Reflexão teórica	Santa Catarina
Artigo 8	A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem	Kely Vanessa Leite Gomes da Silva Ana Ruth Macedo Monteiro	Reflexão teórica	Ceará
Artigo 9	Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para	Oswaldo Yoshimi Tanaka	Quantitativa- Qualitativa	São Paulo

	ampliação da integralidade da atenção	Edith Lauridsen Ribeiro		
Artigo 10	Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica	Maria Luisa Vichi de Campos Faria Ivan Amaral Guerrini	Análise de conteúdo	São Paulo

Tabela 2 – Análise da categoria Acolhimento

<b>Artigo</b>	<b>Unidade temática</b>	<b>Página</b>
Artigo 1	Incorporação de tecnologias leves pelos serviços.	20
Artigo 2	A incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado.	141
Artigo 3	A percepção de acolhimento tem se caracterizado por uma dimensão restrita à triagem administrativa.	706
Artigo 4	Clínica que dê conta de acolher as demandas do sujeito.	184
Artigo 6	Trabalhadores regem saberes tecnológicos em relação ao acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade.	73
Artigo 7	Implantação do acolhimento já desenvolvidas estiveram voltadas para implementar uma escuta ampliada.	307
Artigo 7	Potencialidade das experiências do Acolhimento na APS tem sido a redução da demanda reprimida na rede básica, geralmente estabelecendo equipes de acolhimento centradas nos auxiliares de enfermagem.	308
Artigo 8	Acolhimento como dispositivo, meio para a proposta da reabilitação psicossocial e atenção integral.	1240
Artigo 9	A atenção básica tem o desafio de incorporar ações de enfrentamento às situações de violência e problemas de saúde mental.	477
Artigo 9	O processo de reorganização do trabalho na atenção básica deveria contemplar apoio técnico específico em saúde mental, propiciando o acolhimento e escuta qualificada.	477
Artigo 10	Dificuldade em se acolher o sofrimento psíquico nas unidades de atenção básica.	1345

Tabela 3 – Análise da categoria Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde, Saúde Coletiva e Atenção Básica

<b>Identificação do artigo</b>	<b>Unidade temática</b>	<b>Página</b>
Artigo 1	Significados atribuídos aos seus modos de vida, saúde e sofrimento pode revelar potencial transformador das práticas de saúde.	20
Artigo 2	Verticalização e normatividade da ESF como dificuldades das políticas de saúde mental.	140
Artigo 2	Despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência.	140
Artigo 3	A reforma psiquiátrica possibilitou experiências inovadoras na interação entre saúde mental e atenção básica. A inclusão de ações de saúde mental na ESF.	140

Artigo 4	As equipes da atenção básica têm atuado frente a dependência química, depressão e violência doméstica, de alta prevalência na população em geral.	184
Artigo 5	As práticas nos novos serviços substitutivos em saúde mental devem se constituir em atividades humanas criadoras, afetivas e interdisciplinares.	693
Artigo 6	A articulação em rede dos dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico é uma estratégia essencial para acolher a pessoa em sofrimento mental. Uma política pública de saúde, ancorada nos princípios do SUS, deve ser constituída de todas as dimensões da saúde coletiva, envolvendo os sujeitos em suas diversas situações de vida, adoecimento e contexto social.	73
Artigo 7	O trabalhador protege sua saúde mental, tolerando o sofrimento ético na produção de procedimentos e não de saúde.	304
Artigo 8	a participação familiar no serviço de saúde mental pode favorecer a aproximação afetiva entre os membros da família, rompendo com preconceitos e desmistificando a exclusão social.	1240
Artigo 9	A atenção básica tem o desafio de incorporar ações de enfrentamento às situações de violência e problemas de saúde mental. O processo de reorganização do trabalho na atenção básica deveria contemplar apoio técnico específico em saúde mental, propiciando o acolhimento e escuta qualificada.	477
Artigo 10	O atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico é desafio na rotina dos postos de saúde.	1349

A análise evidenciou que a Reforma Psiquiátrica e sua consolidação através da AB articulada a uma rede que visa à substituição dos cuidados referentes à SM cria novos dispositivos para superar o cuidado em SM dentro dos hospitais. A discussão de atividades que possam fortalecer a SM dos usuários com sofrimento psíquico<sup>(5)</sup>.

