



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
CURSO DE PSICOLOGIA

KAROLYNE BRAGA MOREIRA

**O ACOLHIMENTO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO:
UM DESAFIO À REFORMA PSIQUIÁTRICA**

SOBRAL

2017

KAROLYNE BRAGA MOREIRA

O ACOLHIMENTO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO:
UM DESAFIO À REFORMA PSIQUIÁTRICA

Artigo apresentado ao curso de Psicologia da
Universidade Federal do Ceará no *Campus* de
Sobral como Trabalho de Conclusão de Curso

Orientadora: Dra. Camilla Araújo Lopes
Vieira

SOBRAL

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M837a Moreira, Karolyne Braga.
O ACOLHIMENTO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO : UM DESAFIO À REFORMA
PSIQUIÁTRICA. / Karolyne Braga Moreira. – 2017.
50 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral,
Curso de Psicologia, Sobral, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Sofrimento Psíquico. 3. Acolhimento. 4. Psicologia. I. Título.

CDD 150

KAROLYNE BRAGA MOREIRA

O ACOLHIMENTO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO:
UM DESAFIO À REFORMA PSIQUIÁTRICA

Artigo apresentado ao curso de Psicologia da
Universidade Federal do Ceará no *Campus* de
Sobral como Trabalho de Conclusão de Curso

Orientadora: Dra. Camilla Araújo Lopes
Vieira

Aprovada em: 14 / 12 / 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira (orientadora)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC *Campus* Sobral)

Mestranda Thatianna Souza da Silveira
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC *Campus* Sobral)

Mestranda Ana Ramyres Andrade de Araújo
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC *Campus* Sobral)

SOBRAL
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, meu guia, socorro presente na hora da angústia.

Dedico em especial aos meus Pais, irmãos e esposo que, com muito carinho, não mediram esforços para que eu chegasse até essa etapa de minha vida.

À minha filha, por ser meu incentivo e motivação para vencer na vida.

Aos amigos e colegas, pelo estímulo e apoio constante.

À minha orientadora Professora Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira, que teve muita paciência comigo durante esse trajeto, agradeço seu grande desprendimento em ajudar-me.

As pessoas que compõem a banca pela presença e contribuições com o trabalho.

RESUMO

A forma como o profissional, que atua nos equipamentos substitutivos da Reforma Psiquiátrica, acolhe os sujeitos que chegam a esses espaços apresentando ou descrevendo alguma queixa de sofrimento psíquico, representa um desafio às diretrizes propostas pela reforma. Nesse sentido, buscamos, ao realizar esta pesquisa, saber em que medida as atuais práticas cotidianas da forma como se relacionam profissionais e usuários se aproximam ou se afastam do ideal proposto. Dessa maneira, faz-se imprescindível falarmos sobre os principais aspectos que resultaram na criação do Sistema Único de Saúde. Assim, retomamos os acontecimentos políticos e sociais dos movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, compreendendo como esses movimentos históricos configuram a forma como o Sujeito em Sofrimento Psíquico é atualmente acolhido nos serviços substitutivos da Reforma. O modelo assistencial substitutivo acarreta uma reformulação do modelo assistencial em saúde mental e consequente reorganização dos serviços, de acordo com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde Mental. Emerson Merhy fala sobre a necessidade da construção de um modelo assistencial mais interativo com os outros equipamentos, no sentido de que o cuidado oferecido deve atender ao sujeito de forma integral, fazendo funcionar o fluxo dos serviços que possam responder às necessidades do usuário. Essa linha do cuidado acaba sendo expressa na forma como ocorre o acolhimento dos sujeitos nos serviços, trazendo as tecnologias leves de cuidado como potência instituinte para a mudança do modelo assistencial. Realizamos uma pesquisa bibliométrica, nos sites SCIELO e BIREME, por meio dos descritores Reforma Psiquiátrica, Sofrimento Psíquico e Acolhimento, onde foram selecionados 29 textos, com recorte atualizado sobre essas questões, de 2007 a 2017, e geramos um arquivo com as informações mais relevantes para vislumbrar os objetivos da pesquisa. Considerando os artigos encontrados, os quais revelam os desafios e impasses dentro dos serviços, como a dificuldade de fazer uma prática diferente, a não participação da categoria médica, os desafios da implantação do apoio matricial, a precarização das condições de trabalho, e a não efetivação de ações cotidianas dos profissionais nos serviços embasadas nas diretrizes propostas pelo SUS, nos deparamos com práticas que revelam que ainda não conseguimos fazer uma reforma. Os artigos que revelam a não efetivação das propostas da reforma foram publicados em diversas regiões do país, e dessa forma, podemos inferir que essa dificuldade de implantação dos princípios da reforma está espalhada por todo o Brasil. Embora sejam notórios os avanços no campo da reforma, ainda são muitos os impasses que precisam ser vencidos a fim de promover o cuidado pautado em seus princípios para aqueles que, por tanto tempo, foram condenados a maus tratos, isolamento e exclusão.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Sofrimento Psíquico. Acolhimento. Psicologia.

ABSTRACT

The way the professional, who acts in the substitutive devices to the Psychiatric Reform, welcomes the subjects that came to these spaces showing or describing some complaint about psychic suffering, represents a challenge to the guidelines proposed by the reform. In this sense, we search, by doing this research, to know how much the current daily practices the way they list professionals and users approach or go away themselves each other from the goal proposed. To talk about the main aspects that resulted in the creation of Sistema Único de Saúde, we return to the political and social events of the movements of the Sanitary and Psychiatric Reform comprising how these historical movements configure the way the Subject in Psychic Suffering is currently welcomed in the substitutes Reform services. The care model substitute carries a reformulation of the care model in mental health and consequent reorganization of the services, according to the guidelines proposed by the Health Ministry in the National Health Mental Conferences. Emerson Merhy talks about the need of creation of a care model more interactive with other devices, in the sense of the offered care must meet the subject in a full way, making work the flow of the services that can to attend the needs of the subject. This line of care ends expressed in the way the welcome of the subject happens in the services, bringing the light technologies of care as institute power to the change of the care model. We have made a bibliometric research, in the sites SCIELO and BIREME, through the descriptors Psychiatric Reform, Psychic Suffering and Host, in which was selected 29 texts, with updated clipping to these questions, from 2007 to 2017 and generate a file with the main informations to attend the goals of the research. Considering the found papers which reveal the challenges and impasses, as the difficulty of doing a diferente practice, the non participation of the medical category, the challenges of the matrix support implantation, the precariousness of the work conditions and the non effectiveness of daily actions of the professionals in the services based on guidelines proposed by the SUS, we came across the practices that reveal that we have not made a reform yet. The papers that reveal the non effectiveness of the reform proposes were published in several regions of the country, and, this way, we can infer that this difficulty of the implantation of the principles of the reform is widespread throughout the Brazil. Though are notorious the advences in the área of the reform, there are still many impasses that need to be expired in order to promote the care lined in their principles to those ones who during so long time were condemned to mistreatments, isolation and exclusion.

Keywords: Psychiatric Reform. Psychic Suffering. Host. Psychology.

SUMÁRIO

1. Introdução	7
2. A Reforma Psiquiátrica	8
3. Diretrizes propostas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental	11
4. O Acolhimento.....	21
5. Metodologia.....	24
6. Resultados e discussões	25
7. Considerações finais	30
8. Referências.....	33
9. Apêndice	38

1. INTRODUÇÃO

A forma como o profissional, que atua nos equipamentos substitutivos da reforma psiquiátrica, acolhe os sujeitos que chegam a esses espaços apresentando ou descrevendo alguma queixa de sofrimento psíquico, representa um desafio às diretrizes propostas, visto que a prática cotidiana referente à relação profissional-usuário, muitas vezes, foge ao proposto pela reforma.

Nesse sentido, buscamos, ao realizar esta pesquisa, saber em que medida essas práticas cotidianas nos serviços se aproximam ou se afastam do ideal. Se temos uma reforma psiquiátrica brasileira, buscamos compreender como essas práticas cotidianas lidam idealmente. A hipótese é de que há um abismo entre como deveriam ser as intervenções e como elas realmente são, seja nos serviços de Atenção Básica, nos Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais Psiquiátricos ou Hospitais Gerais, uma vez que o modelo substitutivo inclui toda a rede de saúde.

Para tanto, situamos a Reforma Psiquiátrica no contexto em que ela acontece, assim como as diretrizes propostas para atuação dos profissionais nos serviços substitutivos ao receber usuários em sofrimento psíquico. Nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, as quais representam um processo político de importância para mudanças em prol da melhoria nos serviços, criaram-se cartas para determinar as diretrizes em busca de um ideal de atuação. É a partir da comparação desses documentos, do entendimento do que se chama de acolhimento, segundo Emerson Merhy, e da forma como os profissionais acolhem os pacientes com sofrimento psíquico que investigamos se tal atuação se aproxima do ideal proposto pelas diretrizes.

Enquanto estudosas do campo da psicologia, nossa pesquisa focou-se na ânsia de saber quais são as orientações para intervenção dos psicólogos em tais situações. Contudo, sabendo que, com o modelo substitutivo de reforma é proposta a atuação a partir do trabalho de uma equipe multiprofissional, faz-se necessário ressaltar que não existe o trabalho exclusivo do psicólogo, mas existe uma orientação de como proceder junto a outros profissionais e ao próprio usuário, considerando sua família e território.

Enquanto atendente em um Hospital Geral de uma cidade do interior do Ceará, uma de nós depara-se frequentemente com sujeitos em sofrimento psíquico que chegam a esse serviço e são atendidos apenas em nível medicamentoso e são alvo de intervenções que buscam apagar a “crise” por diversas formas de contenção. (aqui crise é entendida enquanto campo da epidemiologia) Quando a crise é contida, os pacientes “recebem alta” dos

profissionais de saúde sem que haja um contato com a história de vida daqueles sujeitos. Tal fenômeno parece denunciar uma falta de comprometimento dos profissionais em buscar uma visão integral da saúde, que considera os possíveis e variados fatores envolvidos no processo de adoecimento. Consideramos que este fato dificilmente se resolveria com uma intervenção pontual, pois o momento da “crise” revela uma tentativa de elaborar um acúmulo existencial e histórico de sofrimento que necessita de uma estratégia ampliada de cuidado. (ALMEIDA et al, 2014)

Essas questões nos fizeram refletir sobre a formação em psicologia no que diz respeito ao cuidado prestado a esses sujeitos em sofrimento psíquico em um município que não é contemplado pela reforma psiquiátrica nos dispositivos. Assim, desenvolvemos esta pesquisa com intuito de conhecer a configuração dos serviços de atenção à saúde no país durante a última década e de perceber como ocorre o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico.

2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para falarmos sobre os principais aspectos que resultaram na criação do Sistema Único de Saúde, faz-se necessário retomar os acontecimentos políticos e sociais dos movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, muito bem estruturados pelos pesquisadores Paiva e Teixeira (2014) em um artigo sobre o tema, apresentando como base a literatura produzida pelos autores mais lidos nesse campo de estudos. Assim, buscamos compreender como esses movimentos históricos configuram a forma como o sujeito em sofrimento psíquico é atualmente acolhido nos serviços substitutivos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Para entendermos como se organizou a Saúde Pública no Brasil, precisamos compreender como ela era acometida antes da Reforma. Em 1964, o Brasil passava pelo Golpe Militar, caracterizado pela desarticulação da participação social e pela busca militar em destruir todas as iniciativas de movimentos socialistas. Além disso, o Golpe Militar caracterizava-se também pelas promessas de ordem, de fortalecimento da economia e de restauração do regime democrático. Por meio da mudança das regras que faziam operar o sistema político, a ditadura militar se estendeu por um longo período (1964-1985). No que diz respeito às questões de saúde, os governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. O sistema de saúde era dividido em medicina previdenciária, que tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as

zonas urbanas, e a saúde pública que era direcionado principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ainda segundo esses autores, o governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que resultou em uma padronização dos benefícios aos que contribuíam financeiramente, acarretando na progressiva exclusão da participação das classes menos favorecidas. O INPS passou a priorizar a contratação de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários (p.18). A Saúde Pública, então, é marcada por uma crise de recursos. Ademais, por volta do final da década de 60, as políticas do governo vigoravam diretrizes econômicas de redução de gastos com políticas sociais, precarizando ainda mais as condições de vida de grande parte da população. Esse foi um período marcado pela crise na saúde pública e no transporte público, pela concentração de renda e pelo aumento de preços, constituindo um quadro sanitário preocupante decorrente desse longo período de baixa cobertura assistencial.

