

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**CARTOGRAFIA DA REINVENÇÃO DE UMA REDE DE  
ACOLHIMENTO, CUIDADO E INTEGRALIDADE EM  
SAÚDE**

Autora: Eliana Maria Manfroi  
Professora Orientadora: Dra. Sandra Djambolakdjian Torossian

São Leopoldo, abril de 2008

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

M276c

Manfroi, Eliana Maria.

Cartografia da reinvenção de uma rede de acolhimento,  
cuidado e integralidade em saúde / autora: Eliana Maria  
Manfroi. – 2007.

120 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio  
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,  
2007.

“Orientadora: Dra. Sandra Djambolakdjian Torossian”.

1. Saúde pública – Brasil. 2. Cuidados com os doentes.  
3. Doentes mentais – Cuidado e tratamento – Caxias do Sul  
(RS). 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). 5. Psicologia  
social. 6. Psicologia clínica. I. Título.

CDU – 159.9

Catlogação na publicação:  
Bibliotecário Flávio Nunes – CRB 10/1298

## **Agradecimentos**

Agradeço a meu filho, Pedro, pelas ausências da mãe, mesmo quando presente, em casa, na frente do computador, estava imersa em outro *território*;

À minha amiga e orientadora Sandra Torossian, pela ousadia e coragem em me permitir voar livremente por *territórios diversos*, até que minha *atenção* pousasse em um porto seguro, onde lá estava ela, a me esperar;

Aos professores Alcindo Ferla, Luciana Castoldi e Neuza Guareschi, pela sua generosidade em ofertar seus *olhares*, enriquecendo meu *olhar*;

Aos meus pais, pelo apoio integral e incentivo permanente;

Ao Fernando, pela escuta incondicional, acolhimento e afeto nos momentos em que eu me perdia em meu próprio *território*;

À equipe do CAIS Mental pela confiança em permitir que eu adentrasse em seu *território* e participasse de sua *desconstrução e reconstrução*;

Aos usuários do SUS de Caxias do Sul, pela sua tolerância em esperar por um cuidado de saúde mais humano e resolutivo. Esse trabalho é para vocês.

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2. SEÇÃO 1 – Cartografia da Reinvenção de uma Rede de Acolhimento, Cuidado e Integralidade em Saúde.....</b>	<b>07</b>
<b>3. SEÇÃO 2 – Tecendo Reflexões sobre o Acolhimento, Integralidade e Produção do Cuidado em Saúde: Em Busca do Fio da Meada.....</b>	<b>56</b>
<b>4. SEÇÃO 3 – Acolhimento, Integralidade e Cuidado em Saúde: Cartografando a Metamorfose das Práticas em um Serviço de Saúde Mental.....</b>	<b>72</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>97</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>98</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>111</b>

## **Resumo**

A presente dissertação relata as transformações nas práticas de acolhimento, cuidado e referência dos usuários de um ambulatório de saúde mental para crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS) de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, em 2007. A concepção de investigação escolhida foi a da pesquisa-intervenção e a cartografia, o método para registrar as metamorfoses desse território. A qualificação do acolhimento realizado pelo serviço, através do aperfeiçoamento dos instrumentos de referência e contra-referência dos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o ambulatório, foi o principal efeito da intervenção.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Integralidade; Linha de Cuidado; Referência.

## **Abstract**

This paper reports the changes in the practice of receptiveness, health care and referentiation of the patients at the mental health clinic for children and adolescents belonging to Unified National Health System (SUS) in the city of Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, in 2007. The choice for the concept of investigation was the intervention research and cartography, the method recording the metamorphosis of this territory. The qualification of the receptiveness carried out by the service based on the improvement of reference and counter-reference tools of patients at Basic Health Units (UBS) for the clinic was the main effect of the intervention.

**Key words:** Receptiveness; Integral Care; Continuum care; Referentiation.

## 1. APRESENTAÇÃO

Uma trama, um enredamento, proposto por esta cartografia é de que o encontro, produtor de Acolhimento e Cuidado, entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, torna-se produtor e produto desta interação, num legítimo processo autopoietico. É com essa perspectiva que as práticas dos profissionais de saúde, através do Acolhimento, são tomadas nesta dissertação, enquanto relações e redes de conversações entre os sujeitos implicados no ato do Cuidado – profissionais, equipes e usuários. A integralidade é um valor, uma *postura*, e é no plano das práticas dos profissionais e no cotidiano dos serviços de saúde que ela acontece. Terreno fértil, estes cenários produtores de saúde estão prenhes de potência inventiva para colocar em análise tais práticas e transmutá-las.

Convido o leitor a ingressar em uma dessas paisagens - um serviço de saúde mental do Sistema Único de Saúde - e acompanhar a metamorfose de um território e a reconfiguração de suas práticas de acolhimento e de cuidado. Como um viajante, encontrará primeiramente o relatório da cartografia e o percurso da atenção da cartógrafa pela paisagem psicossocial escolhida.

Em seguida, trazemos o artigo *Tecendo reflexões sobre o acolhimento, integralidade e produção do cuidado em Saúde: em busca do fio da meada* que propõe algumas tramas e enredamentos entre os constructos apresentados em seu título: acolhimento, integralidade e cuidado.

E, por último, propomos o artigo *Acolhimento, Integralidade e Cuidado em saúde: cartografando a metamorfose das práticas em um serviço de saúde mental*, que será

submetido à publicação no periódico Cadernos de Saúde Pública. Esse artigo traz novamente a cartografia da metamorfose do território visitado e a da própria pesquisadora-interventora, que também se transmuta durante o processo de investigação e tem sua atenção tocada por novas possibilidades e novos territórios na produção do conhecimento.

Pedimos escusas, antecipadamente, pelas repetições que certamente serão encontradas neste percurso da escrita, mas temos a convicção de que serão lidas sempre com um novo olhar, pois assim como o pesquisador é modificado pelo ato de investigar, também o é o leitor.

## SEÇÃO 1 – RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**CARTOGRAFIA DA REINVENÇÃO DE UMA REDE DE  
ACOLHIMENTO, CUIDADO E INTEGRALIDADE EM  
SAÚDE**

Autora: Eliana Maria Manfroi  
Professora Orientadora: Dra. Sandra Djambolakdjian Torossian

São Leopoldo, abril de 2008

## Sumário

<b>1. Introdução.....</b>	<b>10</b>
1.1 Dimensões da integralidade, do acolhimento e do cuidado.....	12
1.2 Linhas de cuidado: Tecendo redes de conversações.....	20
1.3 As práticas em saúde e a Psicologia.....	23
<b>2. Percurso metodológico.....</b>	<b>25</b>
2.1 A implicação de intervir.....	25
2.2 A cartografia.....	29
2.3 A paisagem psicossocial.....	31
<b>3. Colheita e produção de dados.....</b>	<b>36</b>
3.1 A referência e a contra-referência.....	37
3.2 Casos nada exemplares.....	39
3.3 Um novo olhar.....	42
3.4 Nova referência, velha resistência.....	44
3.5 Novos olhares depondo sobre as mudanças.....	47
<b>4. Acolhendo o inesperado.....</b>	<b>47</b>
<b>4. Produção bibliográfica.....</b>	<b>55</b>

## 1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um território em construção. A necessidade de encontrar uma nova maneira de se produzir saúde na rede de serviços públicos vem do reconhecimento de que os modelos atuais de ordenamento das práticas de cuidado já perderam sua rota original: a do cuidado integral, acolhedor, resolutivo e promotor de projetos de vida individuais e coletivos. Refletir e enfrentar essa temática, na busca de um agir comprometido com uma mudança no modelo de atenção em saúde, que (re)conduza ao eixo dos princípios e diretrizes do SUS, inspirando novas práticas, é tarefa de todos os profissionais e atores do campo da saúde.

Entre os princípios do SUS, destacamos a *integralidade* e sua diversidade de sentidos, dos quais sublinhamos o de constituir-se em um atributo das práticas dos profissionais do campo da saúde, independentemente de se darem em instituições públicas ou privadas. Sem a pretensão de esgotar as discussões em torno do tema, este estudo buscou conhecer as práticas dos profissionais de saúde, notadamente dos psicólogos, com foco na escuta desses profissionais aos usuários dos serviços, através do dispositivo do *acolhimento*, considerado um dos componentes fundamentais da atenção integral à saúde.

A escolha do tema para a realização do Mestrado em Psicologia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos encontra ressonância na trajetória profissional da autora no SUS de Caxias do Sul - RS. O ingresso na rede pública de saúde deste município, em 2001, como psicóloga clínica em ambulatório de atenção às vítimas de violência, descortina um universo de possibilidades e de complexidade crescentes, além do consultório privado onde

trabalhava desde sua graduação, em 1994, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

O SUS era, então, um território inexplorado, sequer mencionado durante os anos da academia e, a saúde coletiva, um horizonte ilusoriamente distante da formação. O passo seguinte foi adentrar em outro cenário, o do Conselho Municipal de Saúde de Caxias do Sul, como conselheira representante da categoria profissional dos psicólogos. Ainda no mesmo ano de 2001, a participação nas conferências de saúde mental levaram a autora à Brasília, na etapa nacional, integrando o grupo de delegados do Estado. A entrada nesses novos territórios redimensionou o papel e a trajetória profissional da pesquisadora, com a opção pela defesa e construção do SUS.

Em 2003 surge o convite para a gestão do ambulatório de saúde mental do município, o CAIS Mental, e o projeto de transformá-lo no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na direção da mudança do modelo de atenção em saúde mental, preconizado pela reforma psiquiátrica brasileira. Em 2005, novo desafio se apresenta, com o convite para compor a equipe de implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), também em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, em qualificar o SUS. A Educação Permanente intervém desde a formação dos profissionais nos cursos de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde, e na reflexão sobre as práticas no cotidiano dos serviços. É neste território que a autora está até os dias atuais, no papel de facilitadora dessa estratégia e na interface com todos os serviços e equipes de saúde do SUS de Caxias do Sul.

Apresentaremos inicialmente os marcos teóricos que balizaram nossa intervenção e os constructos que nos ajudaram no andar da pesquisa. Nossos objetivos estão permeados em todo o texto e a relevância do tema está pontuada desde a primeira frase do parágrafo inicial da introdução. O percurso metodológico vem na seqüência do relatório, seguido da apresentação, análise e discussão dos resultados.

Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, através do processo de número 08/003 e pelo Comitê de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, sob o protocolo de número 077/08. Todos os depoentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também aprovado pelos Comitês citados, sendo que o mesmo encontra-se no anexo 1 deste relatório.

#### 1.1 Dimensões da integralidade, do acolhimento e do cuidado

Compondo as equipes multidisciplinares das diversas instâncias da rede SUS, estamos nós, os psicólogos, ainda que em número reduzido se comparado a outras categorias profissionais, como médicos e enfermeiros. Todavia, continuamente ampliam-se os espaços de in(ter)venção da Psicologia, não apenas nos serviços especializados de saúde mental, mas também na atenção básica, na gestão de serviços e no planejamento das políticas públicas em saúde. Na mesma proporção, cresce a responsabilidade com a construção coletiva desse novo paradigma de cuidado, o SUS, enquanto modelo que não está dado, mas em processo de construção (Benevides, 2005).