Os modos de sofrimento como possíveis de serem identificados quando são reconhecidas as necessidades de saúde e a inserção dos sujeitos com suas objetividades e subjetividades. Um modo de intervenção junto aos sujeitos em sofrimento psíquico apontado pelos resultados do estudo é a inclusão das ações de SM na AB, pelas potencialidades do trabalho na ESF junto às famílias com uma abordagem voltada para o acolhimento.

A articulação dos dispositivos substitutivos a hospitalização foram percebidos como estratégia para acolher a pessoa em sofrimento mental. Também estratégia de acolher o trabalhador da SM em seu sofrimento ético, experimentado ao produzir procedimentos técnicos ao invés de saúde<sup>(20)</sup>.

Neste sentido, as fragilidades e contradições na operacionalização e desenvolvimento da ESF, dentro do campo de SM, por intermédio de programas e políticas do MS, nem sempre condizem com as necessidades de uma comunidade. Além disso, as pesquisas apontam para o despreparo dos profissionais para atuação em SM, o que tende apenas para ações de

medicamentação dos sintomas das pessoas em sofrimento psíquico, dificultando a referência e contra-referência<sup>(15)</sup>.

O potencial que os profissionais das equipes da AB têm para desenvolver ações de SM, detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico, prover escuta qualificada e compreender formas de trabalhar com os problemas encontrados, viabiliza o tratamento na própria atenção básica ou encaminhamento dos usuários para serviços especializados.

A humanização é um conjunto de iniciativas, uma forma de assistência que valoriza a qualidade do atendimento, os hábitos e cultura do indivíduo reconhecendo os seus direitos. Trabalhar de forma humanizada significa oferecer um ambiente acolhedor e dar condições de tratamento para o portador de sofrimento psíquico, recuperar e resgatar aspectos de sua vida.

O desafio dos profissionais, ao trabalharem com usuários em sofrimento psíquico e suas famílias nos serviços específicos de atenção em SM. Enfrentar esse desafio, favorece o rompimento dos estigmas e promove a inclusão e a reabilitação deste usuário na sociedade<sup>(5)</sup>.

No que se refere ao acolhimento, os estudos trazem que este ainda é confundido com a triagem ou encaminhamentos que não levam a lugar algum. Além disso, apontam que os encaminhamentos são realizados sem ao menos uma avaliação detalhada do usuário em sofrimento, acentuando ainda mais a exclusão desse sujeito.

Ainda é confundido com a triagem ou encaminhamentos que não chegam a lugar algum, sem ao menos uma avaliação detalhada do usuário em sofrimento, acentuando ainda mais a exclusão desse sujeito<sup>(21)</sup>.

E quando isso ocorre, descaracteriza-se a atenção da ESF, que se torna inadequada para a produção da integralidade, adesão à terapêutica e da prevenção e controle do adoecimento, reforçando o isolamento por meio da institucionalização do sofrimento, pois existem profissionais de saúde que acreditam que estas pessoas em sofrimento representam perigo à sociedade<sup>(5)</sup>.

A ação do acolhimento enquanto ferramenta de trabalho pode contribuir na humanização do cuidado em SM como uma tecnologia leve para práticas centradas nos usuários. Consiste em sentar na sua frente, olhar em seus olhos, ouvi-lo com interesse e dedicação sobre alguém ou alguma coisa, transmitir confiança, permitindo o estabelecimento de vínculos emocionais e otimizando o atendimento.

Acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de SM e usuário. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica.

A sua implantação está voltada para uma escuta ampliada dos problemas, a fim de saber quais os reais motivos que levaram o usuário a buscar o serviço, identificando assim suas necessidades e a resolutividade, diminuindo as dificuldades de acolher estes usuários na atenção básica.

As novas experiências na implantação do acolhimento e como estas estiveram voltadas para implementar através de uma escuta ampliada, a fim de saber quais os reais motivos que levaram o usuário a buscar o serviço, identificando assim suas necessidades e solução de seus problemas<sup>(22)</sup>.

Uma vez que os trabalhadores desenvolvem saberes a partir das tecnologias leves em saúde, incluem no seu processo de trabalho o acesso, o acolhimento, o vínculo e a resolubilidade. A inclusão das ações de SM na AB permeia uma sensibilidade de inclusão das pessoas em sofrimento psíquico nos serviços. Além disso, inclui uma postura de abertura dos trabalhadores e da ESF a partir dos territórios de vida das pessoas, fazer SM aonde os problemas acontecem. Isto refere-se ao potencial que a AB tem para desenvolver ações de SM, detectando as queixas relativas ao sofrimento psíquico e provendo escuta qualificada e compreendendo formas de trabalhar com os problemas encontrados, viabilizando tratamento na própria AB ou encaminhando os pacientes para serviços especializados<sup>(13)</sup>.