O crescimento econômico privilegiava a concentração de riqueza em uma minoria da população, contudo, a crise internacional decorrente do aumento do preço do petróleo que atingiu o Brasil na década de 70 impactou sobre este crescimento econômico, o que resultou no surgimento de tensões populares visando transformações políticas e mudança nas condições de vida, dando origem aos primeiros movimentos pelas reformas no campo da saúde. Nesse contexto, a mobilização da sociedade provocava discussões e aprovações das principais questões do movimento sanitarista, as quais visavam agregar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único, fortalecendo o setor público de saúde que deveria atender a todos os cidadãos. A eclosão do movimento sanitário se deu então em favor de mudanças nos modelos de atenção nas práticas de saúde.

Ademais, de acordo com Amarante (1994), no final da década de 70, as ideias de Franco Basaglia chegaram ao Brasil a partir da repercussão internacional do processo italiano que resultou na desativação do hospital de Gorizia e a criação de redes alternativas à psiquiatria vigente na Itália. As ideias de Basaglia colocavam em pauta a temática da humanização dos pacientes, criando espaços coletivos que propiciassem a participação de profissionais e pacientes, passando a trabalhar a desinstitucionalização e a construção de uma rede de atenção territorial. Desta forma, instituíram-se mudanças na assistência psiquiátrica, englobando e redimensionando a prevenção e a inserção social no campo da saúde.

Foi a trajetória de desinstitucionalização desenvolvida por Franco Basaglia, na Itália que inspirou o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira. A partir de então,

instituições foram identificando-se com as mudanças no sistema de saúde e começaram a desenvolver ações nesse campo com o objetivo de melhorar o atendimento.

Acompanhando um contexto internacional de mudanças pela superação do modelo asilar, deu-se início o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, começando em 1978, o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, surgindo, dentre eles, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. (BRASIL, 2005)

O lema “Por uma sociedade sem manicômios” surgiu em 1987, no II Congresso Nacional do MTSM em Bauru – SP, visando a possibilidade da construção e execução de uma rede de cuidados sem maus-tratos e mortes, ou seja, substitutiva dos hospitais psiquiátricos da época. A primeira experiência de implantação dessa rede substitutiva ocorreu em Santos e tornou-se um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Foram implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento de 24 horas e também foram criadas cooperativas, associações e residências para os egressos do hospital. (BRASIL, 2005).

No que se refere ao campo da legislação, no ano de 1989 dá entrada no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), propondo a extinção progressiva dos manicômios, assim como a regulamentação de direitos às pessoas em sofrimento psíquico. Contudo, a Lei nº 10.216 só é sancionada após 12 anos de tramitação e debates. Por meio dos movimentos sociais, esses direitos foram aprovados em vários estados do país, começando a implantação de uma rede integrada de atenção à saúde mental e dando início à criação do Sistema Único de Saúde – o SUS. (BRASIL, 2005).

Na década de 90, o país assinou a Declaração de Caracas, cujo relatório publicado 15 anos após seu acontecimento é referência dos dados aqui postos. Tal acontecimento firmou o compromisso do país com a implantação dos serviços embasados nos ideais da Reforma. É a partir desse período e da realização da II Conferência Nacional de Saúde que começaram a ser implantados os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Hospitais-dia e as normas de funcionamento e fiscalização nos hospitais psiquiátricos. O Ministério da Saúde, a partir de então, criou políticas e diretrizes para o funcionamento dos serviços substitutivos na

construção de uma nova forma de acolher os sujeitos em sofrimento psíquico, segundo os desígnios da Reforma Psiquiátrica.

3. DIRETRIZES PROPOSTAS NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Para a concretização da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, de acordo com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na I Conferência Nacional de Saúde Mental em junho de 1987, as ações e serviços de saúde devem formar um Sistema Único de Saúde Pública (SUS), gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contrarreferência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis: federal, estadual e municipal. (BRASIL, 1988, p. 16)

O modelo assistencial substitutivo acarretou uma reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços. Dentre as principais mudanças assistenciais está a reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização. Determinou-se também que o setor público não instalaria novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica. No que diz respeito às emergências, onde se verifica demanda significativa, foi estabelecido que os hospitais gerais públicos devem ter um programa especial para as emergências psiquiátricas (BRASIL, 1988).

Ainda foi determinado, na I Conferência que, onde houver internação psiquiátrica regulamentada em centros de saúde, ambulatórios e polos de emergência da rede pública, deve haver reavaliação dessas unidades de internação quanto a sua eficácia e condições de atendimento com avaliação e controle rígido de internação e tempo de permanência dos pacientes. Colocou-se ainda que, o acolhimento aos sujeitos de saúde mental deve implicar a implantação de equipes multiprofissionais de forma a reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante, propiciando uma visão integral do sujeito usuário do serviço, respeitando a especificidade de cada categoria. A decisão sobre diagnóstico, tratamento e regime de tratamento seria de responsabilidade da equipe assistencial multiprofissional, sendo que o sujeito ou familiares têm o poder de questionar as decisões da equipe. Contudo, em casos de internamento, alguns critérios devem ser obedecidos, envolvendo, nesse ato, a

defensoria pública e a participação de setores organizados da comunidade, definindo o caráter dessa internação e o seu tempo de duração, revisado periodicamente, buscando-se assim, assegurar os direitos civis, sociais e políticos dos indivíduos envolvidos (BRASIL, 1988).

Seguindo a linha de mudanças, uma das propostas de Política de Saúde Mental para a Nova República, realizada pelo Ministério da Saúde desde a I Conferência, seria a de “implantar serviços de interconsultas e psicologia médica nos hospitais gerais” (p. 41), visto que este é o serviço que recebeu as instalações de unidades psiquiátricas. Além disso, devia-se ainda realizar programas de recursos humanos visando capacitar os profissionais e técnicos para ações em saúde mental, em toda a rede de saúde, através da educação continuada e da adequação dos currículos. (BRASIL, 1988, p.41). Aprimorou-se esta questão na II Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em 1992, quando foi determinada a necessidade de estimular a criação de grupos de reflexão, nos quais os profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas. (BRASIL, 1994, p.20).

No que diz respeito aos direitos dos usuários de Saúde Mental, ficam asseguradas condições dignas e novas práticas sociais por meio de programas multidisciplinares visando condições humanas de tratamento. Nessa perspectiva, os usuários têm a oportunidade de “desenvolver suas potencialidades manuais, artísticas, esportivas, entre outras, com a criação e funcionamento constante de oficinas, com profissionais capacitados para o seu atendimento e de seus familiares, propiciando sua reinserção familiar e social” (BRASIL, 1994, p.31). Essas são algumas das estratégias de atuação mencionadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental que podem ser colocadas em prática visando favorecer a integração do usuário dos serviços de saúde, viabilizando assim, a criação de uma nova cultura com investimentos em projetos de trabalho, de lazer, culturais e outros, envolvendo também familiares e comunidade (BRASIL, 1994, p. 8).

Ademais, outro direito garantido ao usuário é que, estando o paciente incapacitado de dar seu consentimento para os procedimentos que a equipe visa realizar, “um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado quando permitido pela legislação nacional, se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do usuário” (BRASIL, 1994, p.33).

Essa II Conferência Nacional de Saúde Mental teve como indicador de mudança a organização de uma rede de atenção integral à saúde, assim como a participação efetiva dos usuários na realização dos trabalhos de grupo e a abertura de um amplo debate junto à população, consolidando novas propostas a partir da criação de serviços que partam de uma

visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo. Tornou-se necessário construir “mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico” (BRASIL, 1994, p.6)

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão. (BRASIL, 1994, p. 7)

O modelo substitutivo da reforma inclui toda a rede de saúde, desde as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial até os Hospitais Psiquiátricos ainda existentes e Hospitais Gerais, onde, muitas vezes, as práticas dos profissionais tem sido ou medicamentosas ou grupais, que, em sua maioria, não representam sentido para o sujeito. Colocou-se, a partir dessa Conferência, a necessidade de “evitar, ao máximo, a internação do doente mental, a qual só deverá ocorrer após esgotados todos os recursos que possam tornar desnecessário tal procedimento.” (BRASIL, 1994, p.31). A II Conferência acarretou também em mudanças na legislação. Esta deve levar em conta as várias questões implicadas no conceito de cidadania, como a subjetividade, o direito a vivenciar suas crises e que estas não sejam abordadas por métodos coercitivos (BRASIL, 1994, p.10). A medicalização e os internamentos frequentemente mascaram a realidade do sujeito em sofrimento psíquico e acabam contribuindo para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos.

De uma Conferência para outra, outras formas de acolher os sujeitos em sofrimento psíquico foram sendo propostas. É indicado que, em situações de crise, as intervenções sejam realizadas em liberdade, recompondo os laços sociais do sujeito em sofrimento, vista a possibilidade do cuidado sem que haja violência, exclusão ou negação (BRASIL, 2002, p.8). Tanto que as reorientações do modelo assistencial propostas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em 2001, baseiam-se no lema “Cuidar, sim. Excluir, não.” - "Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social" (BRASIL, 2002, p. 11).

No intervalo de quase uma década entre a II e a III Conferência, o qual se constituiu como um longo período de debates e avaliação dos desafios e dificuldades do processo de reforma psiquiátrica, houve um significativo aumento no investimento de redes de atenção psicossocial substitutivas ao modelo “hospitalocêntrico” como eixo assistencial. De acordo com dados do caderno informativo da III Conferência Nacional de saúde (2002),

esses serviços substitutivos de assistência de base municipal se expandiram significativamente, passando de 3 serviços em 1990 para 240 em 2000, seguindo a lógica de descentralização do SUS (BRASIL, 2002, p. 7). Foram propostas implementações de ações na política de saúde mental, garantindo suporte terapêutico para a pessoa em sofrimento psíquico e seus familiares. Para tanto, cada município deveria contar com, pelo menos, uma equipe mínima de saúde mental, estendendo o atendimento para todas as regiões do país, garantindo a construção das Residências Terapêuticas e apoio à proposta de criação de políticas públicas, como os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS (BRASIL, 2002, p.9). A III Conferência Nacional de Saúde Mental visou exatamente trazer a discussão sobre os avanços de tais propostas e análise do SUS.

A reforma psiquiátrica foi e tem sido um espaço marcado por tensões, avanços e resistências, construções e dificuldades, como em todos os processos que envolvem transformações de práticas, valores sociais, culturais e profissionais. Ela acompanha as possibilidades de avanço e de retrocesso das políticas públicas, do SUS em particular, da implementação ou não de projetos públicos comprometidos com a melhoria das condições de vida, com a garantia de direitos de cidadania, com a redução das desigualdades sociais e com o enfrentamento da exclusão social. (BRASIL, 2002, p.18)

Tais discussões surgiram por meio da análise das políticas e serviços, refletindo na forma como a assistência em saúde mental vinha sendo realizada. Constatou-se que, mesmo com a crescente criação dos denominados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, as mudanças ainda eram insuficientes para atender toda a demanda. Apesar da redução do número de leitos e de hospitais psiquiátricos, os dados de 2000 indicam a permanência de 61.393 leitos e 260 hospitais. A violação dos direitos humanos fundamentais estava sendo frequentemente constatada em diversas vistorias que vinham sendo realizadas, verificando ainda que, muitas vezes, os sujeitos em sofrimento psíquico encontravam-se em situações de abandono ou em "situações de institucionalização" nas próprias casas (BRASIL, 2002, p.18).

A partir de tais análises, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o objetivo de "Reorientação do Modelo Assistencial", elaborou propostas, estratégias e metas compatíveis com as necessidades do processo de reforma psiquiátrica no contexto do SUS. A partir do sub-tema "Gestão com Pessoas" foi destacada a importância do envolvimento dos trabalhadores do SUS, o que pode ser viabilizado por meio do reconhecimento profissional, através de salários adequados e outras condições materiais de trabalho que estimulem os profissionais. Além disso, firmou-se o concurso público como a forma mais adequada de acesso ao serviço público, sendo também, outra questão fundamental, o processo de formação

e capacitação desses trabalhadores, corroborando para a transformação e aperfeiçoamento da política de saúde mental (BRASIL, 2002, p. 22).