O Sistema Único de Saúde é o resultado do movimento social conhecido como Reforma Sanitária Brasileira que, nas décadas de 70 e 80, associa as mudanças na área da

saúde à conquista da democracia, emergindo do processo político mais amplo de redemocratização do país. A nova Constituição Federal, de 1988, incorpora os pressupostos indicados pelo movimento da Reforma Sanitária, e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) operacionaliza as disposições constitucionais, instaurando as diretrizes e princípios do SUS: a *Integralidade*, a *Equidade*, como igualdade na atenção, de acordo com as necessidades de cada usuário e a *Universalidade*, enquanto acesso universal a todos, sem distinções ou restrições (BRASIL, 2006a).

No texto constitucional brasileiro, a *Integralidade* da assistência é descrita “*como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (Brasil, 1990). Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) publica documento ratificando os dispositivos da atenção integral, onde inclui “o acolhimento de todos os usuários, a produção de vínculo entre eles e a equipe de saúde” como um aspecto fundamental do modelo de cuidado desejado pelo SUS (BRASIL, 2005, p. 19).

O Movimento Sanitarista propunha, ainda, uma ruptura com um modo hegemônico de produção de saúde, construído a partir dos referenciais científicos positivistas da Modernidade e do saber médico especializado (BRASIL, 2005). Luz (1998) denomina e caracteriza a *racionalidade científica moderna* pela fragmentação tanto da natureza como do sujeito do conhecimento, o ser humano. A já conhecida comparação do corpo humano a uma máquina, como base para compreender o funcionamento do todo a partir das propriedades de suas partes, tomadas isoladamente, traduz, de forma simples, mas eficaz, o modelo então predominante na saúde (Capra, 1990, p.116). A Medicina, ao alcançar o

status de prática científica, passa a constituir-se em referencial para a formação dos outros profissionais do setor saúde (Brasil, 2005).

Houaiss (2001, p.1630) inclui pela primeira vez o vocábulo *Integralidade* no dicionário, indicando seu sentido léxico: “s.f. **1.** qualidade do que é integral **1.1** reunião de todas as partes que formam um todo; totalidade, completude”. Na etimologia da palavra está o adjetivo *integral*, também definido por Houaiss como “aquilo que não sofreu qualquer diminuição ou restrição” (p. 1630).

A busca pela definição de *Integralidade* da atenção em saúde tem sido um campo de pesquisa, saberes e de práticas com muitas vozes e muitos sentidos, daí advindo seu caráter polissêmico e polifônico (Cecílio, 2001, 2005; Franco e Merhy, 2005; Merhy, 1998, 2002; Pinheiro e Mattos, 2001, 2003, 2005, 2006; Pinheiro, Ferla e Mattos, 2006). Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (2001) realizam um trabalho de fôlego na construção dos sentidos da *Integralidade* à frente do Laboratório de Pesquisa Sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenando atualmente um núcleo nacional de produção de conhecimento e de pesquisa sobre a temática. O grupo de pesquisadores do LAPPIS busca compreender como os sujeitos envolvidos na relação oferta e demanda nos serviços de saúde entendem a *Integralidade*, as repercussões desse entendimento nas práticas de cuidado à saúde e, finalmente, dos resultados desse processo para os usuários do sistema.

Mattos (2001) mostra que mais importante do que uma definição de *Integralidade*, são os seus sentidos, sua polissemia. O movimento conhecido como medicina integral, foi

o primeiro sentido no uso do termo. Iniciado nos Estados Unidos, na década de 70, esse movimento criticava o fato de os médicos apresentarem uma atitude cada vez mais fragmentada diante dos pacientes, através das especialidades médicas. O avanço tecnológico, com inúmeros aparelhos e sistemas anátomo-fisiológicos, cada vez mais sofisticados, na área médica, levavam os profissionais a *recortar analiticamente* seus pacientes, através de uma área de especialização. Em contrapartida, segundo o autor, as necessidades psicológicas e sociais eram excluídas, em uma postura considerada *reducionista* (Mattos, p. 44-45) (grifos da autora).

Ao chegar ao Brasil, na década de 80, o movimento aproximou-se dos departamentos de saúde preventiva e medicina social, nas universidades, e ganha traços mais políticos, como uma resistência à falta de democracia dos governos militares, tornando-se o berço do *Movimento Sanitário*, que resultaria na criação do SUS (Mattos, 2001). A versão brasileira da medicina integral visava à transformação das políticas, dos serviços e das práticas de saúde pública e passou a ser uma bandeira de luta de todos profissionais do setor, entre eles o psicólogo.

Mattos (2001) evidencia, atualmente, três dimensões do princípio da *Integralidade*. A primeira é a que se refere aos conhecimentos e às práticas dos profissionais de saúde; a segunda enquanto dimensão da organização da rede de serviços, de forma a atender, integralmente e com qualidade, as necessidades de saúde e, finalmente, a terceira como políticas governamentais que incluam a participação social em suas diretrizes. Nesse estudo, tomaremos a primeira dimensão como eixo único de análise, sem, contudo, ceder à armadilha reducionista de ignorar as outras duas, notadamente a da organização dos serviços e dos processos de trabalho intra-equipes.



A perspectiva deste estudo é conceber a *integralidade* como um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem àqueles que os procuram, constituindo antes uma *postura* do que um dispositivo puramente técnico. É ainda no plano das práticas no cotidiano dos serviços de saúde que se dá a produção da *integralidade*, notadamente nos aspectos relacionais entre profissionais e usuários (Merhy, 2002; Pinheiro & Mattos, 2001).

Mattos (2001) propõe que:

Talvez fosse mais útil falar da integralidade como uma dimensão das práticas. Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e portanto às suas posturas) a realização da integralidade. Mas, mesmo nesses casos limites, há que se reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade. Por exemplo, as cobranças de produtividade podem, tanto no caso de consultas médicas ou no caso das visitas domiciliares de um agente comunitário (...), impedir que se preste um atendimento integral (p. 52).

A prática do *Acolhimento* aos usuários, realizada pelos profissionais nos serviços de saúde, vem sendo tomada como um componente fundamental da *Integralidade*. Merhy e Onocko (1997, p. 138) definem o *Acolhimento* como “uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde”.

Silva Júnior e Mascarenhas (2006) propõem que o *Acolhimento* é também um dispositivo disparador de reflexões e gerador de mudanças na forma como se organizam os serviços e nas práticas dos trabalhadores. A exemplo da *Integralidade*, os autores trazem três dimensões do *Acolhimento*: a primeira como *postura*, a segunda como *técnica* e a

terceira como um princípio de reorientação dos serviços. A primeira pressupõe “a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas (...) estabelecendo uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio (...) abrindo perspectivas de diálogo” (p. 243).

A relação entre *Integralidade* e *Acolhimento* nas práticas dos profissionais de saúde tem demandado estudos recentes, quase todos desenvolvidos nas áreas da Enfermagem e Medicina, ou ainda com foco na equipe de saúde como um todo, sendo raros os apontamentos em relação às ações dos psicólogos clínicos (Farias, Marques, Leipelt, Souza e Castro, 2006; Malta, 2001; Matumoto, 2003; Takemoto & Silva, 2007). Entre as principais conclusões dos trabalhos citados está a de que a *Integralidade* continua sendo um conceito em construção, mas que já sinaliza estar alicerçada no *Acolhimento*, enquanto relação de compromisso ético-político, responsabilidade e confiança entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços (Pinheiro & Mattos, 2005).

Merhy (1998, 2002) inova ao conceber o trabalho em saúde enquanto *tecnologias* complexas que vão além de equipamentos e procedimentos técnicos. O autor utiliza a imagem de uma *caixa de ferramentas*, uma espécie de valise, na qual o trabalhador de saúde tem seus recursos tecnológicos de cuidado. Denomina de *tecnologia dura*, as máquinas, os equipamentos que o profissional utiliza (valise de mão). Já o conhecimento, sob a forma dos saberes profissionais, estruturados, “como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem ou do psicólogo (...) nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho e que está sempre presente nas atividades de Saúde” (Merhy, 1998, p.106). O autor refere-se à *tecnologia*

*leve-dura*, como o saber técnico, próprio de um núcleo profissional específico (valise da cabeça). Por fim, Merhy (1998, 2002) propõe uma *tecnologia leve* (valise das relações), presente no espaço relacional entre trabalhador e usuário, como o *Acolhimento*, entendido pelo autor por:

“(...) um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas, (com) momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e de esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação”(Merhy, 1998, p.106-107).

Teixeira (2003) refere-se à *Integralidade* como a superação do que foi cindido, fragmentado, apartado no campo da saúde, enfatizando a necessidade de integração profissional-usuário, através da conjunção dos múltiplos saberes (o saber técnico e o saber do usuário). Para o autor, a reflexão sobre a produção da *Integralidade* inclui a relação de poder que se estabelece no encontro entre profissional e usuário de saúde, e a urgente integração do *outro* (o usuário) nessa relação. A rede de atenção em saúde, formada pelos serviços e pelas suas equipes, é tomada por Teixeira (2003) e Merhy (2005) como uma rede de conversações, de trocas e de cooperação entre todos que dela participam. Para os autores, o acolhimento assume uma perspectiva essencialmente comunicacional, de diálogo, sendo a conversa a ferramenta principal das atividades de um serviço de saúde e tomada como uma *tecnologia leve* de produção de cuidado.

Acrescenta-se, ainda, ao princípio da *Integralidade*, uma dimensão cuidadora na produção de saúde, onde o constructo *Cuidado* é tomado, neste estudo, na acepção de Boff (2000), Ayres (2001), Merhy (2002), Luz (2006) e Ceccim & Ferla (2006). Cuidado é o que se opõe ao descaso, ao descuido, pois “cuidar é mais do que um ato; é uma atitude (...)

de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 2000, p.73). Entendido não mais como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, com respeito às diferenças e a garantia da participação do usuário na decisão sobre sua saúde, o cuidado é “o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social” (Luz, 2006, p 19). Enquanto fio condutor do ideário do SUS, o constructo exige, nesse momento, um olhar mais apurado, uma reflexão mais profunda, necessitando mesmo ser engravidado de sentidos, no dizer de Merhy (2005).

Considerado por Merhy (2002) como a *alma dos serviços de saúde*, o ato de cuidar não é destacado de um modelo de atenção à saúde que conjuga saberes e práticas diferenciados. São as *caixas de ferramentas* merhyianas, já citadas, que quanto mais diversificadas, trazem maiores possibilidades de compreender e atender as demandas contemporâneas de saúde. Colocando o *dedo na ferida* da produção do cuidado, o autor localiza na micropolítica dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços e, nos saberes e práticas dos profissionais e das equipes, os nós críticos a serem desatados para qualificar e implantar uma efetiva *linha de produção de cuidado*, na acepção de implicar-se efetivamente com o outro.