Devemos ser capacitados para saber lidar com as situações citadas acima e também apresentar componentes pessoais como afetividade, aceitação e não julgamento, empatia, confiança, segurança, autoconhecimento e entre outros o respeito mútuo.

O acolhimento a todos os familiares dos usuários em sofrimento psíquico pode vislumbrar uma atenção integral e a mudança da concepção sobre SM, somada as práticas de reabilitação psicossocial<sup>(18)</sup>.

Dispositivos como acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia representam possibilidades de se construir uma nova prática em saúde. Passa-se, então, a compreendê-los como ações de comunicação, diálogo e escuta as pessoas que procuram os serviços de saúde, acolhendo cada demanda em todos os itinerários terapêuticos em sofrimento psíquico e das pessoas que não estão em sofrimento no percurso na rede de atenção em SM.

Portanto, o trabalho na atenção básica e sua reorganização através de profissionais especializados em SM, tornam propícias as ações e tecnologias de intervenção como o acolhimento e a escuta qualificada.

As políticas públicas de saúde fortalecem os princípios do SUS e fomentam que as práticas sejam constituídas de todas as dimensões da Saúde Coletiva, envolvendo os sujeitos em suas diversas situações de vida, adoecimento e contexto social<sup>(23)</sup>.

Neste contexto da inclusão dos princípios do SUS nas práticas em saúde nos serviços, os auxiliares de enfermagem atendem a demanda de espontânea e são importantes para criar potencialidades através da experiência do acolhimento na APS<sup>(20)</sup>.

Urge a necessidade de uma clínica que consiga atender a demanda espontânea do sujeito em sofrimento psíquico em todos os níveis do sistema de saúde como dispositivo para romper o ciclo da medicalização como primeira opção de tratamento<sup>(15)</sup>.

Evidencia-se que, após o surgimento da Política Nacional de AB e da ESF como modelo de reorganização da atenção, foi direcionado o cuidado para questões emergentes no que se refere à saúde mental e à promoção da saúde.

Para tanto, são criados novos dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico asilar, revelando práticas em SM na AB, incluindo estratégias como a interdisciplinaridade. Evidenciam-se experiências exitosas na articulação entre SM e AB, demonstrando o potencial de “invasão” das políticas específicas de inclusão de ações de SM na ESF<sup>(15)</sup>.

Durante muito tempo, a SM constituiu um campo de exclusão. Entretanto discussões sobre a cronificação dos pacientes, o sistema asilar, o modelo biomédico, a não reinserção social, a violação dos direitos humanos e de cidadania fizeram surgir novas iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas, amparadas legalmente pela reforma psiquiátrica.

Tais iniciativas trouxeram à tona novas estratégias voltadas à promoção, atenção, reabilitação e recuperação, principalmente, dos indivíduos com transtorno mental severo grave, propondo a valorização do cuidar e uma nova forma de pensar no processo saúde-doença-adoecimento.

As necessidades de saúde devem estar aliadas às necessidades sociais, na perspectiva da saúde coletiva, das políticas públicas de saúde e dos princípios do SUS, sendo as práticas de SM na AB, constituídas de todas as dimensões da saúde coletiva, envolvendo os sujeitos em suas diversas situações de vida, adoecimento e contexto social<sup>(18)</sup>.

Faz-se necessário uma articulação entre os serviços de SM e a AB deve ter como princípios a noção de território, a organização de uma rede de SM, intersetorialidade, multidisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia do usuário junto aos seus familiares.

Além disso, atuar junto aos familiares dos usuários em sofrimento psíquico nos diversos cenários da AB e em serviços especializados em SM e comunidade, atendendo a demanda e suas potencialidades através da experiência do acolhimento na APS<sup>(24)</sup>.

É emergente promover ações de enfrentamento às situações de violência e problemas de SM na formação profissional no âmbito do SUS, visando compreender e ampliar seus princípios, desmistificando o saber médico psiquiátrico como superior aos demais no que se refere ao campo da saúde mental<sup>(13)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a implantação do SUS concomitantemente com a RP, diversas mudanças ocorreram no sistema de saúde brasileiro, principalmente no modelo de atenção em SM.