Outro sub-tema se refere ao financiamento para investimento no cuidado. Embora estivessem propostas as novas diretrizes, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos, assim como também não instituíam uma linha específica de financiamento para os serviços substitutivos. Desta forma, os recursos oferecidos tornaram-se insuficientes e com os baixos investimentos ficou difícil ampliar os serviços como CAPS, Oficinas Terapêuticas, consultas e outras ações, visto que não se tem recursos para o aumento das equipes de trabalho e da garantia do acesso continuado às diversas modalidades terapêuticas. Para tanto, uma estratégia elaborada na III Conferência seria a de “aprofundar o processo de transferência de recursos de capital do Ministério da Saúde para os municípios, para incluir ações de saúde na atenção básica, para ampliar os serviços residenciais, as oficinas, os centros de convivência.” (BRASIL, 2002, p. 25)

O terceiro sub-tema voltado para o “Controle Social” refere-se aos espaços de luta e conquistas, principalmente pela participação de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil nos Conselhos de Saúde e ocupação em demais espaços de ação política e social.

O controle social deve ser entendido também como participação ativa dos usuários e familiares nos dispositivos cotidianos dos novos serviços de saúde mental, por meio dos grupos operativos, assembléias, associações de usuários, familiares e trabalhadores, presença real em eventos e seminários, projetos comuns, etc., bem como de participação cidadã na comunidade local. Nessa perspectiva controle social é também entendido como participação ativa dos usuários e familiares no processo mesmo de cuidado, de reelaboração do sofrimento e dos sentidos de vida, e de reinvenção concreta da vida, em suas diversas dimensões existenciais, subjetivas, culturais, de gênero, sociais, de trabalho, de moradia, de cuidado com o corpo, de lazer e cultura etc. Isso requer, por parte dos trabalhadores repensar completamente sua formação e instrumentos convencionais de atuação profissional centrados apenas no saber e na iniciativa exclusivos dos trabalhadores, fazendo dos usuários apenas 'pacientes', pessoas passivas, objeto do 'tratamento'. (BRASIL, 2002, p. 28)

Nesse sentido, controle social na perspectiva da luta pela reforma sanitária e da reforma psiquiátrica pode ser entendido como a necessidade de estratégias para o empoderamento dos usuários, familiares e trabalhadores para a avaliação de serviços, defesa de direitos e boas condições de trabalho. É possível então, avaliar em que medida a reforma psiquiátrica brasileira tem assumido efetivamente esta perspectiva nos serviços e na relação direta com os usuários, bem como divulgar as experiências bem sucedidas neste campo. (BRASIL, 2002, p. 28)

O quarto e último sub-tema da III Conferência Nacional de Saúde Mental diz respeito a “Acessibilidade, Direitos e Cidadania”. Devido à insuficiência dos serviços mediante a necessidade e demanda de cuidado, a tarefa mais importante dessa Conferência foi a de pensar e organizar a rede de saúde mental, ampliando-a para que o cuidado chegue ao alcance daqueles que necessitam e garantindo o direito ao tratamento por meio de uma rede de atenção psicossocial pública, territorial, eficaz e integrada, assim como um instrumento para a conquista da cidadania dos usuários e familiares. Para tanto, o desafio da construção da cidadania é o de traçar estratégias para a construção de uma sociedade inclusiva, uma vez que “O germe da ideia de cidadania é justamente este: compartilhar uma cidade, convivendo com outros cidadãos em busca do bem comum, com direitos e deveres.” (BRASIL, 2002, p. 31).

Por meio da Lei n.º 10.216, de 6.4.2001 (DOU 9.4.2001), que dispõe sobre os atendimentos em saúde mental, fica assegurado enquanto direito do usuário, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde que atenda às suas necessidades. O tratamento deve ter o interesse exclusivo de beneficiar a saúde do usuário visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Nesse ínterim, é direito do usuário ser tratado com humanidade e respeito, protegido contra qualquer forma de abuso e exploração. Ademais, deve ser garantido o sigilo nas informações prestadas aos sujeitos, os quais devem ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis e receber o maior número de informações a respeito das doenças e de seus respectivos tratamentos. Outro direito do usuário é a presença médica em qualquer tempo para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária, visto que deve ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, pelos meios menos evasivos possíveis. (BRASIL, 2002, p. 48)

A Lei determina ainda que os usuários e seus familiares ou responsáveis devem ser informadas de seus direitos e de que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A internação pode ocorrer de três formas: internação voluntária (quando se dá com o consentimento do usuário); internação involuntária (sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, como a família) e a internação compulsória (determinada pela Justiça). Ademais, durante o período que o sujeito estiver internado deve-se oferecer assistência integral, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros (BRASIL, 2002, p. 49).

A complexidade das necessidades em saúde mental cresceu ao longo do tempo, exigindo de toda a rede de atenção uma permanente “atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e

construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado” (BRASIL, 2010, p. 7). Nesse contexto, ocorreu em 2010 a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSMI) e foi, pela primeira vez, uma conferência Intersetorial, caracterizada por uma participação social mais potente que nas demais conferências, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores.

Após a IV CNSMI, o campo da saúde mental passou a ser considerado um campo que transcende os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. A partir de então, o campo da saúde mental não pode mais deixar de ser compreendido como transversal a várias políticas sociais. Nesse sentido, o estabelecimento de diretrizes e o acompanhamento e avaliação dos serviços devem ser pensadas de forma intersetorial (BRASIL, 2010, p. 10).

Dentre os fatores que contribuíram para a ocorrência desta conferência, destacamos: (1) a ênfase que estava sendo dada ao modelo biomédico com forte campanha contra a reforma psiquiátrica, (2) o fato de que a expansão de serviços públicos de saúde mental não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatíveis de profissionais e (3) o surgimento de demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar, apresentados como resposta única ao abusivo uso de *crack* no país.

Com intuito de viabilizar o novo modelo assistencial,

A IV CNSMI propõe implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de assistência: equipe de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infantil) ; Centros de convivência; Residências Terapêuticas; emergências psiquiátricas e leitos para saúde mental em Hospitais Gerais, leitos clínicos para desintoxicação em Hospitais Gerais, atendimento móvel de urgência e demais serviços substitutivos necessários aos cuidados contínuos em Saúde Mental. (BRASIL, 2010, p. 21)

Logo, significativas mudanças e avanços foram sendo buscados a partir dessas diretrizes. Nessa conferência foi deliberado que a composição mínima da equipe de Saúde Mental na Atenção Primária é de três profissionais para cada 10 mil habitantes, sendo que as práticas desses profissionais devem estar embasadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica para atendimento e acompanhamento das pessoas em seu próprio território. As medidas referentes aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) buscaram ampliar o número destes serviços, deixando de obedecer apenas a critérios de índice populacional e se referindo a fatores epidemiológicos e sociais. Propondo a ampliação das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e CAPS buscou-se garantir a melhoria da qualidade nos serviços

prestados à população. A realização de terapias comunitárias apresentou-se como uma estratégia intersetorial de promoção do cuidado para fortalecer os espaços de escuta e expressão a serem implantados na rede de saúde mental e na atenção básica. Outras estratégias para o fortalecimento destes espaços são: a realização de rodas de conversa, oficinas terapêuticas, grupos de dança, arteterapia, trabalhos direcionados à valorização das potencialidades dos usuários no esporte, artesanatos, artes, entre outros, além de implementar Práticas Integrativas e Complementares, tais como, a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia e as práticas psicocorporais (BRASIL, 2010, p. 68).

Referindo-se ao financiamento destinado à Saúde Mental, a IV CNSMI propôs o aumento dos recursos garantidos pelas três esferas governamentais – municipal, estadual e federal – a fim de que, por meio de fiscalização, os recursos cheguem efetivamente aos serviços de Saúde Mental. Tal investimento visa a ampliação dos serviços substitutivos (CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Programa de Volta pra Casa, entre outros) em todos os níveis de atenção e complexidade do sistema, ao mesmo tempo em que proíbe o incremento de recursos financeiros aos hospitais psiquiátricos, obedecendo a lógica do território, dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2010, p. 26).

Os investimentos financeiros devem garantir a realização de algumas ações e projetos, tais como, oficinas terapêuticas nos CAPS em parcerias intersetoriais: assistência social, cultura, esporte, lazer e educação, assim como garantir a realização e participação dos usuários em atividades fora do CAPS, por exemplo, passeios como forma de estimular a reinserção social.

É necessário desenvolver, fortalecer e qualificar, através de articulação intersetorial (assistência social, trabalho, educação e cultura), programas de geração de emprego/renda, economia solidária e programas de sustentabilidade, capazes de assegurar o direito ao trabalho e garantir a melhoria da renda familiar, a continuidade do tratamento, a promoção da qualidade de vida e a integridade física e mental dos usuários dos serviços de saúde mental, resgatando neles a dignidade de ser sujeito, o exercício da cidadania e o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais. (BRASIL, 2010, p.111)

Além de centros de geração de renda, ocorreu ainda a criação de redes intersetoriais e sociais, tais como clube de mães e centros de convivência, entre outros, com intuito de fortalecer as redes sociais para a convivência dos usuários e familiares (BRASIL, 2010, p.29). É necessário ainda investir na implantação de Residências Terapêuticas voltadas para os usuários egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e/ou em estado de abandono ou vulnerabilidade social, garantindo-lhes direito à moradia e auxiliando no

processo de reintegração na comunidade. Um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas ocorre por meio de sua inclusão no Programa de Volta para Casa, “o Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário” (BRASIL, 2005, p.17) buscando assim contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas, visando a integralidade e a continuidade do cuidado. Ademais, criou-se ainda a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos “permitindo que as práticas de saúde acolham, sem julgamento, as demandas de cada situação, de cada usuário, ofertando o que é possível e o que é necessário, sempre estimulando a sua participação e seu engajamento.” (BRASIL, 2005, p.44),

Os investimentos devem abranger ainda, além da melhoria nas condições de trabalho, a qualificação e educação permanente das equipes multiprofissionais do Sistema Único de Saúde em todos os níveis de atenção. Uma proposta nessa linha refere-se à capacitação em saúde mental para áreas de Urgências, Emergências e das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) para atender aos sujeitos em crise, devendo ser garantida a atenção qualificada e humanizada às pessoas que vivenciam situações de crise (BRASIL, 2005, p. 52).

No que se refere à atenção às pessoas em crise, além de reafirmar os princípios e diretrizes das conferências passadas, a IV CNSMI deliberou que é necessário:

Garantir e ampliar o atendimento das situações de crise em saúde mental 24 horas, priorizando CAPS III, no Pronto Socorro Geral em articulação com a rede SAMU 192; em municípios que não tenham estes dispositivos, garantir que os serviços de emergência atendam às situações de crise em saúde mental facilitando o acesso aos demais serviços de saúde. Garantir, sempre que o usuário com sofrimento psíquico estiver em crise e que se faça necessária a intervenção em emergência hospitalar, esta ocorra nos hospitais gerais que tenham serviço de urgência e emergência. (BRASIL, 2010, p. 75)

Desta forma, para situações de urgência e emergência em saúde mental, deve-se elaborar e implantar protocolos de atendimento nos Hospitais Gerais, obedecendo à classificação de risco. Por meio da criação de um cadastro único nacional (cartão do SUS), busca-se criar um sistema de informação padronizado em saúde mental, por meio do mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade social, permitindo a construção de um perfil epidemiológico, bem como o controle da distribuição dos medicamentos aos usuários, que é feita na rede de serviços do SUS, respeitando o princípio geral da desmedicalização do sofrimento psíquico e desenvolvendo ações preventivas. Desta forma, torna-se possível criar

indicadores para acompanhamento e avaliação da qualidade da assistência nos serviços de saúde mental (BRASIL, 2010, p. 35).