## 1.2 Linhas de cuidado: Tecendo redes de conversações

Linha de cuidado em saúde é conceituada como a articulação ou a facilitação, enquanto acesso, ao “conjunto de serviços ambulatoriais ou hospitalares, aos cuidados de médicos ou outros profissionais (psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiros e outros) e as

tecnologias de diagnóstico e tratamento capazes de contribuir para a integralidade do cuidado que as pessoas necessitam” (Brasil, 2005, p. 123). Ceccim & Ferla (2006) *engravidam* essa concepção, atando-a à organização da gestão e da atenção à saúde, “que toma como referência o conceito de integralidade na sua tradução em *práticas cuidadoras*” (p. 165). Ou seja, concebem uma gestão setorial e de práticas assistenciais, em resposta a uma determinada concepção de saúde, não centrada apenas no tratamento das doenças, mas essencialmente na “inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras de saúde e de afirmação da vida”. Os autores reafirmam a importância da reflexão permanente sobre o processo de trabalho em equipe, para que uma linha de cuidado cumpra seu potencial de resolutividade, através do desenvolvimento de laços de confiança entre os profissionais da mesma equipe, entre os serviços e em toda rede (Ceccim & Ferla, 2006).

Organizar linhas de cuidado exige o planejamento de fluxos e intervenções resolutivas dos profissionais e das equipes, centradas no acolhimento, na orientação e no encaminhamento dos usuários por uma rede cuidadora, através do sistema de referência e contra-referência, tecendo uma espécie de *malha de cuidados progressivos em saúde* (Ceccim & Ferla, 2006). Ainda assim, no cotidiano dos serviços do SUS, é comum que esse sistema de encaminhamentos torne-se antes uma burocratização do acesso aos recursos assistenciais, com a banalização de sua utilização, perdendo-se sua dimensão e potência facilitadora do andar do usuário pela linha de cuidado.

O constructo *rede de conversações*, ganha perspectivas amplas se tomado a partir da Biologia do Conhecer, proposta por Maturana e Varela (2001). Os autores postulam que não há separação entre os fenômenos da cognição e do processo de viver. Por essa

perspectiva, não há separação entre os fenômenos do conhecer e do viver, mas antes um contínuo diálogo cooperativo entre os seres vivos.

A aproximação da Psicologia com a Biologia do Conhecer não é inédita, e tem provocado reflexões importantes sobre o processo da pesquisa e da construção do conhecimento, sustentando que “o conhecimento não se limita ao processamento de informações oriundas de um mundo anterior à experiência do observador, o qual dele se apropria para fragmentá-lo e explorá-lo” (Maturana & Varela, p. 14). Os autores apontam para a autonomia dos seres vivos, capazes de se autoproduzirem ao interagirem com o meio, em uma rede de conversação mútua, os autores denominam de *autopoiese*.

A Biologia do Conhecer postula que os sistemas vivos, entre eles os seres humanos, e o meio em que vivem, se modificam de forma congruente produzindo mudanças sobre o outro, de forma recorrente. Esse processo, em essência uma rede de conversações, é um diálogo cooperativo que, nos seres humanos, é mediado pelo processo lingüístico (Pellanda, 2003). A proposta deste estudo é que o encontro clínico, produtor de acolhimento e cuidado, entre psicólogos e usuários dos serviços de saúde, *usuário-observado* e o *profissional-observador*, supera essa dicotomia quando esses tornam-se produtores e produtos dessa interação, num legítimo processo autopoietico.

#### As práticas em saúde e a Psicologia

O campo da saúde e das políticas públicas tem demandado profissionais com arcabouço teórico e prático diferenciado, exigindo novas lógicas de cuidado, com a composição de outros “saberes e fazeres” em Psicologia (Camargo-Borges & Cardoso,

2005; Benevides, 2005). A concretização do ideário da integralidade, através das práticas de acolhimento e cuidado em saúde, constituem-se em exemplos dessas novas estratégias e exigências aos profissionais *psi*, e ainda são escassas as academias que favorecem essa vivência e aprendizagem na formação.

Spink (2004) observa que, em muitos casos, as práticas do psicólogo clínico em instituições de saúde apresentam-se como mera transposição do referencial teórico obtido na graduação para o contexto institucional, de forma acrítica. A autora denomina de “primeira grande angústia dos psicólogos”, a passagem da clínica particular para a inserção em instituições diversas, entre elas as de caráter público, e o desafio do entendimento do cliente institucional, a partir de uma problemática cultural e social mais ampla. Spink justifica a relevância do tema, destacando que “estas novas formas de inserção pervertem a relação clínica tradicional” (p. 134), deixando transparecer as lacunas no que se refere aos conhecimentos necessários para embasar as novas práticas. Não se trata, neste estudo, de retomar a discussão em torno da dicotomia *público-privado*, e passar da *angústia* para a *culpa* por essa transposição, mas sim de expandir o referencial teórico, pois:

Ao sair da relação protegida, forjada na clínica particular – onde as normas são definidas pelo psicólogo (o local de atendimento, a forma de trabalho e a própria definição de real) – e enfrentar a rede complexa de normas institucionais, o que passa a estar na berlinda é o próprio processo de construção da realidade (Spink, 2004, p. 137).

As práticas psicológicas no âmbito da saúde coletiva têm se constituído como foco de pesquisas recentes (Carvalho, 2006; Cruz, Hillesheim & Guareschi, 2005; Medeiros, Bernardes & Guareschi, 2005; Nascimento, Manzini & Bocco, 2006). Nesses estudos, destaca-se o esforço dos pesquisadores na compreensão dos sentidos atribuídos pelos profissionais às suas próprias práticas nas instituições de saúde coletiva e de como elas

constroem o conceito de saúde que as sustenta. Para Medeiros *et al.* (2005) ao elegermos determinadas práticas em nosso cotidiano de trabalho, nós, os psicólogos clínicos, “não o fazemos de qualquer lugar – nós o tomamos a partir daquele território no qual aprendemos a olhá-lo” (p.264). As autoras ainda argumentam que a participação da Psicologia nas instâncias de discussão e implantação do SUS, como conferências de saúde e estabelecimentos da rede pública, levou a uma reorganização das práticas psicológicas tanto no sentido acadêmico e curricular, quanto no mercado de trabalho. As autoras realizam, no estudo citado, uma oportuna reflexão sobre como a Psicologia passa a constituir-se em disciplina científica e de como as *práticas em Psicologia forjam o conceito de saúde no qual se sustentam*.

As práticas de cuidado e acolhimento integram a *caixa de ferramentas* dos psicólogos, estejam eles na instituição pública ou na clínica privada. Contudo, quando lança mão de uma determinada *valise tecnológica*, o psicólogo posiciona-se e toma um *lugar*, um território, a partir do qual elege suas práticas de cuidado e torna-se ator, sujeito implicado na qualidade da produção desse mesmo cuidado. É com essa perspectiva que as práticas de acolhimento são aqui tomadas, enquanto relações e redes de conversações entre os sujeitos implicados no ato do cuidado – psicólogos, equipes e usuários. O objetivo é conhecer e refletir sobre como se dão essas práticas no cotidiano de um serviço de saúde mental e se elas cumprem com as prerrogativas da integralidade, enquanto diretriz básica do modelo de saúde a ser construído no SUS.



## 2. Percurso Metodológico

### 2.1 A implicação de intervir

Descrever o método a ser empregado para a realização de um estudo acerca de uma temática específica é como traçar o percurso de uma viagem a um território novo, no qual iremos adentrar pela primeira vez. Seguindo com essa simples analogia, não sabemos exatamente o que iremos encontrar. Mesmo que tenhamos um *guia de viagem* seguro e atualizado, o território será sempre inédito, pois serão outros olhos a vê-lo e as paisagens *perfeitas* das fotos publicadas podem não estar mais lá. A entrada de um novo viajante no ambiente também vai modificá-lo. Após a viagem, o pesquisador-explorador retorna com suas próprias *fotos* e seu próprio *mapa*, produzidos durante sua trajetória, tal qual um cartógrafo.

Abordagens qualitativas têm sido empregadas em um número cada vez maior de estudos na área da saúde, devido ao reconhecimento da importância das chamadas *metodologias qualitativas* na construção do conhecimento sobre esse campo (Denzin e Lincoln, 2006; Minayo, 2000; VÍctora, Knauth e Hassen, 2000). Saúde e doença tem sido consideradas enquanto fenômenos clínicos e sociológicos, vividos culturalmente, envolvendo uma complexa interação entre fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais, com atribuição de significados (Minayo, 2000). A escolha pelas metodologias qualitativas, nesse campo, deve-se à constatação de que “como em qualquer processo social, o objeto ‘Saúde’ oferece um nível possível de ser quantificado, mas o ultrapassa

quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis” (Minayo, 2000, p. 251).

O contexto da complexidade dos fenômenos relacionados à saúde tem levado pesquisadores da área a refletirem sobre questões paradigmáticas. Spink (2004) defende a necessidade de superação da fragmentação do conhecimento, resultado da compartimentalização do mesmo em disciplinas estanques, e a conseqüente divisão dos saberes/poderes no campo da saúde, transposto para as práticas dos profissionais da área. O pensamento complexo proposto por Morin (1996) vem sendo convocado, de forma crescente, por pesquisadores da Psicologia e outras áreas da saúde, para sustentar a reflexão sobre essa fragmentação e a “hegemonia do paradigma da simplificação” (Neubern, 2000, 2001; Pires, 2005; Spink, 1999, 2004). Morin (*apud* Spink, 2004), caracteriza esse paradigma através de:

(...) um tipo de pensamento que separa objeto de seu meio, separa o físico do biológico, separa o biológico do humano, separa as categorias, as disciplinas, etc. A alternativa à disjunção é a redução: este tipo de pensamento reduz o humano ao biológico, reduz o biológico ao físico-químico, reduz o complexo ao simples, unifica o diverso. Por isso, as operações comandadas por este paradigma são principalmente disjuntivas, principalmente redutoras e fundamentalmente unidimensionais” ( p. 52-53).

De volta ao percurso, o primeiro ponto é apontar a concepção de pesquisa que norteou nossa investigação. Seguindo uma coerência epistemológica desejável, ao concebermos, como Maturana e Varela (2001), que *todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer*, que se dá no “domínio do conviver”, enquanto *rede de conversações*, elegeu-se a concepção da pesquisa-intervenção (Rocha & Aguiar, 2003; Maraschin, 2004; Paulon, 2005). A opção justifica-se pelo entendimento de que o observador não é mais alguém fora do sistema, observando a realidade da qual não faz parte, mas antes um sujeito

implicado, que tem que dar conta de sua própria ação ao operar (Maraschin, 2004; Pellanda, 2003). Entendendo que todo pesquisar é uma intervenção, Maraschin (2004) reforça que o próprio ato de perguntar produz tanto no observador como nos observados, possibilidades de autoprodução, de autoria. “Nossos ‘objetos de pesquisa’ também são observadores ativos, produzem outros sentidos ao se encontrarem com o pesquisador, participam de redes de conversações que podem ser transformadas a partir de novas conexões, novos encontros” (p. 105). Para a autora, o próprio método eleito para a pesquisa já é uma intervenção.