Utilizando-se dos princípios do SUS no que diz respeito à universalidade e à integralidade e na proposta da RP, observa-se a inclusão das ações de SM na AB possibilitam acolhimento, vínculo e escuta.

Entende-se a partir da análise dos resultados que o acolhimento é uma ferramenta/dispositivo que facilita e torna o trabalho da equipe mais sensível, seja pela educação, promoção ou reabilitação em saúde, ampliando a visão sobre a necessidade de acesso dos usuários a profissionais sensíveis para uma escuta ativa e qualificada às demandas, possibilitando a promoção da autonomia, cidadania e corresponsabilização na produção do cuidado à saúde.

O acolhimento constitui-se num dispositivo de atenção em saúde, estendida a todos os profissionais da saúde, no sentido de prestar a integralidade do cuidado, ao usuário e familiares que buscam atendimento nesse serviço. Nesse sentido, o processo de trabalho se descentraliza da figura e do saber médico para a equipe multiprofissional, que a partir da escuta e acolhimento do usuário dá resolutividade as suas demandas. É uma ferramenta de potencialidade para produzir práticas inovadoras que fortalecem o cuidado, consolidando a integralidade e as atividades de educação em saúde no sentido de promover a inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico.

Para tanto, o acolhimento muda o processo de trabalho em saúde, mas precisará ser um projeto permanentemente estimulado como estratégias de gestão, por meio da educação permanente, melhoria nas condições de trabalho, profissionais especializados ou implicados com a inclusão das ações de SM na AB. Além disso, salienta-se a importância da ambiência, com debate e apoio dos conselhos locais e municipais de saúde, e o acolhimento como processo de reorientação na produção dos cuidados.

O acolhimento fortalece a APS, pois mobiliza os profissionais para ações reflexivas, ativas, sensíveis, éticas, solidárias, dialógicas, ao recuperar o sentido da clínica, contribuindo

significativamente para a construção e a consolidação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

1. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 Jan/Fev [Acesso em Ago 13]; 13(1): 121-133 200813121-133. Disponível em: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=63013116>.
2. Costa-rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2000. 141-168.
3. Ribeiro J, Coimbra V, Borges A. Grupo de familiares de um centro de atenção psicossocial: experiências de seus usuários. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2012 Mai/Ago [acesso em jul 13]; 2(2):375-85. Acesso em: 25 Jul 2013. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4582>.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo necessário: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
5. Silveira AS, Siqueira AC, Oliveira FM, Nishio EA, Nóbrega MPSS. Gerenciamento de caso em ambulatório de psiquiatria, competências e prática da enfermeira. *Enferm. foco*. 2013;4(1):29-32.
6. Teixeira CF. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. *Ciênc Saúde Colet*. 2004; 9(4). [acesso 21 mai 2012]. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232004000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000400003&lng=en&nrm=iso).
7. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).
9. Zambenedetti G, Perrone CM. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis* [Internet]. 2008 [Acesso em Dez 13]; 18(2): 277-293. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000200005>.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: [http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf) Acesso em: 17 jun. 2013.
11. Ribeiro MS, Poço JLC, Pinto AR. (Org). A inserção da saúde mental na atenção básica de saúde. In: Ribeiro MS. Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora: UFJF, 2007: 15-26.
12. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(6):1501-6.
13. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, 14(2) 477- 486.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc Saúde Coletiva*, 14(1):139-148, 2009.
16. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
17. Panizzi M, Franco TB. A implantação do Acolher Chapecó Reorganizando o Processo de Trabalho. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M (orgs.). *Acolher Chapecó:*

uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004: 79-110.

18. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2010 15(3): 3615-3624.

19. Scholze AS, Duarte CF, Flores YS. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária em Saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface – Comunic., Educ.*, 2009 out/dez. 13(31):3030-14.

20. Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no programa de saúde da família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev. Salud pública*. 2011. 13(4): 703-716.

21. Barros AMMM, Jorge MSB, Pinto AGA. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção de cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. *Rev. APS, Juiz de Fora*, 2010 jan/mar; 13(1): 72-83.

22. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1): 19-25.

23. Silva KVLG, Monteiro ARM. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5): 1237-42.

24. Campos MLVF, Guerini IA. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 2012 Jul/Set. 16(42):779-92.