Por fim, a concretização do processo de reforma psiquiátrica também é apresentada pelo fortalecimento dos movimentos sociais como espaços de expressão e organização, garantindo a responsabilidade social para com as pessoas em sofrimento psíquico e fomentando o protagonismo dos usuários, cuidadores e familiares nas instâncias de controle social. Além disso, com o objetivo de combater o estigma e garantir o respeito à diferença e à diversidade, foi proposto a criação de mecanismos para conscientização da sociedade quanto aos direitos e cidadania da pessoa em sofrimento psíquico. Nessa perspectiva, preza-se pela oferta de um tratamento igualitário e não exclusivo, possibilitando a convivência e a acessibilidade aos direitos sociais (p. 108) Adotou-se também, a partir de tal Conferência, uma forma menos estigmatizante de designar os usuários de serviço mental, utilizando a nomenclatura “pessoa em sofrimento psíquico” (BRASIL, 2010, p.144), o que distancia a concepção de portador de alguma doença, antes atrelada ao usuário dos serviços de saúde mental.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental foram movimentos históricos e políticos importantíssimos que reafirmaram os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, entendendo os sujeitos enquanto dotados de direitos e desejos. Nas suas diretrizes, as conferências buscaram produzir desinstitucionalização, inclusão social e a implantação de uma rede de assistência pautada no acolhimento dos sujeitos em sofrimento psíquico, no sentido de evitar que se reproduza, dentro dos serviços substitutivos, a lógica do manicômio. E é a partir da comparação do que é proposto nas Conferências e da forma como os profissionais acolhem os pacientes em sofrimento psíquico que nós investigamos se tal assistência se aproxima do ideal proposto pelas diretrizes.

Será que de fato, hoje, podemos dizer que a Reforma já está instituída? A assistência prestada aos sujeitos em sofrimento psíquico é embasada em tais diretrizes, ou o cuidado só foi burocratizado? Trata-se de uma constante luta para garantir o cuidado, no sentido de acolher o sofrimento do sujeito e de garantir-lhe saúde pública de qualidade.

4. O ACOLHIMENTO

A forma como o profissional atua nos dispositivos de saúde é descrita por Merhy e Onocko (1997) enquanto tecnologias do cuidado. De acordo com esses autores, elas existem em três tipos: (1) as tecnologias leves, sendo as “tecnologias de relações do tipo produção de

vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho”, (2) as tecnologias leve-duras compreendendo “saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo” e (3) a tecnologia dura que opera a partir de “equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.” (MERHY & ONOCKO, 1997, p. 41).

Emerson Merhy e Túlio Franco (2003) trazem que as tecnologias do cuidado compreendem o Trabalho Morto e o Trabalho Vivo. As relações de cuidado referentes quase que de forma exclusiva aos instrumentos, como exames e medicamentos, “podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos.” Essas relações são classificadas como tecnologia dura, estando centradas no Trabalho Morto, que apresenta um caráter instrumental (MERHY & FRANCO, 2003, p. 6).

Quando a origem social entra em foco, envolvendo a história de vida do sujeito e passando a trabalhar o auto-cuidado, estamos falando de tecnologia leve, a qual está centrada no Trabalho Vivo, visto que, o acolhimento do usuário, de acordo com esta tecnologia, ocorre “mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário” (MERHY & FEUERWERKER, 2009, p. 6). Neste caso, a tecnologia centrada no Trabalho Vivo visa, na relação entre trabalhador e usuário, propiciar que o sujeito seja autor das mudanças no processo de cuidado.

Se a razão existente aí estiver centrada no Trabalho Vivo, é indicador que a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização. (MERHY & FRANCO, 2003, p. 9)

O que os autores defendem é uma atuação que envolva o Trabalho Morto e o Trabalho Vivo, o que chamam de Composição Técnica do Trabalho (CTT), buscando um modelo assistencial que, tanto ofereça os recursos instrumentais necessários, quanto tenha como foco principal a integralidade da assistência no cuidado. Esse conhecimento técnico diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado, ao mesmo tempo em que foca nos processos relacionais ao acolher o sujeito. Entretanto, os autores trazem que tais mudanças não conseguiram até hoje, de fato, alterar o

modelo vigente de cuidado, ainda centrado em uma assistência médica hegemônica do ato prescritivo, na lógica instrumental das tecnologias duras que acaba subsumindo o trabalho executado a partir da relação entre sujeitos, acolhedor e produtor de vínculo com responsabilização sobre a clientela, acompanhando projetos terapêuticos cuidadores (MERHY & FRANCO, 2003, p. 12).

Os autores citam a necessidade da construção de um modelo assistencial mais interativo com os outros equipamentos, no sentido de que o cuidado oferecido deve atender ao sujeito de forma integral, fazendo funcionar o fluxo dos serviços que possam atender as necessidades do usuário.

A “linha do cuidado” disponibilizada aos usuários, se movimenta acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários, e aí forma-se o encontro entre o mundo das necessidades com o das intencionalidades dos trabalhadores protagonistas de certas cartografias que vão se desenhando e dando forma à integralidade na saúde. Este agir na saúde, traz consigo inúmeros elementos, inclusive os das tecnologias de cuidado, as quais sugerimos que tenham a hegemonia do Trabalho Vivo em ato, calçando um trabalho mais relacional. (MERHY & FRANCO, 2003, p. 14)

Essa “linha do cuidado” acaba sendo expressa na forma como ocorre o acolhimento dos sujeitos nos serviços, que deve visar à autonomia dos mesmos, compreendendo-os em sua integralidade e, para tanto, organizar os serviços para esse atendimento em toda rede assistencial. Essa visão do cuidado providencia ainda um espaço para o sujeito como agente ativo na produção de sua própria saúde. Para que isso ocorra, é necessário “ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada as unidades e a maneira dos trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os sofrimentos da vida”, (MERHY & FEUERWERKER, 2009, p.8), de forma que o usuário possa participar ativamente da construção do seu projeto terapêutico e torná-lo singular.

Como vemos, esses autores trazem as tecnologias leves de cuidado como potência instituinte para a mudança do modelo assistencial. Garantir que o sujeito seja melhor acolhido nos serviços de assistência requer a produção de um cuidado por meio da construção de um processo relacional, reconhecendo-o enquanto sujeito de desejos, valores, saberes e potências que devem ser consideradas para compreendê-lo em sua singularidade. É, então, por meio das tecnologias leves, que devem ocorrer as mudanças efetivas para a melhor construção do cuidado.

Merhy e Onocko (1997), no livro “Agir em saúde: um desafio para o público” descrevem um fluxograma sintetizando o modelo de atenção dos serviços assistenciais de saúde, representando como se configuram os serviços hoje. Tomando como exemplo uma

unidade de saúde, o atendimento começaria pelo processo de entrada no serviço, que pode não ser acessível para todos, ou pelo fato das pessoas não procurarem o serviço ou pela limitação dos atendimentos no dia. O livro fala ainda das formas que diferentes pessoas são atendidas nesses serviços, por exemplo, se a pessoa já tem consulta marcada ou outras pessoas que, mesmo chegando após o encerramento das fichas ainda vão ser atendidas de um modo também diferente. Chama a atenção para a ideia de que qualquer trabalhador do serviço acaba desempenhando um papel que pode acolher ou não os usuários, podendo intervir no processo de atendimento.

Após a recepção, há a seleção das pessoas que serão ou não atendidas no serviço de acordo com os critérios que classificam se a demanda está de acordo com os serviços prestados no local, sendo objeto de ação do serviço para intervenção tecno-assistencial. No caso em que nota-se uma discrepância entre a necessidade da pessoa e aquilo que o serviço tem a oferecer, a pessoa é encaminhada para outros serviços mais adequados para atender aquela demanda. Contudo, em alguns casos, a assistência é simplesmente negada, às vezes, por falta de vagas ou pela inexistência do procedimento que se imagina que o sujeito necessita, entre outros motivos. Desta forma, apenas uma parte das pessoas que entram no serviço passaram pelo que Merhy (1997) chama de “cardápio de intervenções”, visto que os procedimentos apontam uma intervenção de acordo com o modelo de atenção do serviço, onde tais práticas são realizadas com o intuito de minimizar o sofrimento do sujeito que é, pelo serviço, considerado como um problema de saúde. Por fim, após as intervenções, os sujeitos saem do serviço e a forma como isso ocorre também é de suma importância e deve ser descrita para que se possa analisar se o atendimento realizado foi de fato acolhedor ou não.

Partindo dessa análise apontada por Merhy e Onocko (1997), podemos refletir sobre o modelo assistencial vigente no acolhimento dos sujeitos que procuram os serviços de saúde em situações de sofrimento psíquico. Esses autores trazem que “para compreender os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, portanto, deve-se tomar como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve, e os seus modos de articulação com as outras” (MERHY & ONOCKO, 1997, p.42), ou seja, na forma de se relacionar e acolher o sujeito em sofrimento psíquico, ao invés de realizar condutas totalmente normatizadas.

Acrescentando às colocações de Merhy, Franco (2003) é outro autor que fala sobre o Acolhimento e os processos de trabalho em saúde, descrevendo diretrizes operacionais para o acolhimento, como, por exemplo, atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, o que seria possível

reorganizando o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, a “Equipe de Acolhimento” para a escuta do usuário. Desta forma, procura-se qualificar a relação trabalhador-usuário que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

5. METODOLOGIA

A pesquisa caracterizou-se por ser um estudo bibliométrico, onde fizemos referência a trabalhos que trazem as informações mais relevantes para contemplar nossos objetivos.

Em toda a disciplina científica existe um número limitado de periódicos essenciais que se supõe incluir os artigos mais importantes publicados sobre o assunto. A bibliometria fornece meios de descobrir esses periódicos, também chamados "nucleares", partindo da prática estabelecida na comunidade científica de fornecer as referências bibliográficas de qualquer trabalho. (CUNHA, 1985)

Por meio da pesquisa bibliométrica de trabalhos já publicados sobre o tema, de 2007 a 2017, é possível elencar quais as principais formas de atuação dos profissionais dos serviços substitutivos da reforma, o que vem sendo feito e de que forma estão acolhendo o sujeito em sofrimento. Nessa perspectiva, fizemos então, um recorte atualizado sobre essas questões, visto que, uma década é um tempo significativo e importante para saber as publicações relevantes para o tema. Além do mais, com a coleta de dados também foi possível gerar arquivos com as principais informações bibliométricas dos trabalhos, tais como título, ano de publicação, região onde mais se publica, os serviços mais citados sobre as experiências das práticas desenvolvidas, assim como os objetivos e resultados dos artigos.

Para a seleção dos textos foram escolhidos os bancos de dados digitais *Scientific Electronic Library Online* – SCIELO – e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, mais conhecido pela sigla BIREME, que é um centro especializado, parte da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Utilizamos os referidos sites por possuírem periódicos científicos de qualidade de forma acessível e organizada, tendo, portanto, credibilidade em produção científica, mostrando-se uma referência confiável.

Os critérios utilizados para a seleção dos trabalhos se deram primeiramente por meio da busca através das palavras-chave: Sofrimento Psíquico, Acolhimento e Reforma Psiquiátrica. Como a palavra crise vem, para a saúde, do campo das doenças orgânicas e, visto desta forma, é um conceito emaranhado de possibilidades, substituímos na pesquisa a palavra crise por sofrimento psíquico na tentativa de uma busca mais específica por materiais. Logo,

quando falamos sujeito em crise, nos referimos ao sujeito em sofrimento psíquico. A palavra Acolhimento é de suma importância para seleção dos artigos, visto que consideramos, de acordo com nosso referencial teórico, como sendo um desígnio para a atuação dos profissionais nos equipamentos substitutivos da Reforma. Reforma Psiquiátrica certamente está presente enquanto uma das palavras para a seleção dos artigos, visto que em todo o nosso trabalho citamos as novas formas de acolher os sujeitos em sofrimento psíquico de acordo com as diretrizes propostas a partir dos ideais desta reforma.

Com a seleção dos trabalhos por meio das palavras-chave, foram encontrados um total de 57 textos e, então, partimos para a seleção bibliométrica dos títulos e os resumos dos artigos selecionados, a fim de identificar as principais temáticas abordadas pelos autores dos trabalhos. Foram excluídos de análise os textos que não se referiam as práticas cotidianas nos serviços substitutivos da Reforma Psiquiátrica, que não apresentassem dados ou discutissem novos paradigmas do funcionamento dos serviços, no que se refere a última década. Desta forma, foram selecionados 29 textos que foram lidos na íntegra, com a finalidade de selecionar os que apresentam informações mais relevantes para atender aos objetivos da pesquisa.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dispositivos de saúde mais citados referentes às experiências das práticas desenvolvidas são: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, em 12 dos textos; Serviços de Atendimento Básico, como as Unidades Básicas de Saúde – UBS, Unidade de Atenção Primária – APS, Unidades de Acolhimento – UAs e Unidade de Saúde Mista, juntas somando um total de 8 textos. Os outros serviços se referem a Políticas do trabalhador (2 textos), Ambulatório de Saúde Mental (1 texto) e Hospital Psiquiátrico (1 texto).