Rompendo com os enfoques tradicionais de investigação científica, Rocha e Aguiar (2003) enfatizam que a pesquisa-intervenção amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas. As autoras propõem uma atuação transformadora, com a construção de uma “atitude de pesquisa” que considera a interferência na relação sujeito/objeto pesquisado como uma condição inerente à produção de conhecimento.

Consideradas enquanto dispositivos de transformação e como práticas desnaturalizadoras, as estratégias de intervenção colocam em análise as práticas do cotidiano institucional, “desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas” (Rocha & Aguiar, 2003). Para as pesquisadoras, a relação pesquisador/objeto é dinâmica e conduzirá os rumos da pesquisa, onde os conflitos e as tensões sinalizam possibilidades de mudanças.

Na pesquisa-intervenção o pesquisador teria, então, um “lugar”, além da inserção no campo, mas fundamentalmente de implicação com a instituição ou o território que adentra

(Paulon, 2005). Nomeada de *análise de implicação* e tomada como uma ferramenta estratégica na pesquisa-intervenção, essa abordagem sublinha a superação da neutralidade e objetividade promulgadas pelo paradigma positivista e representacionista em ciência. Paulon demonstra que o princípio norteador dessa implicação é o de que “a aproximação com o campo inclui, sempre, a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do pesquisador”(p. 23).

## 2.2 – A cartografia

A cartografia foi a escolha da pesquisadora na realização deste percurso devido à sua potência em acompanhar as mudanças, as transformações no território, as modulações da *paisagem*, e não somente registrar o que lá já existe. Formulada por Deleuze e Guattari (1995), a cartografia não objetiva representar um objeto, mas antes acompanhar um processo, a produção de movimentos nesse território. Rolnik (1989) compara-a a um desenho que é feito ao mesmo tempo em que a paisagem passa por transformações, diferentemente do mapa, representação de uma cena *congelada*.

Sustentando que *paisagens psicossociais* também são cartografáveis, Rolnik (1989) insiste que se trata de acompanhar e fazer ao mesmo tempo em que esse território se desmancha e se recria, quando seus sentidos e suas práticas já se tornaram obsoletos.

Cabe ao cartógrafo estar aberto, tal qual *tábula rasa*, sem *a priori* e pré-concepções que lhe levem a ver sempre a mesma paisagem e lá encontrar apenas o que procurava.

Rolnik (1989) nomeia esse critério como o grau de abertura para a vida que o pesquisador se permite, um tipo de sensibilidade, que lhe faculta acolher incondicionalmente os *ventos das mudanças* que moldam a paisagem e provocam movimentos.

Tradicionalmente conhecida como fase inicial de uma pesquisa de campo, a coleta de dados, numa abordagem cartográfica, é antes uma produção dos dados de pesquisa, no que Kastrup (2007) denomina de “perspectiva construtivista”. A entrada do cartógrafo no território a ser mapeado, sem um *roteiro prévio*, traz imediatamente a questão sobre onde pousará, inicialmente, seu olhar investigativo. Kastrup (2007) traz uma significativa compreensão sobre esse processo, propondo um modo de funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. A partir do conceito de *atenção flutuante* de Freud e de *reconhecimento atento* de Bergson, a autora propõe quatro variedades ou etapas da atenção do cartógrafo: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento (Kastrup, 2007, p. 18).

No *rastreio*, acontece uma varredura do campo em busca de um alvo móvel, de pistas, sinais de processos em movimento, estando a atenção do cartógrafo “aberta e sem foco, e a concentração se explica por uma sintonia fina com o problema” (Kastrup, 2007, p.18). Quando a atenção é tocada por algo, o *toque* – inicia-se uma espécie de seleção, capturando a atenção do pesquisador. A propositora dessas etapas reforça a importância da atenção ao *toque*, procurando assegurar “o rigor do método sem abrir mão da imprevisibilidade do processo de produção do conhecimento” (p. 19).

Capturada, a atenção do cartógrafo faz um *pouso*, uma *parada estratégica*, aproximando o olhar e a percepção, fechando o campo em um ângulo mais estreito, no que Kastrup (2007) comparou a uma espécie de *zoom*, reconfigurando um novo território, um novo contorno na paisagem. A quarta variedade atencional é o *reconhecimento atento*, quando a atitude investigativa do pesquisador se equivale a “vamos ver o que está acontecendo” (p. 20). O cartógrafo passa, nesse momento, a acompanhar um processo e seus *contornos singulares*, e não apenas representar um objeto percebido.

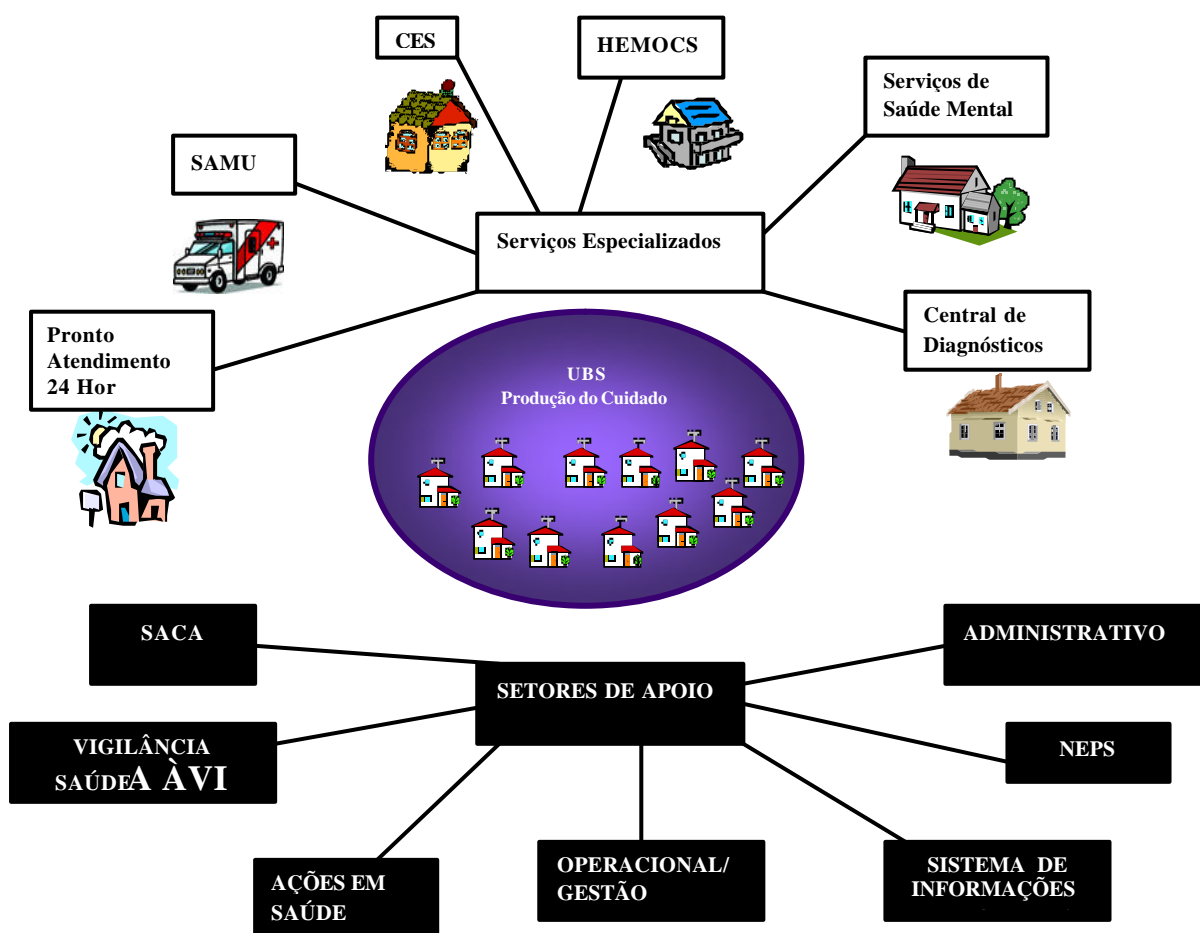
Em síntese, quando o cartógrafo chega ao campo, ele está desprovido de regras metodológicas rígidas, de saberes e expectativas, deixados na porta de entrada. Contudo, está munido de uma *atenção sensível*, para encontrar o inesperado, o que não conhecia, “embora já estivesse ali, como virtualidade” (Kastrup, 2007, p. 21). O pesquisador, ao adotar esse método, deverá ter a ousadia investigativa de abandonar seu roteiro, seu *script*, e arriscar-se em um território inexplorado, móvel e mutante. Kastrup (2007) conclui que a cartografia faz do conhecimento uma contínua invenção.

### 2.3 A paisagem psicossocial

De posse de um *guia*, relativamente seguro, assinado pelos teóricos apontados anteriormente, um segundo ponto do nosso roteiro de viagem é a escolha do território a ser *visitado* e de quem pretendemos lá encontrar. Sendo o eixo das preocupações deste estudo, as práticas de acolhimento na construção da Integralidade e de uma linha de cuidados progressivos em saúde, nossa *paisagem* é um ambulatório de atenção à saúde mental e nossos *parceiros de viagem*, os profissionais inseridos na equipe desse serviço.

O município de Caxias do Sul possui uma população de 404.187 habitantes (IBGE, 2006), com gestão plena do sistema de saúde desde o ano de 1998. A rede de serviços do SUS é formada por 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Especialidades de Saúde (CES), uma central de diagnósticos, um Hemocentro Regional (HEMOCS), um pronto-atendimento 24 horas, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um hospital geral regional e uma rede de saúde mental (ver figura 1).

Figura 1 – Rede de Serviços de Saúde de Caxias do Sul/RS



A rede de saúde mental é composta por nove serviços: três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, nas modalidades de CAPS para adultos com transtornos mentais severos , CAPS Ad - álcool e outras drogas e CAPSi – infanto-juvenil), três Serviços Residenciais Terapêuticos, tipo II – todos de alta complexidade; dois ambulatórios especializados em saúde mental: o Centro de Atenção Integral em Saúde Mental (CAIS Mental) Adulto e Infanto-Juvenil, e o Ambulatório de Atenção à Criança e ao Adolescente Vítima de Maus-tratos (APOIAR), na média complexidade. Possui ainda serviço de urgência em saúde mental junto ao pronto atendimento 24 horas (SMS, 2006).

Na rede básica municipal, existe desde 2002, o “Programa de Atenção Integral à Saúde Mental da Criança e Adolescente”, que objetiva assegurar assistência integral a crianças e adolescentes, através de ações de promoção da saúde mental e de reabilitação psicossocial, em seis unidades básicas de saúde. Esse programa está atualmente em fase de transição, devido ao processo de implantação do projeto de matriciamento em saúde mental na rede, notadamente nas 19 UBS onde já está implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O matriciamento é definido como um arranjo organizacional que dá suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, co-responsabilizando-se pelos casos, através de discussões e intervenções conjuntas (BRASIL, 2003).



Diante de uma *paisagem* tão ampla, nossa atenção foi capturada por um serviço específico da rede, o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental – CAIS Mental, na sua modalidade infanto-juvenil. A escolha desse serviço deveu-se, em parte à história da pesquisadora em relação ao mesmo, e a um *contorno* dessa peculiar *paisagem*, que há algum tempo lhe causava estranhamento, desconforto e até mesmo um certo desassossego: o sistema de referência entre a rede básica e o CAIS Mental, através dos boletins de referência e contra-referência (BRCR) (ver modelo nos anexos 1 e 2).

Em 2003, a pesquisadora, que desde 2001 integrava a equipe do Ambulatório de Atenção a Criança e ao Adolescente Vítimas de violência – APOIAR, como psicóloga clínica, é convidada para assumir a coordenação do CAIS Mental e iniciar um processo de preparação para que o mesmo se transformasse em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), já em direção ao ideário da reforma psiquiátrica e da implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Em 2004, com a implantação do primeiro CAPS de Caxias do Sul, o CAIS Mental muda de endereço, cedendo o espaço ocupado até então, para o recém-fundado CAPS Cidadania.

No segundo semestre de 2004, a autora deixa a coordenação dos dois serviços para integrar a equipe que implanta o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), da Secretaria de Saúde de Caxias do Sul. A proposta inicial da coordenação da política de saúde mental do município era a de não manter o CAIS Mental, promovendo a descentralização progressiva do atendimento, com a implantação de CAPS territoriais. Contudo, uma forte resistência da equipe do CAIS e a ainda incipiente rede de saúde mental presente na cidade, resultaram na manutenção do ambulatório até os dias atuais.

Atualmente, o CAIS Mental, conta com uma equipe de cinco psiquiatras, três psicólogas, uma assistente social, um técnico de enfermagem, dois recepcionistas, uma higienizadora e uma coordenadora, com formação em enfermagem. Subdividido em CAIS Mental infanto-juvenil e adulto, realiza atendimento ambulatorial psiquiátrico infanto-juvenil e adulto e atendimento psicológico apenas para crianças e adolescentes. O encaminhamento ao serviço se dá pela rede básica (UBS), serviços especializados, Poder Judiciário, Conselho Tutelar, Ambulatório Apoiar, CAPS infanto-juvenil, Hospital Geral regional e Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, através de boletim de referência e contra-referência. O agendamento para a psiquiatra se dá através da Central de Marcação de consultas da secretaria e do fluxo interno do próprio serviço, ou seja: da psicologia e serviço social do próprio CAIS. Já o agendamento para a Psicologia se dá através da rede básica de saúde, pelo mesmo sistema de encaminhamento.

Um nó crítico permanente do CAIS Mental é a demanda reprimida. Dados de dezembro de 2006 indicavam uma lista de espera de 2.506 adultos e 113 crianças e adolescentes para atendimento psiquiátrico (SMS, 2006). Tal demanda para a psiquiatria gerava um tempo de espera de até seis meses para adultos e 30 dias para crianças e adolescentes. Na psicologia, este tempo de espera era de cinco meses. Em dezembro de 2006 a lista de espera para atendimento psicológico no CAIS infanto-juvenil era de 300 usuários (SMS, 2006). Em dezembro de 2007, este número era de 276 usuários para a psicologia e 3.167 para a psiquiatria, entre crianças, adolescentes e adultos.

Na proposta inicial desta pesquisa, os participantes do estudo seriam dez psicólogos clínicos que atendem crianças, adolescentes e adultos, sendo os critérios de inclusão: inserção no SUS, como servidor estatutário, há pelo menos um ano; integrar equipe da rede básica e rede especializada de saúde; realizar acolhimento aos usuários do serviço e consentir em participar do estudo. A escolha dos depoentes não se daria de forma aleatória, sendo interesse da pesquisa conhecer as práticas de acolhimento em diferentes serviços, assim distribuídos: quatro psicólogos da rede básica (Unidade Básica de Saúde Vila Ipê, UBS Esplanada, UBS Eldorado e UBS Desvio Rizzo); dois psicólogos do CAIS Mental; um psicólogo do CAPS infanto-juvenil; um psicólogo do CAPS AD; um psicólogo do Ambulatório APOIAR e um psicólogo do Ambulatório DST/AIDS. As entrevistas, inicialmente, seguiriam um roteiro de perguntas abertas, com dados de identificação dos entrevistados e divididas em três blocos temáticos: concepções acerca da *integralidade* no cotidiano; a prática do *acolhimento* e as relações entre usuários/psicólogos e, finalmente, o paradigma de cuidado utilizado nas práticas psicológicas de cada um dos depoentes.

Integrando ainda a proposta inicial da investigação, as entrevistas com os psicólogos seriam complementadas pela a imersão da pesquisadora em pelo menos um dos cenários apontados, valendo-se da observação participante e da análise documental dos boletins de referência e contra-referência, instrumentos que referenciam os usuários de um serviço para o outro, na rede de saúde. Um dos cenários previamente selecionados para o trabalho de campo era o CAIS Mental, devido à implicação da trajetória pessoal da autora, relatada anteriormente.

### **3. Colheita e produção de dados**

Assim, a entrada no campo de pesquisa iniciou em janeiro de 2007, por um período de 30 dias, seguindo a estratégia preconizada por Minayo (2000, p. 103), que prevê o seguinte detalhamento: a quem apresentar a pesquisa, como apresentá-la, como se apresentar e através de quem se dará a entrada no campo. O registro das observações realizadas no CAIS Mental foi efetuado no diário de campo, uma espécie de caderno onde constaram todas as informações, tais como observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, fatos e expressões que digam respeito à temática da pesquisa (Minayo, 2000).

Nessa ocasião, de acordo com o projeto inicial de pesquisa, são selecionados os boletins de referência e contra-referência (BRCR), que chamavam a atenção da pesquisadora pelo seu conteúdo. Os mesmos apresentavam-se de forma incompleta, com ausência de dados e superficialidade dos motivos de encaminhamento para a psicologia do CAIS Mental.

O boletim de referência e contra-referência (anexo 2) é uma ferramenta que realiza a derivação do usuário entre um serviço de atenção à saúde de menor complexidade, como uma unidade básica de saúde, para outro de maior complexidade, como um ambulatório especializado de saúde mental, por exemplo. A contra-referência faz o caminho de volta, com a derivação dos usuários para o sentido inverso, ou seja, para o local do primeiro atendimento (no exemplo citado, o retorno à UBS).

A atenção da cartógrafa foi tocada, principalmente, pela constatação de que os usuários que chegavam ao CAIS Mental infanto-juvenil, com esses encaminhamentos incompletos, necessitavam recontar suas histórias, após terem esperado meses em uma lista

de espera. Em muitos casos, o motivo da procura pelo atendimento, ou seja, a situação de crise, já havia sido superada, pois a urgência dos casos não era devidamente avaliada.

O mal-estar inicial, em relação a esse documento, utilizado amplamente em toda a rede para encaminhamento dos usuários do SUS de um serviço para outro, resultava da observação quanto à forma de preenchimento do mesmo por parte dos profissionais de saúde dos serviços, quando referenciavam crianças e adolescentes ao CAIS Mental infanto-juvenil. Os profissionais do CAIS, quando necessitavam entrar em contato com o serviço que havia realizado o encaminhamento, não sabiam a quem se dirigir. Segundo relatos da equipe do ambulatório, tomado durante a imersão no serviço, não havia uma pessoa de referência, que pudesse dar mais informações sobre o usuário e sua família. Em síntese, descumpriam-se, em parte, os princípios do vínculo, da responsabilização e da resolutividade do atendimento.

O CAIS Mental infanto-juvenil tem como principal missão prestar atendimento psiquiátrico e psicológico a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Nos dois primeiros meses de 2007, a pesquisadora selecionou 36 boletins de referência e contra-referência (BRCR), oriundos de 13 unidades básicas de saúde (um boletim não indicava o serviço de origem) e de um serviço especializado. A seleção desses documentos contou com a participação da equipe de acolhimento do serviço, composta por um técnico de enfermagem e da enfermeira-coordenadora do CAIS. Esses, quando se deparavam com um boletim incompleto ou com um motivo de encaminhamento pouco consistente, separavam o mesmo para mostrá-lo à pesquisadora, que terminou por selecionar 36 documentos, pela pobreza de dados sobre os usuários referenciados. Desses, 17 BRCR tiveram uma análise

mais detalhada, notadamente quanto ao motivo do encaminhamento, cujos conteúdos estão transcritos, literalmente, a seguir:

- “alteração de comportamento do pai” (sem indicação de idade da criança);
- “comportamento diferente” (8 anos);
- “auto-agressivo” (11 meses);
- “agitação” (sem indicação de idade);
- “alteração do comportamento” (10 anos);
- “ansiedade” (sem indicação de idade);
- “agitada, nervosa” (12 anos);
- “desânimo e irritação” (12 anos);
- “avaliação” (16 anos);
- “ao psicólogo” (6 anos);
- “conforme solicitação anexa” (9 anos – a solicitação anexa referia-se a um pedido da escola e não estava anexa ao BRCCR);
- “separação dos pais” (10 anos);
- “onicofagia”(sem indicação de idade);
- “ao psicólogo a pedido da escola” (6 anos);
- “agressividade” (2 anos);
- “dor abdominal” (sem referência de idade);
- “diabetes” (9 anos).

Paradoxalmente, no verso do boletim (ver anexo 3), consta a orientação ao usuário e seus familiares. Solicita-se que apresente o documento ao serviço e ao profissional para o

qual foi encaminhado, pois “ajudará a melhor orientar o vosso atendimento (...) e para que seja dada continuidade ao cuidado que você necessita”. O cuidado que cada um desses 17 usuários necessitava, aguardou por longos meses um acolhimento e um *olhar* integral. Desses, três casos foram selecionados, utilizando como critério a gravidade das situações relatadas pela equipe do CAIS. .

### 3.2 Casos nada exemplares

Da análise dos 17 documentos, foram selecionados três casos que capturaram a atenção da pesquisadora e da equipe do CAIS Mental, pela gravidade das ocorrências e por ainda representarem o descuido, a ausência de acolhimento e de integralidade da atenção à saúde. Foram relatos feitos pelas psicólogas do serviço, após acolherem encaminhamentos que esperavam por meses na lista de acesso ao CAIS, quando esses profissionais constatavam a urgência dos mesmos, ou ainda o equívoco do encaminhamento. Os casos selecionados não serão identificados, bem como os serviços de origem dos mesmos e dos profissionais que realizaram os encaminhamentos ao Centro de Atenção Integral à Saúde Mental.