Onde mais se publicou sobre o assunto foi na região Sudeste, com 15 dos textos lidos, seguida pela região Nordeste com 7, região Sul com 6 e região Centro Oeste com uma publicação. Nesse sentido, percebemos que a região Sudeste tem um maior investimento em publicações, não significando necessariamente que em outras regiões se trabalhe menos, contudo, estamos refletindo que nesta determinada região se publica mais. Isso pode ser discutido ao pensarmos que na região sudeste há um número maior de revistas, apresentando aos pesquisadores uma maior facilidade para publicar pesquisas, revelando um centro potente para as publicações.

No que se refere à relação entre as práticas e os ideais que norteiam a reforma, 10 das publicações referem-se a serviços tendo como princípios o acolhimento, a escuta, a integralidade com noção de território, a organização de uma rede de saúde mental, apoio matricial, intersetorialidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização e promoção da cidadania, favorecendo a autonomia dos usuários. Nesse sentido percebemos que não é o universo total das publicações que faz referência a esses conceitos.

Os textos que se referem às práticas vivenciadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) parecem estar mais articulados com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Podemos citar como exemplo a experiência relatada em dois dos textos onde houve construções de novos modos de fazer em saúde mental. Um deles relata uma experiência no CAPS de São Paulo, com a criação de um grupo de contação de histórias, criando espaços de escuta, acolhimento, lembranças e ressignificação de sentidos (CAMPOS-BRUSTELO, BRAVO & SANTOS, 2010). A outra experiência, também realizada em um CAPS, mas na cidade de Maceió, conta a experiência da execução de oficinas com uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC), onde, a partir da criação de um *blog*, a pessoa em sofrimento pode se expressar, compartilhar seus saberes, integrar-se em uma comunidade, ser reconhecida ao expor sua criatividade, dentre outras possibilidades. Os autores reforçaram a importância de produzir as oficinas como espaço clínico-político, permitindo que o sujeito estabeleça laços de cuidado consigo mesmo e não apenas com um caráter de ocupação do tempo (BITTENCOURT; FRANCISCO; MERCADO; 2013).

Outras 19 publicações apresentaram os desafios referentes à efetivação das diretrizes da Reforma, apresentando dificuldades em desenvolver práticas alternativas, de criar uma rede articulada de atenção e falta de integralidade no atendimento. Citamos como exemplo a experiência da cidade de Fortaleza, no artigo “Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental.”, que descreve estratégias de cuidado desarticuladas com princípios e diretrizes do SUS, trazendo intervenções baseadas na prescrição medicamentosa e na internação (LIMA, *et al.*, 2014). Assim como o texto “Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil.”, que revela a falta de articulação entre os serviços substitutivos e a atenção primária, destacando que dentre os principais desafios estão as questões relacionadas ao acolhimento dos sujeitos em sofrimento psíquico nos serviços constituintes da rede de cuidados (COSTA, *et al.*, 2014).

Ainda no que se refere aos desafios, encontramos um total de 11 textos que apontam a falta do cuidado interdisciplinar. Exemplificado no artigo “Saúde mental e atenção

básica em saúde: análise de uma experiência no nível local.”, o qual aponta uma experiência no Rio de Janeiro de práticas predominantemente baseadas no modelo biomédico de organização da atenção à saúde, a psiquiatrização do cuidado em saúde mental, a burocratização do processo de trabalho e o centramento nas ações intramuros. Nesse exemplo, a escuta e o acolhimento do sofrimento dos usuários fica centralizado na figura de um único profissional (SILVEIRA & VIEIRA, 2009).

Também há situações em que a discussão dos casos é realizada com a equipe, exceto o médico, que permanece restrito a atendimentos individuais, como citado no artigo “Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários.”, a partir de uma experiência no CAPS de Fortaleza. Ao falar sobre a prática da equipe multiprofissional no serviço, o artigo revela que a categoria médica não se inclui no atendimento interdisciplinar, pois esta realiza apenas consultas individuais, demonstrando a prevalência do modelo biomédico com foco no diagnóstico e na doença e não na escuta do sujeito (ANDRADE & BOSI, 2015)

Contudo, nesta mesma experiência, o artigo descreve práticas do serviço que revelam articulação entre a rede, com profissionais que passaram a ampliar sua clínica com apoio matricial dos profissionais do serviço de referência que é o CAPS. Percebemos que há uma tentativa de articular a proposta de matriciamento, de criar estratégias de capacitação à atenção básica, para que ela, enquanto uma equipe potente e permanente saiba lidar com as demandas de saúde mental. Contudo ainda é muito difícil e pontual a execução desse modelo proposto pelo SUS.

Em 04 dos textos, os profissionais relatam sentir-se despreparados para atender o público de saúde mental, corroborando para a ideia de que os profissionais da saúde acabam focalizando suas ações no cuidado ao corpo em detrimento das questões subjetivas. Dessa forma, quando recebem pessoas em sofrimento psíquico, encaminham para atendimento psicológico e/ou psiquiátrico, não demonstrando disponibilidade para o acolhimento, a escuta, a formação de vínculos e para o apoio social destas pessoas. Por exemplo, o texto “As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde Mental no Programa Saúde da Família.” fala sobre o desconhecimento dos profissionais acerca do termo sofrimento psíquico, repercutindo em uma prática distante dos princípios do SUS, não considerando o conceito ampliado de saúde e de integralidade, como propõe as diretrizes de atuação (AMARANTE, *et al.*, 2011).

Percebemos que os principais impasses estão relacionados às atuações em serviços de atenção primária, onde as práticas inovadoras são tomadas como desafios e empecilhos para a equipe, corroborando para um impedimento das práticas cotidianas do cuidado. E ainda, assim como os serviços de atenção primária, há artigos que retratam que a equipe do CAPS, por vezes, também se encontra capturada pela rotina do serviço, limitando as ações do projeto terapêutico singular aos espaços institucionais. Isso implica no não-reconhecimento das potencialidades dos territórios em que as pessoas vivem seus laços afetivos e de pertencimento com vistas ao cuidado em rede. No entanto, para efetivar a reforma psiquiátrica é preciso possibilitar que o usuário produza vida para além dos equipamentos da saúde, que possa construir trocas simbólicas em seu território, exercitando a cidadania.

Limitar as práticas aos espaços institucionais diverge da proposta de desinstitucionalização, o que se apresenta em pelo menos 06 textos trabalhados, nos quais as ações de acolhimento são descritas como realizadas apenas no serviço e não na comunidade. Citamos o exemplo do CAPS de João Pessoa, no texto “Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais.”, que retrata a falta de interesse e apropriação teórica da equipe da ESF (Estratégia de Saúde da Família) para discutir os casos que demandam cuidado em saúde mental no território, e, desta forma, os espaços comunitários e suas estratégias de produção de vida são, em sua maioria, invisibilizados (FERREIRA, 2017).

Um outro importante achado da nossa pesquisa envolve o sofrimento psíquico de cuidadores dos usuários dos serviços de saúde mental, de forma que 05 textos revelam a importância de desenvolver políticas que acolham também aos familiares e profissionais dos serviços. O texto “Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico.” retrata a falta de acolhimento para a família dos usuários, acarretando na dificuldade de frequentar os serviços de saúde junto com o usuário por falta de apoio e escuta ao sofrimento (COVELO & BADARÓ-MOREIRA, 2015). O texto reforça ainda a importância dos profissionais da saúde mental buscarem incluir familiares nos projetos terapêuticos integrando uma rede social, contudo, alertam que a inclusão não deve parar na família, mas sim, ocorrer de forma ampliada para a comunidade em geral, contribuindo assim para a efetivação dos conceitos de integralidade e territorialidade.

Os trabalhadores consideram relevante um serviço de acolhimento do sofrimento que auxilie a promoção de saúde dos mesmos, revelando a necessidade de criar espaços para acolhimento e escuta dos profissionais, visando à redução de sofrimento psíquico no trabalho. O artigo “Conversando sobre desgaste mental no trabalho e suas possibilidades de enfrentamento: uma experiência no serviço público municipal de Guarulhos” traz uma experiência onde as reuniões de equipe para discussão dos casos dos usuários dos serviços tornaram-se espaços importantes para acolher as angústias dos trabalhadores de saúde, os quais, nessas situações, se sentiam acolhidos e apoiados, encontrando suporte para o enfrentamento das situações de sofrimento (LEMBO, OLIVEIRA & CARRELLI, 2016). Contudo, no texto “Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação.” é revelado o distanciamento dessa relação de cuidado com o profissional de saúde, denunciando também a precarização das condições de trabalho (PEREZ, BOTTEGA & MERLO, 2017). Nesse sentido, assim como nessa nova forma de cuidado com o sujeito em sofrimento há a necessidade de uma assistência à família e uma visão do sujeito inserido em seu território, há também a necessidade de que a própria equipe possa ser cuidada.

A partir das considerações que traçamos sobre os 29 artigos objetos de nossa pesquisa, consideramos que esse estudo trouxe dados relevantes para pensarmos que a Reforma Psiquiátrica ainda não se concretizou e apresenta-se como um desafio para todos. O cuidado com o sujeito em crise não implica exclusivamente em uma assistência pontual de um profissional, mas de articular a rede de cuidados e amparo ao sujeito dentro de seu território, a partir dos laços sociais e afetivos, sendo relevante o envolvimento de todos os profissionais nesse cuidado, incluindo os profissionais da categoria médica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os artigos encontrados, os quais mostram os desafios e impasses de se efetivar ações cotidianas dos profissionais nos serviços embasadas nas diretrizes propostas pelo SUS, nos deparamos com práticas que revelam que ainda não conseguimos fazer uma reforma.

As publicações apresentam os desafios referentes à dificuldade de fazer uma prática diferente, isto é, das dificuldades enfrentadas pelos profissionais em buscar novas formas de acolher os usuários dos serviços de saúde. Revelam também a não participação dos

profissionais médicos, que são ainda considerados em uma pirâmide hierárquica, onde se tem no topo um saber mais especializado e mais poderoso e na base são colocados os demais profissionais de outras áreas trabalhando de forma individualizada. Essa hierarquia de saberes rompe com a proposta de apoio e co-gestão de Gastão Wagner, o Método Paidéia, também conhecido como método da roda, que propõe uma mudança do arranjo organizacional e das responsabilidades profissionais e gerenciais, de modo a facilitar a co-gestão em locais onde é necessário um trabalho em equipe. Esse método é apoiado pela Equipe de Referência e Apoio Matricial, que se trata de uma coordenação para toda a equipe de Saúde da Família, visando diminuir a fragmentação do trabalho. Os resultados e discussões da nossa pesquisa acabam denunciando que esse modelo de gestão ainda não se implementou no SUS e que, em diversos serviços, permanece o modelo hierárquico.

Podemos constatar que as experiências das equipes matriciais de saúde mental na atenção básica ainda estão em construção. A implantação, expansão e qualificação do apoio matricial são os principais desafios para a política de saúde mental e a garantia de acessibilidade e integralidade da atenção. Com essas reflexões, rompemos com a perspectiva de algumas pessoas e até mesmo de profissionais da saúde de que o psicólogo é o profissional apto e único responsável pelo acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico.

Devemos ressaltar que o Psicólogo é apenas parte integrante das equipes de saúde mental e que o trabalho deve ser realizado de forma interdisciplinar, pois trata-se de uma rede de suporte que vai dar estabilização para que o sujeito, no cotidiano da sua experiência, tenha condições e recursos para entrar e sair de uma crise. O mais importante quando o sujeito entra em crise não é pensar o que nós, enquanto profissionais psicólogos, iremos fazer para intervir na situação, pois a reforma não se comprova em uma experiência pontual de cuidado como no modelo hospitalocêntrico. Trata-se de pensar o que a rede de atenção à saúde mental integral pode fazer desde quando o sujeito está como usuário do sistema de saúde na atenção básica, até ele passar pelos serviços especializados. Desta forma, devemos pensar em toda a rede de suporte para que o sujeito possa circular por essa rede, podendo inclusive adoecer, e se reestabelecer.