---

#### Caso 1 – “Ansiedade”

Menino de quatro anos é encaminhado por profissional da UBS ao CAIS Mental, com boletim de referência que dizia apenas “ansiedade”. No fluxo entre os serviços, essa criança esperou três meses em lista de espera e, quando foi chamado para a primeira consulta com a psicóloga do CAIS, a mãe relatou que a criança foi abusada sexualmente. A genitora relatou a situação para o profissional da UBS, que imediatamente encaminhou ao

CAIS Mental, porém nenhuma informação de urgência ou mesmo orientação aos familiares e assistência à criança foi dada. Descumpriu, inclusive, determinação legal que todo profissional de saúde deve informar aos órgãos de proteção qualquer suspeita de violência contra crianças e adolescentes. Imediatamente os profissionais do CAIS, ao ouvirem o relato, acionaram o Conselho Tutelar e encaminharam o caso com urgência para o APOIAR, ambulatório municipal especializado em cuidados às vítimas de violência.

#### Caso 2 - “Dor abdominal”

Psicóloga chama familiar e criança, após meses em lista de espera, sobre encaminhamento feito por profissional da UBS ao CAIS, com o motivo de encaminhamento constando apenas: “dor abdominal”. A mãe comparece ao ambulatório com estranhamento e relata a seguinte situação à psicóloga: a criança foi levada ao profissional médico da Unidade Básica de Saúde, pois a mesma queixava-se de uma dor constante no lado esquerdo do abdômen. Avaliada na UBS, a criança foi encaminhada para o CAIS para uma avaliação psicológica, pela qual teria que esperar alguns meses, no mínimo. Relata a mãe que, devido ao quadro intenso de dor, levou a criança a um pronto atendimento hospitalar e que a mesma estava com um quadro agudo de apendicite. Quando compareceu ao CAIS, chamada por ter chegado sua vez na lista de espera, relatou que a criança não tinha nenhum problema e que a “dor” foi “tratada devidamente” através de uma cirurgia.



---

### Caso 3 – “Diabetes”

Com certo estranhamento, a psicóloga chama familiar e criança para uma primeira entrevista, encaminhada por uma UBS, através de pediatra, com o motivo de encaminhamento referido como “diabetes”. Após, novamente, aguardar em lista de espera, a mãe relata também não ter entendido a razão de ser direcionada ao CAIS. Conversando sobre o diagnóstico de diabetes e a vida da criança, a profissional da psicologia percebeu que a criança de alguma forma manipulava a família com sua doença, que foi pouco esclarecida da mesma e que necessitava, apenas, de uma orientação para manejar as novas necessidades e restrições da criança, o que poderia ter sido feito na UBS, meses atrás, no dia da consulta médica.

A referenciação entre a rede de serviços, de diferentes complexidades de atenção, tem como principal finalidade garantir a integralidade do atendimento, fazendo que com o usuário siga por uma linha de cuidado que lhe garanta “*um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (Brasil, 1990). As situações destacadas anteriormente são, ainda, casos exemplares, entre milhares, que colocam em evidência a incipiente atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de acolhimento ao outro, no seu sofrimento (grifos da autora), ainda presentes nas práticas cotidianas de cuidado (Boff, 2000). O ato de cuidar é considerado “a alma dos serviços de saúde”, por Merhy (2002, p. 115). Onde, e em que momento, os serviços e os profissionais da saúde perderam essa “alma”?

### 3.2 Um novo olhar

De volta à *paisagem* onde nossa atenção pousou e realizou um olhar de varredura inicial, o CAIS Mental, de lá pinçando os boletins de referência e contra-referência citados anteriormente, passamos a descrever o histórico deste campo de pesquisa. Até o ano de 1995, a Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul não possuía um serviço integrado de atendimento em saúde mental à população. Havia apenas, naquela época, atendimento psiquiátrico junto ao Centro de Especialidades de Saúde (CES). Em 1995 é estruturado, então, o primeiro ambulatório de saúde mental do município, com uma equipe formada por um psiquiatra, um psicólogo, uma assistente social e um profissional de enfermagem. Em 2000 o serviço passou a denominar-se Centro de Atenção Integral à Saúde Mental – CAIS Mental, quando ainda não havia separação entre atendimento adulto e infanto-juvenil. Concomitante, houve a mudança de endereço, passando a localizar-se em um espaço próprio, onde funcionava anteriormente o pronto atendimento 24 horas da cidade, popularmente conhecido como *postão*. Vale a referência que as Unidades Básicas de Saúde eram chamadas de *postinhos*.

Diante da constatação de que as mudanças e os movimentos na paisagem, muitas vezes, conduzem a pesquisa, ressaltamos que a entrada da investigadora no campo e sua atenção capturada por um instrumento que deveria *fazer andar* o usuário por uma linha de cuidado, acabou por colocar em movimento os contornos da *paisagem* e os que lá estavam. Quando *outro olhar* (o da pesquisadora) se interessa pelo processo de acolhimento e cuidado aos usuários do CAIS Mental, o mesmo convoca, provoca o olhar da própria

equipe que, após muitos anos convivendo com o *incômodo*, viu o que ainda não tinha visto: a ausência do acolhimento e da integralidade do cuidado, traduzido nos boletins de referência e contra-referência.

Em síntese, a equipe também teve sua atenção *tocada*. Inicia-se, a partir de então, um movimento de reflexão, de análise e de transformação do processo de acolhimento e referenciação do CAIS Mental com toda a rede de serviços de saúde e instituições do município. A equipe passa a compartilhar do desconforto da autora em relação à qualidade dos encaminhamentos, do acolhimento e da resolutividade dos casos. Já não é mais possível fazer *vistas grossas* a um nó crítico que *saltava aos olhos* de todos. É hora de mudar, decide a equipe do CAIS Mental. Desde a entrada da investigadora no campo, até o início desse movimento de mudança, transcorreram três meses.

Prontamente, coloca-se em *stand-off* a proposta inicial do projeto de realizar exaustivas entrevistas com 10 psicólogos, transcrevê-las e analisar seu conteúdo, para passar a acompanhar um *movimento* novo, inédito na equipe: a auto-reflexão sobre suas próprias práticas de acolhimento e cuidado e a transformação das mesmas, nas reuniões de equipe e para discussão de casos. Assim, antes de ouvir os técnicos sobre suas concepções e práticas, pôde-se observar já sua mudança, um resultado sequer sonhado durante o planejamento inicial da investigação, que pretendia apenas lançar luz sobre uma situação-problema.

Destaca-se que a mudança *de rota* da pesquisadora foi ratificada e incentivada na banca de qualificação do projeto de pesquisa original, quando esses movimentos da equipe

do CAIS já tinham iniciado e foram relatados verbalmente pela investigadora. Esta mudança nos *contornos da paisagem* é o que passaremos a relatar a seguir.

### 3.3 Nova referência, velha resistência

A partir de março de 2007, a equipe do CAIS Mental infanto-juvenil, passa a reunir-se semanalmente para repensar a forma de encaminhamento dos usuários ao serviço e como qualificar o processo. Segundo relato da coordenadora do CAIS e das três psicólogas, o grupo procurou experiências similares na rede de saúde mental do município, que tivessem avançado na direção de um cuidado integral, e encontram no CAPS infanto-juvenil, um modelo de referência, que serviu como inspiração inicial.

O grupo de trabalho, composto pelas três psicólogas, pela assistente social e pela enfermeira-coordenadora, monta, então, um novo instrumento, em substituição ao boletim anterior, obtendo a aprovação do mesmo no Colegiado Gestor da Saúde Mental, que reúne semanalmente os gestores dos nove serviços da rede de saúde mental do SUS de Caxias do Sul. A coordenadora da política de saúde mental e a gestora do CAIS assinam correspondência enviada a toda rede, onde apresentam o novo instrumento de encaminhamento e acolhimento dos usuários ao CAIS Mental infanto-juvenil (ver anexos 4 e 5). A proposta também é apresentada em reunião semanal dos gestores das 39 UBS e às demais instituições que encaminham ao ambulatório, como Conselho Tutelar, Hospital Geral Regional e Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul.

O novo sistema tem a seguinte dinâmica de funcionamento: quando um usuário (criança ou adolescente) é encaminhado à avaliação psicológica, um técnico da UBS liga

para o CAIS e, de posse do novo instrumento preenchido por sua equipe, passa ao técnico do ambulatório todas as informações solicitadas pelo documento. O técnico que recebe o pedido, também preenche o mesmo documento no CAIS, sendo que os dois serviços possuem as informações, que são anexadas aos prontuários.

Para responder às questões solicitadas, é preciso que a equipe da UBS conheça muito mais sobre cada caso e ainda realize um acolhimento com avaliação de risco, para decidir se a situação é urgente ou pode aguardar em lista de espera. O boletim exige a indicação de uma pessoa de referência na UBS, que vai sempre ser o elo de ligação entre o CAIS e o serviço, responsabilizando-se sobre o andamento daquele usuário na linha de cuidados que necessita. O novo sistema exige um acolhimento mais qualificado e uma abordagem integral às necessidades de saúde daquele usuário e sua família.

Nos dois meses seguintes à implantação do novo instrumento, segundo relato da equipe do CAIS, houve grande resistência da rede em aderir ao sistema de referenciamento, principalmente pela exigência de um acolhimento em profundidade e uma implicação maior de toda equipe com cada caso. No relato da coordenadora do CAIS, nos primeiros encaminhamentos, os técnicos das UBS tinham que retornar ao médico por várias vezes, para buscar mais dados sobre o motivo da referenciação. Houve, segundo a equipe do CAIS, um visível desconforto na rede, diante de mais essa *exigência*, o que gerou o envio de nova correspondência à rede (anexo 6). Nesse documento, a coordenação esclarece à rede básica que o contato deve ser feito por telefone e não encaminhar a referência ao serviço, pois a mesma deve ser anexada ao prontuário do usuário na unidade básica de saúde, enquanto documento idêntico está no prontuário do mesmo paciente, no CAIS

Mental. Reforça ainda que o contato não significa o agendamento, mas sim a inclusão na lista de espera do serviço, que fará contato com a família assim que se aproximar a data de atendimento por parte das psicólogas do CAIS.

A equipe do CAIS percebeu, ainda, a necessidade de implantar outros dois instrumentos, complementares ao primeiro, como a contra-referência, denominada de devolução do atendimento (do CAIS para a rede) (ver modelo no anexo 7) além de um termo de responsabilização dos familiares e usuários sobre a adesão ao tratamento proposto e sua implicação com o mesmo (anexo 8). Outras mudanças implantadas pela equipe, de forma concomitante aos novos instrumentos, vieram qualificar o atendimento, tais como:

- Encaminhamento com avaliação de urgência é chamado na mesma semana pela equipe do CAIS;
- Todos os encaminhamentos do Conselho Tutelar ou das instituições judiciárias, também são atendidos na mesma semana;
- Todos os encaminhamentos de usuários com 16 e 17 anos não entram em lista de espera, sendo atendidos na mesma semana do referenciamento, para que o usuário não complete 18 anos e saia da faixa de atendimento do CAIS, o que significaria que o mesmo ficaria sem acompanhamento psicológico, pois o ambulatório ainda não atende adultos nessa modalidade.

As mudanças implantadas pela equipe aproximam-se das “práticas cuidadoras” preconizadas por Ceccim e Ferla (2006), evidenciando ainda a opção pelo acolhimento em

sua dimensão de encontro e enquanto dispositivo disparador de reflexões e gerador de mudanças nas práticas e na forma como se organizam os serviços (Silva Júnior & Mascarenhas, 2006). Constroem-se novas relações e redes de conversações entre o CAIS e os demais serviços da linha de cuidado, num autêntico processo de recursividade autopoietica. Amplia-se a *caixa de ferramentas* da equipe, com a construção de novos dispositivos de acolhimento, configurando a tão necessária *tecnologia leve* das práticas de saúde (Merhy, 1998).

### 3.5 Novos olhares depondo sobre as mudanças

As exaustivas entrevistas que seriam realizadas inicialmente, com 10 psicólogos do SUS de Caxias do Sul, sobre suas prática de acolhimento, foram substituídas pelos depoimentos das três psicólogas e pela coordenadora do CAIS Mental, sobre as mudanças efetivas e as novas práticas, assim como a potencialização e a construção de uma rede de conversações entre os serviços. Destacamos, a seguir, a síntese dos depoimentos, numerados de um a quatro (cada profissional equivale a um número):

Depoimento 1 – “Houve uma mudança de postura do ‘passa adiante’ apenas, para uma escuta qualificada, diferenciada, de cada caso. O sistema estava viciado e a equipe também. Nem enxergávamos mais. Outro ponto positivo é o processo educativo do próprio usuário, que também tem que se comprometer com sua saúde, seu tratamento e não apenas a equipe. É um novo momento para toda a equipe. O trabalho está melhor, com fluxos mais resolutivos” (psicólogo).

Depoimento 2 – “O cuidado foi qualificado. O usuário não se sente mais sozinho. Não tem que contar sua história tudo de novo. Nós também já temos parte de sua história e isso facilita o nosso trabalho. A humanização é isso, tanto para o usuário como para a equipe. Não ficamos mais com a tensão de pensar que casos urgentes eram tratados como não urgentes e vice-versa” (psicólogo).

Depoimento 3 – “O modelo de gestão é muito importante, para fazermos essas mudanças. Encontramos incentivo e acolhimento, na coordenação, para as mudanças que se faziam necessárias. Isso também é uma forma de cuidar da própria equipe, para que ela cuide melhor. Aqui no CAIS tínhamos grande rotatividade de profissionais. As pessoas não queriam ficar. Agora há integração; está mais leve. Cada profissional é tratado com a sua diferença” (psicólogo).

Depoimento 4 – “A equipe queria mudanças; queria qualificar o trabalho. Temos ainda que melhorar e incentivar as coordenações dos outros serviços a também quererem isso. Tem profissionais que são muito parceiros, na rede. Hoje o CAIS está com outra imagem diante da rede. Temos reconhecimento, pois nossa imagem era desgastada. Ainda há muita demanda reprimida, lista de espera, mas tudo está andando melhor, com melhor fluxo no atendimento” (coordenação CAIS Mental).

Os depoimentos acima traduzem a mudança no olhar da própria equipe do CAIS Mental sobre si mesma. Trata-se do resgate de sua potência autopoietica, de sua capacidade de se reinventar, aproximando-se da *missão* proposta no nome do serviço: *atenção integral*



*em saúde mental*. A percepção da pesquisadora, ao ouvir os depoimentos, é a de que essa equipe reencontrou a “alma” desse serviço - o ato de cuidar (Merhy, 2002).

#### **4. Acolhendo o inesperado**

Gostaria de iniciar essa seção, comumente denominada de “discussão dos resultados”, colocando em análise o próprio método utilizado neste estudo. A escolha pela concepção da pesquisa-intervenção potencializou o ato investigativo, transformando-o em autoria, no sentido que Maraschin (2004, p. 104) a concebe: “exercício de autonomia e de implicação, de responsabilidade pelo que se cria”. Para ela, o próprio método é uma intervenção, capaz de produzir novos territórios existenciais, quando aceitamos que “o pesquisar é produto e ao mesmo tempo produz, recursivamente, um domínio de conhecimento, no qual, autorias singulares podem ter existência” (p. 104).

Reconheço que também precisei de uma transição paradigmática pessoal, pois concebia que era preciso “conhecer para transformar”, mas descobro que “todo conhecer é um fazer” (Paulon, 2005, p. 22). A participação ativa e a implicação do pesquisador, quando compartilha um cenário com outros atores e assiste as mudanças potencializadas por sua entrada no território, já resignificando-o, confirmam a ingenuidade dos pressupostos da neutralidade e objetividade promulgados pela ciência positivista. Paulon (2005) nomeia esta postura como a do pesquisador/interventor. É a implicação do pesquisador no processo de investigação, que, por estar incluído no campo, faz com que sua ação modifique o objeto estudado (Rocha e Aguiar, 2003).

Ao entrar no campo de pesquisa, munida de procedimentos de coleta de dados estruturados, levo algum tempo para perceber que meu ingresso na paisagem já passa a modificar os seus contornos, tencionando práticas, causando, inicialmente, um *primeiro incômodo* sobre um *segundo incômodo* persistente, recorrente naquele território: a perda da dimensão cuidadora nas práticas de acolhimento dos profissionais de saúde. Quando minha atenção é tocada por essa tensão, por esse movimento, deixo na porta de entrada todos os métodos *seguros* de coleta de dados e passo a cartografar, a registrar livremente o novo desenho que se inventa diante de meus olhos. Não há mais possibilidades de apenas registrar, como uma fotografia, algo já conhecido. Vou anotando as transformações naquela paisagem, acompanhando um processo de produção, que me leva a verificar o aceito da escolha do método cartográfico naquele cenário em metamorfose.

Na perspectiva construtivista de pesquisa, não há coleta de dados na etapa inicial da investigação, mas já uma produção dos dados (Kastrup, 2007). A entrada da pesquisadora no CAIS Mental, para levantar dados através da análise documental dos boletins de referência e contra-referência, já coloca em movimento a potência autopoietica do grupo. Ao buscar conhecer as práticas de acolhimento na construção da integralidade, ainda como representação de algo já dado, produzem-se resultados que não poderíamos ter previsto de antemão (Barros e Lucero, 2005). Comprovamos, assim, que *todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer*, enquanto *rede de conversações* (Maturana e Varela, 2001). A potência inventiva da equipe do CAIS Mental coloca em movimento outros serviços, provoca mudanças em outros cenários, em uma espécie de “efeito-cascata” em toda a rede básica de saúde, em um legítimo processo de recursividade autopoietica.

As etapas do funcionamento da atenção do cartógrafo, previstas por Kastrup (2007), sucedem-se quase que didaticamente, em minha *pesquisa viva em ato*, como diria Emerson Merhy, quando engravida palavras e expressões. Habitualmente inibida pelo domínio da atenção seletiva, a atenção cartográfica não busca algo definido, mas coloca-se aberta ao encontro, deixando vir o inusitado, acolhendo o inesperado. No *rastreio* inicial, minha atenção tenta ser seletiva em relação aos documentos de referência e contra-referência que busco, mas é impossível não lançar um olhar de varredura e acolher outros movimentos emergentes do campo de pesquisa.

Na seqüência, a atenção da investigadora é capturada, tocada, quase de modo involuntário, iniciando o segundo funcionamento atencional proposto por Kastrup (2007), ou seja, o *toque*. Quando a equipe do CAIS Mental inicia uma auto-reflexão e passa a manifestar seu incômodo pelo fato de que um nó crítico, uma *ferida exposta* de suas práticas de acolhimento e de cuidado, venha à tona, minha atenção *pousa* nessa nuance, *rugosidade* da paisagem, como denomina Kastrup. Abre-se então, uma “janela atencional, panorâmica, capaz de detectar elementos próximos e distantes, e conectá-los através de movimentos rápidos” (Kastrup, 2007, p. 19).

E finalmente, completo o circuito da dinâmica da atenção do cartógrafo, quando o movimento de mudança na equipe do CAIS Mental obriga o *pouso* da minha atenção, quando passo ao *reconhecimento atento* da reconfiguração do território. Sigo então, a acompanhar elementos processuais emergentes daquela paisagem psicossocial, como linhas de força que vão tecendo redes de conversações e inventando novas tramas, desenhos e configurações. O CAIS Mental não é mais o mesmo território. Reconfigurou-se, assim

como os atores daquele cenário. Foi esse processo que busquei cartografar e apresentar neste estudo.

Os resultados de nossa pesquisa-intervenção estão fartamente relatados neste estudo, mediante a constatação da qualificação dos fluxos de encaminhamento e da construção de uma linha de cuidado que caminha na direção da integralidade da atenção, em um serviço de saúde mental do SUS de Caxias do Sul. Trata-se de um resultado que superou nossas expectativas, e reforçou a certeza de que é possível, factível, desconstruir práticas obsoletas, fragmentadas e descuidadas em saúde e, a partir do desejo e da potência de uma equipe, inventar, renovar ânimos e projetos de vida também dos trabalhadores em saúde e não apenas dos usuários dos serviços. Ressalto que essa é a maior implicação deste estudo, sem desconsiderar em momento algum as mudanças concretas que ocorreram no acolhimento e no cuidado às crianças e adolescentes atendidos no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental.

O *empoderamento* desses atores e sua sensibilidade em não mais resistir ou defender-se de uma tensão externa, que lhes mostra seu *lócus* de menor resistência, é para mim, enquanto pesquisadora-interventora, o grande resultado dessa ação. Podemos encontrar nessa porosidade, uma técnica, um caminho, quem sabe até um método, para empoderar outras equipes, outros territórios, acionando um potente *efeito-dominó* em toda a rede de atenção. Não é novidade alguma que o cuidador também precisa de cuidado e de acolhimento em suas necessidades, para produzir cuidado integral em saúde (a redundância é proposital). Como responder a essa demanda, ainda é um processo em construção no campo do trabalho em saúde. Um estudo futuro poderia aprofundar essa questão, apenas tangenciada nessa reflexão.

Uma trama, um enredamento, proposto por esse estudo, inicialmente, é o de que o encontro, produtor de Acolhimento e Cuidado, entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, *usuário-observado* e o *profissional-observador*, superam essa dicotomia e tornam-se produtores e produtos dessa interação, num legítimo processo autopoietico. É com essa perspectiva que as práticas dos profissionais de saúde, através do *Acolhimento*, são tomadas nesta reflexão, enquanto relações e redes de conversações entre os sujeitos implicados no ato do Cuidado – profissionais, equipes e usuários (Teixeira, 2003).