Devemos considerar que a reforma psiquiátrica é ampla na sociedade, no sentido que se trata de uma reforma também jurídica, política, econômica, cultural e social. Então, quando pensamos a prática de um profissional para dar suporte a um paciente que está em crise, nos referimos a apenas um detalhe diante de toda a estrutura que precisa se modificar para dar suporte a esse sujeito em sofrimento.

É importante que os profissionais reflitam sobre suas percepções de loucura e de cuidado, para que não acabe por reproduzir uma prática manicomial. Para tanto, torna-se necessário transformações no modo de acolher o sujeito em sofrimento, que implica que esse sujeito possa circular em seu território e que ele tenha suporte para isso, desde suas atividades de vida diária, estabilizado com seus laços familiares e sociais, na volta pela comunidade e lugares públicos, como no atendimento nos serviços de saúde.

Como esses textos, que revelam a não efetivação das propostas da reforma, foram publicados em diversos locais do país contemplando as regiões Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, podemos inferir que essa dificuldade de implantação dos princípios da reforma está espalhada por todo o Brasil. Desta maneira, consideramos que é importante haver uma mudança de mentalidades, pois, para que se torne possível mudar a prática, antes disso torna-se necessário, que as pessoas mudem suas percepções e concordem com a importância de refazerem suas práticas cotidianas do cuidado e da assistência.

Com a realização da pesquisa, nos deparamos ainda com a demanda dos profissionais por cuidado, o que implica, por exemplo, em melhores condições de trabalho, estabilidade no emprego, concursos públicos, planos de cargos e carreiras, para que essas pessoas se sintam pertencentes ao ambiente em que trabalham e não fiquem desmotivados por condições precárias de trabalho e falta de reconhecimento profissional. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica precisa se colocar também enquanto uma reforma que cuida desses laços trabalhistas, visto que a saúde do trabalhador implica diretamente no cuidado que está sendo oferecido no serviço, influenciando na promoção de saúde de seus usuários.

Embora sejam notórios os avanços no campo da reforma, ainda são muitos os impasses que precisam ser vencidos a fim promover o cuidado pautado em seus princípios para aqueles que por tanto tempo foram condenados a maus tratos, isolamento e exclusão. Essa pesquisa é um estudo que fica para ser continuado, pois traçamos de forma simplificada, contudo pretendendo ser clara, a relevância de nos perguntarmos sobre o que está sendo feito em termos de cuidado e acolhimento as pessoas em sofrimento psíquico. Dentro desta pesquisa, não encontramos exatamente o que pretendíamos dentro do nosso objetivo, mas descobrimos que a questão é muito mais complexa do que exclusivamente saber o que se faz com o cuidado em casos pontuais de crise, porque essa situação se refere a algo muito mais amplo, que envolve todos os profissionais da equipe, o trabalho em rede, a família da pessoa em sofrimento, a comunidade e seu território.

8. REFERENCIAS

ALMEIDA, A. B.; NASCIMENTO, E. R. P.; RODRIGUES, J.; SCHWEITZER, G. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev Bras Enferm.** 2014 set-out;67(5):708-14

ALVES, M.C.; SEMINOTTI, N. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. **Rev Saúde Pública.** 2009;43(Supl. 1):85-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800013> Acesso em: 18 out. 2017.

AMARANTE, A. L *et al.* As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 85-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2017.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** I (1): 61-77, jul.-oct., 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf>> Acesso em: 11 out 2017.

ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. **Saúde Soc. São Paulo,** v.24, n.3, p.887-900, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000300887&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2017.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues. Fonoaudiologia e saúde mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. **Rev. CEFAC.** 2014 Mai-Jun; 16(3):1004-1012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462014000301004&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 18 out. 2017.

BARROS, M. M. M. de.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. **Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 23 [3]: 821-841, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300009>. Acesso em: 18 out. 2017.

BITTENCOURT, I. G. S.; FRANCISCO, D. J.; MERCADO, L. P. L. Autoria em Blog por Pessoas em Sofrimento Psíquico: Aprendizagem Compartilhada, Reconhecimento e Promoção da Saúde Mental. **Psicologia: ciência e profissão,** 2013, 33 (4), 988-999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000400016&script=sci_abstract>. Acesso em: 18 out. 2017.

BOSI, M. L.M. *et al.* Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** 17(3):643-651, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300010>. Acesso em: 18 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental:** relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf> Acesso em: 03 out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental**: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>> Acesso em: 12 out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf> Acesso em: 03 out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 12 out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 1-78

CAMPOS-BRUSTELO, Tatiane Neme; BRAVO, Fernanda Feliciano; SANTOS, Manoel Antônio dos. Contando e encantando histórias de vida em um centro de atenção psicossocial. **Rev. eletrônica saúde mental alcool drog**; 6(1): 1-11, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-546345>> Acesso em: 18 out. 2017.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45(6):1501-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032>. Acesso em: 18 out. 2017.

COSTA, Annette. *Et al.* Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 7, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100008>. Acesso em: 18 out. 2017.

COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Comunicação Saúde Educação**. 2015; 19(55):1133-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401133&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 out. 2017.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

CUNHA, M. V. **Os periódicos em ciência da informação: uma análise bibliométrica**. Ciência e Informação, Brasília, v. 14, n. 01, p. 37-45, 1985.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza. *Et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1483-1492, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021>. Acesso em: 18 out. 2017.

FARIA, M. L. V. C.; GUERRINI, I. A. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. **Comunicação Saúde Educação**. v.16, n.42, p.779-92, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300015&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 out. 2017.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Comunicação saúde educação**. 2017; 21(61):373-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832017000200373&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2017.

FRANCO, T.B. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim (MG). In Merhy, E.E.; Franco, T.B.; Bueno, W.S. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; Hucitec, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/pgs2/textos/Acolhimento_e_processos_de_trabalho_-_Prof_Dr_Tulio_Franco.pdf> Acesso em 20 out. 2017.

GONÇALVES, Rejane. *Et al.* Promoção da saúde mental: ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. 2013, v.10. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602013000200008>. Acesso em: 18 out. 2017.

LEÃO, A.; BARROS, S. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.1, p.95-106, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000100009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2017.

LEMBO, A. P.; OLIVEIRA, A. P. de; CARRELLI, E. Conversando sobre desgaste mental no trabalho e suas possibilidades de enfrentamento: uma experiência no serviço público municipal de Guarulhos. **Rev Bras Saude Ocup**. 2016;41:e12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100501&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 out. 2017.

LEMO, A.G.A.; *et al.* Evasão nas unidades de acolhimento: discutindo seus significados. **Psicologia & Sociedade**. 2014; 26(3), 594-602. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822014000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2017.

LIMA, D. W. C. *et al.* Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental. **Esc Anna Nery**. 2014;18(2):336-342. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200336&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2017.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. **Saúde em Debate**. 2003; 27(65):316-323. Disponível em:

<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf>> Acesso em: 20 de out. 2017.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>>. Acesso em 20 out. 2017.

MERHY; E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>> Acesso em 20 out. 2017.

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as Tecnologias em saúde. **Esc Anna Nery (impr.)**2011 out-dez; 15 (4):762-768. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400015> Acesso em: 18 out. 2017.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, 2015, 35(4), 1340-1349. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000401340&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2017.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAIVA, Michelle Helena Pereira de; FRIZZO, Heloísa Cristina Figueiredo. Concepções de terapeutas ocupacionais acerca da linha do cuidado em saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar (Impr.)**; 20(3)set.-dez. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-664931>> Acesso em: 18 out. 2017.

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [1]: 13-31, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100002>. Acesso em: 18 out. 2017.

PEREZ, K. V.; BOTTEGA, C. G.; MERLO, A. R. C. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 287-298, jun 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000600287&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 out. 2017.

PINHEIRO, João Paulo. **Os outros também têm problemas: a percepção dos usuários acerca de uma prática de acolhimento em saúde mental na atenção básica em saúde**. Porto Alegre; s.n; 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-34340>> Acesso em: 18 out. 2017.

SALES, A. L. L. F.; DIMENSTEIN, M. Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 277-285, abr./jun.

2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722009000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2017.

SILVA, Thuany Cristine Santos da. **Centro de atenção psicossocial III: construção e desenvolvimento das ações de enfermagem**. Rio de Janeiro; s.n; jan. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-846533>> Acesso em: 18 out. 2017.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):139-148, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019>. Acesso em: 18 out. 2017.

WILLRICH, J. Q. *et al.* Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. **Rev Esc Enferm USP**. 2013; 47(3):657-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00657.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.

APÊNDICE

DADOS BIBLIOMÉTRICOS DOS ARTIGOS DA PESQUISA

TÍTULO	LOCAL/ ANO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família e as Tecnologias em saúde	Porto Alegre - RS / 2011	Avaliar as tecnologias em saúde utilizadas por duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para desenvolver ações de saúde mental no território.	Estudo avaliativo qualitativo tipo estudo de caso, utilizando pressupostos da Avaliação de Quarta Geração, por meio de observação participante e entrevista individual com 14 profissionais de duas equipes de uma unidade de saúde da família.	Os profissionais utilizam tecnologias para a inclusão da saúde mental no território, tais como acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, consulta médica e grupo terapêutico. O acolhimento é realizado pelos téc. de enfermagem, as visitas pelas agentes de saúde, consultas com enfermeiro e médico, contudo, na discussão do caso participam todos os profissionais da ESF.	O momento do acolhimento permite a expressão de sofrimento, necessidades, dúvidas e afetos, optando pelo uso das tecnologias leves. Considerou-se o valor da escuta e do acolhimento como essenciais no trabalho em saúde, enquanto importantes estratégias de tratamento e de reinserção social por meio do estabelecimento de vínculo com o paciente no contexto do território.
Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação.	Porto Alegre - RS / 2017	Analisar as portarias do Ministério da Saúde (MS) no que diz respeito ao acolhimento ao trabalhador-usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando articular os temas saúde do trabalhador e saúde mental, focando no fazer dos profissionais da saúde e sua relação com o trabalhador-usuário.	Análise documental, com leitura, discussão e comparação de objetivos e ações envolvendo as portarias relativas à assistência em saúde mental e à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.	Há dificuldade de inserir nas práticas a articulação da saúde mental e dos trabalhadores em sofrimento psíquico. Ademais, o uso de substâncias psicoativas pode estar relacionado com o sofrimento e adoecimento relativo ao trabalho, neste sentido.	Afirma a importância de garantir o acesso e qualidade dos serviços que devem oferecer cuidado integral e interdisciplinar, com profissionais que devem estar capacitados para atuar nas demandas de sofrimento psíquico relacionado com o trabalho, envolvendo a estrutura do serviço, formação e olhar do profissional da saúde, o que está longe de ser alcançado.
Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro	Porto Alegre - RS / 2009	Compreender a concepção de saúde e a origem do sofrimento psíquico por	Estudo de caso qualitativo. Para a coleta dos dados e análise,	Na comunidade de terreiro, as terapêuticas tradicionais em saúde, como o uso de ervas, banhos,	O terreiro é um espaço marcado pelo acolhimento, aconselhamento e tratamento de seus adeptos, a partir de

		adeptos de uma comunidade tradicional de terreiro.	foram realizadas entrevistas abertas, gravadas e transcritas.	dietas e/ou ritos de iniciação foram associados a terapêuticas convencionais propostas pelo Sistema Único de Saúde, ademais, as práticas rituais e relações produzidas no terreiro permitem as trocas afetivas, a promoção e prevenção à saúde.	suas crenças e valores, que muitas vezes escapam aos saberes dos profissionais. Sugere-se uma reflexão sobre as verdades que constroem as práticas e os serviços do SUS. Quanto ao sofrimento psíquico da população negra, considera-se como resultante do desenraizamento das culturas negro-africanas.
Conversando sobre desgaste mental no trabalho e suas possibilidades de enfrentamento: uma experiência no serviço público municipal de Guarulhos	Guarulhos – SP / 2016	Apresentar uma experiência no campo da saúde mental relacionada ao trabalho realizado por equipe de psicologia com servidores do serviço público municipal de Guarulhos.	Relato de trabalho de acolhimento em grupos com servidores que associam seu desgaste mental ao trabalho, para proporcionar um espaço de reflexão coletiva sobre os fatores que levam ao sofrimento psíquico.	A partir da participação em grupos para acolher os servidores que associavam seu desgaste mental ao trabalho, os participantes se identificaram uns com os outros, sentindo-se acolhidos e apoiados, encontrando suportes para o enfrentamento das situações de sofrimento, além do seu fortalecimento psíquico com a saída gradativa do isolamento.	Tratar desse tema envolvendo também as chefias colaborou para ampliar espaços de discussão da relação entre saúde mental e trabalho, a partir de reflexões que pudessem repercutir em mudanças organizacionais, permitindo que relações interpessoais possam se estabelecer de formas mais solidárias e colaborativas.
Evasão nas unidades de acolhimento: discutindo seus Significados	Rio de Janeiro / 2014	Discutir os significados da evasão de adolescentes de duas Unidades de Acolhimento (UAs), tanto para estes quanto para os profissionais.	Abordagem qualitativa, observações de campo e entrevistas com 30 adolescentes e 47 profissionais, utilizando-se o método da história Oral.	Adolescentes e profissionais tem concepções opostas sobre o processo de evasão, o que afeta o processo de acolhimento dos jovens que veem a instituição como um lugar de aprisionamento. Nas ruas eles criam suas próprias regras, respeitando-as, diferente do que ocorre nas UAs.	A falta de capacitação e supervisão dos profissionais afeta o processo de acolhimento. As regras precisam ser construídas em parceria entre profissionais e adolescentes, desenvolvendo um trabalho consistente e integrado com as equipes em torno dos verdadeiros objetivos das unidades de acolhimento.
Laços entre família e	Santos-SP / 2015	Discutir a participação	Pesquisa qualitativo,	Para os familiares, a dificuldade de	Essa articulação entre equipamentos de

serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico		dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico.	feita por meio de observação participante em atividades com usuários, familiares e profissionais de um serviço de atenção psicossocial e em reuniões de um movimento social em Saúde Mental. Foram realizadas ainda entrevistas semiestruturadas com usuários e familiares.	frequentar o serviço de saúde mental tem relação com a falta de tempo. Além disso, a maioria deles não frequentam os serviços por não se sentirem acolhidos, porque em momentos de necessidade não se ofereceu uma escuta.	saúde mental e família está ainda em desenvolvimento e apresenta fragilidades. Os profissionais devem oferecer apoio e escuta a família e convidá-la para atividades na rede de saúde mental, reconhecendo a importância de seu papel para o cuidado do usuário.
Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica	Botucatu-SP / 2012	Investigar se a dificuldade em se acolher o sofrimento psíquico nas unidades de atenção básica se deve à inadequação epistemológica do paradigma hegemônico.	Revisão de literatura, sendo levantada a temática emergente e realizado um levantamento sobre as bases teóricas utilizadas pelos autores dos textos.	O paradigma que rege a medicina contemporânea tem como elementos constituintes: a fragmentação, o reducionismo, a especialização, a visão dualista do homem e o crescente foco no tecnicismo diagnóstico e terapêutico.	O paradigma é limitado e, às vezes, ineficaz para o acolhimento do sofrimento psíquico, que demanda integralidade de atenção, respeito às singularidades e conhecimento das condições de vida do indivíduo.
Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental.	Fortaleza – CE / 2014	Identificar os referenciais teóricos que norteiam a prática clínica de enfermagem em saúde mental.	Estudo qualitativo, realizado por meio de entrevista semiestruturada com enfermeiros que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza/CE	Emergiram cinco categorias: referencial das teorias de enfermagem; referencial biomédico; referencial das práticas alternativas; referencial da política de redução de danos; e o referencial da psicanálise.	Identificou-se que nem sempre havia uma relação coerente entre o referencial mencionado e a produção do cuidado em saúde mental. Algumas estratégias foram mencionadas de forma pontual e desarticuladas dos seus princípios e diretrizes. Os enfermeiros relataram encontrar barreiras para desenvolver o cuidado pautado em práticas alternativas

					de saúde. Alguns discursos refletiram uma abordagem centrada em um modelo biomédico, com intervenção baseada na prescrição medicamentosa e na internação. Percebe-se que ainda são insuficientes as modificações ocorridas no âmbito dos serviços até o momento.
Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial.	Ceará / 2013	Compreender experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial.	Entrevista semiestruturada, o grupo focal e a observação participante.	As observações no campo da atenção domiciliar demonstraram que os atendimentos em domicílio encontram-se predominantemente centrados na questão medicamentosa, na prescrição de receitas e na sintomatologia apresentada pelo usuário com transtorno mental. Não se identificaram ações que objetivassem estimular as famílias a participarem ativamente do projeto terapêutico dos usuários. Observou-se o desejo das famílias de serem inseridas no cuidado em saúde Mental.	Faz-se necessário reavaliar como as práticas estão sendo operadas. As visitas domiciliares precisam ser tomadas pela equipe do CAPS como uma atividade de cuidado direcionada também para as famílias cuidadoras. Devem ser desenvolvidas de maneira compartilhada com a equipe da ESF, focando não somente os aspectos prescritivos e biológicos, mas também a atenção psicossocial.
Fonoaudiologia e saúde mental: reorientando o Trabalho na perspectiva da atenção psicossocial.	Brasília – DF / 2014	Realizar uma análise descritiva da experiência de reorientação do processo de trabalho desenvolvido pelo serviço de	Parte dos resultados de pesquisa desenvolvida na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	A clínica desempenhada ainda não afirmava o processo de desinstitucionalização do cuidado à saúde mental das crianças, embora houvesse transformação das	Propôs-se a reorientação do trabalho a partir da criação de novos dispositivos clínicos no sentido da desinstitucionalização e do cuidado interdisciplinar. Estas transformações,

		Fonoaudiologia de um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil		práticas de saúde mental, tais como: fortalecimento do acolhimento enquanto uma escuta qualificada; proposta coletiva de atendimento organizado de forma semi-intensiva; realização de oficinas terapêuticas com pais e cuidadores; ações intersetoriais discutir avanços e dificuldades no cuidado ampliado.	embora longe de serem suficientes e totalizantes, demonstram o empenho da equipe em buscar afirmar outra lógica de cuidado, que supere o modelo de atenção tradicional centrado nos sintomas e na medicalização.
Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil.	Fortaleza – CE / 2012	Interrogar-se como as experiências desenvolvidas no Movimento de Saúde Mental Comunitária se constituem efetivamente como práticas de cuidado inovadoras em saúde mental, na perspectiva dos usuários desse dispositivo.	Estudo de caso, em uma vertente crítica interpretativa, empregando como técnicas, entrevistas e grupos focais.	Os usuários descrevem práticas com ênfase no sujeito social doente, não mais na doença; acolhimento como fundamento propositivo das ações; co-produção de diálogos genuínos com múltiplos atores envolvidos; e construção da autonomia e fortalecimento do poder pessoal. Terapia comunitária, massoterapia, grupos de autoestima e de biodança sugerem a presença de inovação na prática de cuidado.	As práticas de cuidado tecidas no cotidiano do Movimento implicam desconstrução com o modelo tradicional de atenção à saúde mental, potencializando novas formas de cidadania, desse modo, contribuindo para a desinstitucionalização.
Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista	Alegrete - RS / 2013	Identificar as ações de atenção à crise no território e os sentidos que as envolvem, partindo das práticas discursivas dos profissionais.	Estudo qualitativo, sendo realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais do CAPS e diários de campo das observações.	A atenção a crise no território ocorre: pela responsabilização pelo cuidado da crise no território utilizando os recursos existentes no território, como o Pronto-socorro; acompanhamento do usuário em crise durante internação, sob a nova lógica de desinstitucionalizaç	O fato de estar disponível para acolher a crise é de extrema importância para a criação de vínculos com o sujeito, seus familiares e a comunidade. Liberdade, reciprocidade, contratualidade e responsabilização pelo cuidado nos

				<p>ção; criação de vínculo e construção de uma relação de reciprocidade entre usuário e profissional; e por meio da prevenção das situações de crise e seu agravamento.</p>	<p>diferentes serviços que compõem a rede substitutiva ao manicômio são os novos sentidos necessários aos serviços substitutivos para superação do manicômio e dos sentidos de exclusão.</p>
<p>Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber.</p>	<p>Bela Vista - SP /</p>	<p>Relatar uma experiência de parceria entre um Centro de Atenção Psicossocial e três equipes do Programa Saúde da Família.</p>	<p>Relato de Experiência.</p>	<p>O trabalho de parceria do CAPS com o PSF é do tipo apoio matricial, tendo como princípio a co-responsabilização pelos pacientes. Estabelecem-se intervenções, encontros, articulações, circulação de saberes e acontecimentos no território do sujeito que está implicado e através da visita domiciliar são realizados atendimentos conjuntos, para que ambas as equipes entendam a complexidade de cada grupo familiar.</p>	<p>A equipe de apoio matricial é pequena diante da grande demanda existente na região, os serviços encontram-se dispersos e isolados, dificultando a criação de uma rede articulada. Torna-se ainda necessário ampliar a capacidade de escuta dos trabalhadores, possibilitando pensar juntos em intervenções que possam acolher o sujeito em sofrimento e ajudar as famílias a superar suas dificuldades. Compreender o território onde as pessoas vivem requer mudanças de olhares, ações, investimentos.</p>
<p>Promoção da saúde mental: ações dos enfermeiros Inseridos na Atenção Primária.</p>	<p>Minas Gerais / 2013</p>	<p>Descrever as ações dos enfermeiros na promoção em saúde mental inseridos na atenção primária.</p>	<p>Estudo quantitativo, realizado com 45 enfermeiros, por meio de entrevista semiestruturada.</p>	<p>Dentre as ações destacou-se acolhimento a partir do primeiro contato, orientações e apoio familiar. Porém a maioria não realiza atividades coletivas como grupos terapêuticos, dinâmicas, genograma familiar e educação em saúde. 68,9% dos enfermeiros sentem-se despreparados para lidar com a saúde mental.</p>	<p>Realizam ações de promoção em saúde mental que favorecem a relação terapêutica. Contudo, não evidencia-se no estudo ações capazes de envolver o indivíduo na comunidade. As orientações, quando realizadas em grupo, garantem maior envolvimento dos indivíduos e familiares junto à USF.</p>

<p>Psicólogos no processo de Reforma Psiquiátrica: Práticas em desconstrução?</p>	<p>Natal – RN / 2009</p>	<p>Pesquisa qualitativa feita a partir de entrevistas semiestruturadas e observações sistemáticas orientadas por um olhar cartográfico.</p>	<p>Investigar a relação entre a formação acadêmica recebida nos cursos de graduação e as demandas de trabalho, e um mapeamento das atividades realizadas pelos psicólogos no cotidiano dos serviços.</p>	<p>Encontrou-se um distanciamento entre os conteúdos discutidos na universidade e as questões presentes no cotidiano do serviço. As principais atividades realizadas foram: acolhimento dos usuários, triagens, coordenação e participação de oficinas diversas, grupos operativos e terapêuticos e atendimentos individuais.</p>	<p>Deve-se pensar o lugar da clínica como um trabalho de busca constante de novas propostas de entendimento e intervenção nas formas contemporâneas de sofrimento psíquico, mediante a dinâmica e as demandas específicas dos serviços públicos de saúde</p>
<p>Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários.</p>	<p>Fortaleza – CE / 2015</p>	<p>Compreender experiências de usuários em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no que concerne à qualidade do cuidado conferido pelos profissionais</p>	<p>Abordagem qualitativa, alinhada à vertente hermenêutico-Crítica, realizando entrevista não estruturada e a observação sistemática.</p>	<p>O acesso, a escuta e o acolhimento em crise foram aspectos relacionados à humanização do cuidado em saúde mental, de acordo com os usuários. É realizado o Plantão Psicossocial onde profissionais de saúde se revezam para realizar atendimentos em situação de crise psiquiátrica, onde o usuário é acolhido, medicado e, se o usuário não apresentar melhora, o SAMU é acionado para direcioná-lo para internação em hospital psiquiátrico. Na clínica ampliada as ações são realizadas a partir de uma equipe multiprofissional, exceto a categoria médica, que realiza apenas consultas individuais. São desenvolvidas</p>	<p>Embora haja entraves e desafios assistenciais, os aspectos da assistência apontados pelos usuários dos dispositivos analisados, tais como o acolhimento, a ambiência, a boa interação entre profissionais e usuários, o monitoramento medicamentoso e a humanização, corroboram com os ideais da Reforma Psiquiátrica e sinalizam que a reorientação do modelo de atenção em saúde mental já se capilariza no cotidiano das práticas de cuidado.</p>

				práticas intersetoriais, destacando a articulação entre CAPS e atenção básica.	
Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família.	São Paulo / 2011	Identificar e analisar na produção científica as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde da família na atenção à saúde mental.	Pesquisa bibliográfica.	Assim como existem profissionais que realizam a assistência de acordo com os princípios do SUS com práticas de integralidade e resolutividade, há outros que se omitem a oferecer esses cuidados. As ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não apresentam uniformidade em sua execução e ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor	Os profissionais devem apropriar-se de novas práticas para desenvolverem uma assistência de maneira integral, rumo à reabilitação psicossocial e à construção de cidadania, buscando conhecimento para dar suporte aos seus familiares. Para tanto, há necessidade de investimentos para qualificação dos profissionais através de capacitação permanente.
Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde.	Porto Alegre – RS / 2015	Descrever o processo de implantação do acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico em uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS)	Relato de Experiência	O acolhimento deve ser integral, logo, ao se criar um acolhimento específico em saúde mental gera uma cisão dos sujeitos. Refletiu-se ainda sobre a tarefa de acolher ser de responsabilidade de toda a equipe. Identificou-se que a organização inicial proposta estava em contradição aos atributos da APS de acesso e integralidade. Com as reformulações, destaca-se a apropriação de toda a equipe de saúde pelo acolhimento dos casos de saúde mental, assim como a criação de espaços coletivos de troca	Percebeu-se a importância da equipe de saúde acolher os aspectos subjetivos em todas as ações que desenvolve e que não é estratégico criar um momento ou espaço exclusivo de acolhimento em saúde mental. Desta forma, auxilia na reorganização do processo de trabalho no que se refere à atenção em saúde mental, possibilitando a criação de novos modos de agir e intervir da equipe e impulsiona a corresponsabilização pelas várias dimensões do adoecer e do sofrimento psíquico.

				entre os profissionais, para discussão dos casos complexos. O processo de trabalho do psicólogo é baseado na lógica do apoio matricial.	
As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde Mental no Programa Saúde da Família.	Rio de Janeiro / 2011	Descrever as estratégias utilizadas pelos “enfermeiros da família” no cuidado com pacientes em sofrimento psíquico.	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, cujos dados foram obtidos através de entrevistas abertas com 20 enfermeiros das ESFs.	Existe desconhecimento por parte dos enfermeiros sobre o termo sofrimento psíquico. Ao se depararem com um portador de sofrimento, imediatamente encaminham-no aos profissionais especialistas da saúde mental. Não demonstram disponibilidade para o acolhimento, a escuta, a formação de vínculos e o apoio social destas pessoas. Das vinte entrevistas, apenas sete mostram com clareza que estão buscando meios em meio às dificuldades, estratégias para atender à demanda de sofrimento da comunidade.	A dificuldade e/ou o desconhecimento por parte dos profissionais enfermeiros em lidar com portadores de sofrimento psíquico, faz com que haja repercussão direta no distanciamento de uma prática pautada nos princípios do SUS. A rede social deve articular-se a fim de promover melhoria nas condições de saúde e de vida das pessoas.
As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social.	São Carlos – SP / 2008	Compreender como ocorrem as práticas de inclusão social voltadas para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, no intuito de contribuir para a avaliação deste serviço.	Entrevistas semi-estruturadas feita a onze funcionários do CAPS, realizando-se Análise do Discurso.	Os profissionais identificam dificuldades no cotidiano do serviço, devido à ausência de formação dos profissionais de saúde mental para a atuação na perspectiva da atenção psicossocial. Relatam insuficiência do número de	As práticas consideradas de inclusão social, dentro do serviço substitutivo, que são, por sua vez, condizentes com as representações do modelo tradicional psiquiátrico, podem ser superadas a partir das discussões dentro das equipes interdisciplinares. Assim, o projeto institucional que

				funcionários e a necessidade de inclusão de outros profissionais para a realização de oficinas, visitas domiciliares e abordagem com as famílias.	sustenta as ações do CAPS também deve apresentar clareza em suas diretrizes.
Autoria em Blog por Pessoas em Sofrimento Psíquico: Aprendizagem Compartilhada, Reconhecimento e Promoção da Saúde Mental.	Maceió - AL / 2013	Discutir a potencialidade de oficinas de informática na saúde mental.	Relato de experiência da realização de 12 oficinas de blog, desenvolvidas com 4 usuários, em um CAPS. foram utilizadas a observação participante, a criação de diário de campo e entrevistas semi-estruturadas.	As oficinas permitiram o estabelecimento de laços e de afetividade entre os integrantes, produzindo vínculo, acolhimento e inclusão. O uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC) possibilita às pessoas em sofrimento psíquico divulgar suas produções, trabalhar as suas capacidades e possibilitar a produção em autoria através da apropriação das diversas ferramentas da web.	O blog constituiu um espaço de expressão, aprendizagem compartilhada, troca de experiências, reconhecimento e promoção da saúde mental.
Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil.	Minas Gerais / 2012	Descrever os elementos que compõem os desafios acerca da reabilitação psicossocial na rede de cuidados em saúde.	Revisão bibliográfica	Dentre os principais desafios destacam-se as questões relacionadas ao acolhimento dos portadores de sofrimento mental nos serviços constituintes da rede de cuidados. Além da articulação entre os serviços substitutivos e a atenção primária.	Não realizando o acolhimento enquanto figura central no processo de trabalho das equipes da atenção primária, poderemos repetir em novos ambientes antigas práticas, criando outro tipo de manicômio, sem muros, mas que continua a ter a segregação e a exclusão.
Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais.	João Pessoa – PB / 2017	Problematizar sobre os desafios da desinstitucionalização no cuidado em saúde mental a partir de um Centro de Atenção	Encontro com os profissionais, gestores e usuários do CAPS, registrados em diários de campo e/ou gravados.	Os espaços comunitários e suas estratégias de produção de vida são, em sua maioria, invisibilizados. Mesmo sugerido, por uma das pesquisadoras, o mapeamento do	Para os profissionais do CAPS, a atenção básica continua incapaz de produzir ou coordenar projetos terapêuticos singulares que englobem as potencialidades do

		Psicossocial (CAPS).		território, os profissionais não se articularam para fazê-lo. Ainda, o matriciamento com a rede de atenção a saúde mental é realizado por apenas um dos profissionais do CAPS. Apontam ainda a falta de interesse e apropriação teórica da equipe de ESF para discutir os casos que demandam cuidado em saúde mental em seu território.	território na produção do cuidado. Para efetivar a reforma psiquiátrica é preciso possibilitar que o usuário produza vida para além dos equipamentos da saúde, que possa construir trocas simbólicas nas ruas de sua cidade, exercitando a cidadania.
Reinserção social de portadores de 13 sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.	Rio de Janeiro / 2013	Analisar a visão dos usuários de um serviço de saúde mental acerca da reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico.	Entrevista semiestruturada com 20 usuários de um CAPS.	O CAPS é percebido como um local de acolhimento, enfatizando o carinho e respeito dos profissionais. Eles tornam possível o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais. Contudo, os usuários sofrem preconceito por frequentar o serviço. Apenas 03 usuários declararam trabalhar.	A reinserção ainda não atingiu outros espaços que não o próprio CAPS. As mudanças de paradigma na saúde mental não devem ocorrer somente dentro dos serviços, mas também fora deles. É preciso planejar ações no sentido de desmistificar a loucura.
Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local.	Rio de Janeiro / 2009	Mapear as modalidades de atenção em saúde mental desenvolvidas numa unidade de saúde mista.	Estudo de caso a partir de observação participante, na condução de entrevistas semiestruturadas com profissionais da unidade de saúde e da equipe de Saúde da Família e na coleta de informações dos prontuários.	São realizados: atendimentos psicoterápicos, na modalidade de consultas Individuais, consulta psiquiátrica com avaliação, prescrição e manutenção do uso de medicamentos psicoativos. Além de realização de grupos enquanto campo potencial de troca, pactuação e integração na vida social. Apontam problemas quanto a	A acessibilidade aos cuidados em saúde mental na atenção básica é um problema a ser considerado. Nas ações ainda predomina o modelo biomédico de organização da atenção à saúde, a psiquiatrização do cuidado em saúde mental, a burocratização do processo de trabalho e o centramento nas ações intramuros.

				porta de entrada no serviço, pois há uma lista de espera.	
Os outros também têm problemas: a percepção dos usuários acerca de uma prática de acolhimento em saúde mental na atenção básica em saúde.	Porto Alegre - RS / 2014	Investigar a percepção dos usuários acerca do Acolhimento Coletivo em Saúde Mental de uma unidade de atenção básica.	Pesquisa qualitativa, realizando entrevistas semi-estruturadas individuais com usuários de uma unidade de atenção básica em saúde.	Há o predomínio de concepções centradas na individualização, na patologização e medicalização do sofrimento, que são reforçadas pela forma como a equipe acolhe as demandas e oferece o cuidado.	O dispositivo em questão precisa potencializar sua capacidade de corresponsabilizar equipe, usuários, comunidade e rede de saúde e intersetorial, promovendo um cuidado voltado à promoção de autonomia e cidadania, assim como à consolidação da Reforma Psiquiátrica e Sanitária.
Contando e encantando histórias de vida em um centro de atenção psicossocial.	São Paulo / 2010	Relatar a experiência de criação de um grupo de contação de histórias em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	Relato de Experiência.	Por meio da apropriação de contos milenares, histórias do cotidiano e experiências de vida dos próprios participantes, é criado um espaço no qual cada um pode se aproximar de suas emoções, fantasias, pensamentos e medos de maneira metafórica e lúdica, potencializando possibilidades de compreensão do funcionamento psíquico.	Nesse espaço de escuta, acolhimento, lembranças e ressignificação de sentidos, os participantes podem experimentar a si mesmos em outras possibilidades do existir.
Concepções de terapeutas ocupacionais acerca da linha do cuidado em saúde mental.	São Paulo / 2012	Conhecer as concepções dos terapeutas ocupacionais acerca da linha do cuidado em saúde mental.	Questionário encaminhado via rede virtual de contatos e técnica bola de neve, respondidos por 15 terapeutas. Os dados foram submetidos à análise qualitativa.	Em relação à concepção da linha do cuidado, seis participantes não responderam e cinco desconhecem a expressão, seguida da concepção relacionada aos princípios da reabilitação psicossocial e do projeto terapêutico, onde apenas uma resposta identificou que se trata de uma prática baseada na gestão do cuidado com princípios de	As práticas dos profissionais são pouco pautadas na lógica da linha do cuidado, no entanto destaca-se a necessidade de sistematização da atenção segundo esta para efetuação da Reforma Psiquiátrica.

				acolhimento e articulação de redes sociais e serviços.	
Centro de atenção psicossocial III: construção e desenvolvimento das ações de enfermagem.	Rio de Janeiro / 2017	Caracterizar a equipe de enfermagem do CAPS III; descrever as ações realizadas pela equipe de enfermagem neste Centro; analisar como as ações de cuidado de enfermagem se constituem no mesmo.	Estudo qualitativo de abordagem descritiva e exploratória, por meio de entrevista semiestruturada.	A equipe de enfermagem realiza atividades interna no CAPS e atividades extramuros, como matriciamento e visita domiciliar. O acolhimento noturno é realizado, na maioria das vezes, somente pela equipe de enfermagem. O tempo para a escuta é valorizado.	A equipe de enfermagem desenvolve suas ações usando ferramentas para um cuidado terapêutico que converge para a desinstitucionalização e reinserção social. Busca e se interessa por realizar um bom cuidado em saúde mental e possui total envolvimento com as questões sócio-históricas que perpassam esse cuidado.