A integralidade é um valor, uma *postura*, antes de constituir-se em dispositivo técnico, e é no plano das práticas dos profissionais e no cotidiano dos serviços de saúde que a sua produção se dá, marcadamente nos aspectos relacionais entre profissionais e usuários (Pinheiro & Mattos, 2001). Alicerçada no acolhimento, enquanto relação de compromisso ético-político, de responsabilidade e confiança entre trabalhadores, serviços e usuários, a atenção integral em saúde demanda práticas cuidadoras, caracterizadas pelo respeito às diferenças e a garantia da participação dos trabalhadores e usuários na decisão sobre o cuidado ofertado e recebido. A construção de uma *linha de cuidado*, integrando serviços e ações resolutivas por parte dos profissionais e das equipes, centrados no acolhimento, orientação e encaminhamento do usuário por uma rede cuidadora, é viável, desde que a *atenção* de gestores e formuladores das políticas públicas de saúde, *pouse* nas rugosidades dos microterritórios existenciais, nas paisagens psicossociais do cotidiano dos serviços e das equipes de saúde, através do *reconhecimento atento* de sua potência infinita em reinventarem-se (Ceccim & Ferla, 2006). Como terreno fértil, desses cenários brotam projetos de vida, de felicidade e de cidadania. As equipes de saúde, suas práticas e

processos cotidianos de trabalho, estão preches de potência e inventividade para construir o SUS que todos queremos.

## 5. Referências Bibliográficas

- Ayres, R. C. M. (2001). *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72.
- Barros, M. E. B. & Lucero, N. A. (2005). *A pesquisa em psicologia: construindo outros planos de análise. Psicologia & Sociedade*, 17 (2), 7-13.
- Benevides, R. (2005). *A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Boff, L. (2000). *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e instituciona a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 29 de setembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2003). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de atenção básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde. *Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2006a). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17 (2), 26-32.
- Capra, F. (1990). *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo, SP: Cultrix.

- Carvalho, L. B. (2006). *Práticas dos psicólogos em instituições públicas de saúde: o cuidado para com o outro*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Psicologia.
- CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. (2000). *Protocolo das ações básicas de saúde: Uma proposta em defesa da vida*. Capra, M.L.P. (org.).
- Cecílio, L.C.O.(2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A., (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 113-126). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco.
- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde* (165-184). Rio de Janeiro: CEPESC.
- Cruz, L., Hillesheim, B., & Guareschi, N.M.F. (2005). *Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi*. Psicologia & Sociedade, 17(3), 42-49.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil platôs. Vol. 1*. Rio de Janeiro: Ed. 34 Letras.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (orgs.) (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e Abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Farias, L. M., Marques, M. C., Leipelt, R. B., Santos, U. E. L., Souza, V. L. & Castro, J. D. (2006). Acolhimento: princípios, meios e fins – o uso da ferramenta do acolhimento como instrumento para a prática integral, equitativa, universal e humanizada em saúde. In Castro, J. D., Medeiros, J. E. (orgs.) *Sementes do SUS* (pp. 123-142). Porto Alegre: Pallotti.
- Figueiredo, V. V. & Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, 9 (2), 173-181.
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In Pinheiro, R., Mattos, R. A., (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (181-193). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.
- Houaiss, A (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.



- Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), 15-11.
- Luz, M. T. (1988). *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro,RJ: Campus.
- Luz, M. T. (2006). Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (09-20). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.
- Malta, D. C. (2001). *Buscando novas modelagens em saúde: As contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 199-1996*. Tese de doutorado não publicada. Faculdade de Medicina Preventiva. Universidade de Campinas.
- Maraschin, C. (2004). Pesquisar e intervir. *Psicologia & Sociedade*, 16 (1), 98-107.
- Mattos, R. A. & Pinheiro, R. (orgs.).(2003). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS, ABRASCO.
- Mattos, R. A. (2001).Os sentidos da integralidade: algumas das reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro, R., Mattos, R. A., (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco. p. 39-64.
- Matumoto, S. (2003). *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: Um ensaio cartográfico do acolhimento*. Tese de Doutorado não publicada. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Maturana, H. R. & Varela, F. (2001). *A árvore do conhecimento – as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo, SP: Palas Athena.
- Medeiros, P.F., Bernardes, A.G., & Guareschi, N. M. F. (2005). *O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 263-269.
- Merhy, E. E. & Onocko, R. (orgs). (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo,SP: Hucitec.
- Merhy, E.E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde – uma discussão do Modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In Merhy, E.E., Campos, C.R. & Malta, D.C.(orgs.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. (pp. 103-120). São Paulo: Xamã.

- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2005). Engravitando palavras: O caso da integralidade. In Pinheiro, R., Mattos, R. A., (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 195-206).Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.
- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (7 ed.). São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- Morin, E. (1996). *O problema epistemológico da complexidade* (2 ed.). Portugal: Publicações Europa-América.
- Nascimento, M. L., Manzini, J.M., & Bocco, F. (2006). Reinventando as práticas psi *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 15-20.
- Neubern, M.S. (2000). As emoções como caminho para uma epistemologia complexa da Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (2), 153-163.
- Neubern, M.S. (2001). Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (1), 241-252.
- Paulon, S. M. (2005). A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3), 18-25.
- Pellanda, N. M. C. (2003). Conversações: Modelo cibernético da constituição do conhecimento/realidade. *Educação e Sociedade* 24(85), 1377-1388.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). (2005). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*.Rio de Janeiro: UERJ, IMS,ABRASCO.
- Pires, M.R.G.M. (2005). Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: Conhecer para Cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Ciência e saúde coletiva*, 10(4), 1025-1035.
- Rocha. M. L. , Aguiar, K. F. (2003). *Pesquisa-intervenção e produção de novas análises*. *Psicologia: ciência e profissão*, 23 (4),
- Rolnik, S. (1989) *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Silva Júnior, A. G. & Mascarenhas, M. T.M.(2006). Avaliação da atenção básica sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In Pinheiro, R., & Mattos,

- R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.
- SMS. Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul (2006). Projeto de matriciamento em saúde mental - (não publicado).
- Spink, M. J. (2004). *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ.
- Spink, M. J. (org.) (1999). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo, SP: Cortez.
- Takemoto, M. L. S. & Silva, E. M. (2007). Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 331-340.
- Teixeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Pinheiro, R., Mattos, R. A. (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (89-111). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO.
- Víctora, C.G., Knauth, R. & Hassen, M.N.A. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

## **5. Produção bibliográfica**

MANFROI, E.M.; FERLA, A A; GRANDI, S.; BERNARDI, A ; CLAUS, S.M. (2007). *Acolhimento e construção da integralidade: o olhar dos trabalhadores de saúde*. V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (ABRASCO), X Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social e XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde. 13 a 18 de julho de 2007, Salvador – Bahia. Resumo publicado em ANAIS: Equidade, Ética e Direito à Saúde: desafios à Saúde Coletiva na Mundialização. **Ciência & Saúde Coletiva**.

## **SEÇÃO 2 – ARTIGO DE REVISÃO CRÍTICA**

**TECENDO REFLEXÕES SOBRE O ACOLHIMENTO , INTEGRALIDADE E PRODUÇÃO DO  
CUIDADO EM SAÚDE: EM BUSCA DO FIO DA MEADA**

Eliana Maria Manfroi

Sandra Djambolakdjian Torossian

*“(...) pois não é uma patologia ou um evento biológico o que flui em uma linha de cuidado, mas uma pessoa, um processo de subjetivação, uma existência encarnada num viver individual”(Ceccim & Ferla, 2006).*

**Resumo**

O presente texto procura tecer reflexões e propor questões derivadas das tramas e relações entre a Integralidade, Acolhimento e produção do Cuidado em saúde, enquanto eixos estruturantes na construção e afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS). A temática ganha relevância a partir da constatação de que as práticas dos profissionais e das equipes de saúde, a organização da rede de serviços e as políticas governamentais da área, nem sempre têm atendido essas prerrogativas, constituindo-se em *nós críticos* a serem desatados. A rede de atenção em saúde, formada pelos serviços e pelas suas equipes, é tomada como uma *rede de conversações*, de trocas e de cooperação entre todos que dela participam. A construção de uma linha de cuidado centrada no Acolhimento, orientação e

encaminhamento do usuário por uma rede cuidadora, em uma *malha de cuidados progressivos* em saúde, potencialmente resolutivos e geradores de projetos de afirmação da vida, constitui-se, atualmente, no desafio, ou seja, no fio da meada a ser desatado pelo atores implicados com o ideário do SUS.

**Palavras-chave:** Integralidade, Acolhimento, Cuidado em saúde, Linha de Cuidado, Rede de Conversações.

### **Abstract**

This text aims at giving rise to reflections and proposing issues resulting from plots and relationships among Integrity, Receptiveness and production of Health Care as the structural axes in the building and statement of the Unified Health System (SUS). The thematic issue becomes relevant from the corroboration that practices performed by professionals and health teams, the organization of the service network, and the government policies of such field have not always met these prerogatives which comprise *critical knots* to be untied. The health attention network formed by the service and their teams is regarded as a conversation network which enables exchanges and cooperation among the ones who take part in it. The construction of a Continuum Care focused on Receptiveness, orientation, and patient forwarding by a caring network taking such patients to another point in *progressive health care systems* which are potentially resolute and generators of life affirmation which is nowadays the challenge offered to the ones involved in the SUS ideals.

**Key-words:** Integral care, Receptiveness, Health Care, Continuum Care, Network Conversations.

## **Introdução**

Este texto pretende apresentar uma trama de conceituações e reflexões sobre três dos principais fios condutores na construção e afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS): o princípio da Integralidade, o Acolhimento e a produção do Cuidado às demandas de saúde da população brasileira. A confluência dos temas ganha destaque a partir da constatação de que as práticas dos profissionais, das equipes de saúde, a organização da rede de serviços e as políticas governamentais da área, nem sempre têm atendido essas prerrogativas, naquilo que Merhy (1998), nomeou de *perda da dimensão cuidadora na produção de saúde*. O objetivo desta *tecitura* de conceitos é refletir sobre como o acolhimento e a integralidade, enquanto construtores de práticas efetivamente cuidadoras e resolutivas, contribuem para a construção do modelo de saúde preconizado pelo SUS.

Constituindo-se em um atributo das práticas dos profissionais no campo da saúde, independentemente de se darem em instituições públicas ou privadas, a Integralidade é um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS), ao lado da *Equidade* e da *Universalidade*. Sem a pretensão de esgotar as discussões em torno da temática, esta breve reflexão se propõe a colocar em análise esse princípio, ao lado do Acolhimento e do Cuidado, tecendo tramas e levantando alguns nós críticos que contribuam para a busca do fio da meada das práticas de integralidade na direção da construção do SUS.

O Sistema Único de Saúde é o resultado do movimento social conhecido como Reforma Sanitária Brasileira que, nas décadas de 70 e 80, associa as mudanças na área da saúde à conquista da democracia, emergindo do processo político mais amplo de redemocratização do país. A nova Constituição Federal, de 1988, incorpora os pressupostos indicados pelo movimento da Reforma Sanitária, e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) operacionaliza as disposições constitucionais, instaurando as diretrizes e princípios do SUS:



a *Integralidade*, a *Equidade*, como igualdade na atenção, de acordo com as necessidades de cada usuário e a *Universalidade*, enquanto acesso universal a todos (BRASIL, 2006a).

O Movimento Sanitarista propunha, ainda, uma ruptura com um modo hegemônico de produção de saúde, construído a partir dos referenciais científicos positivistas da Modernidade e do saber médico especializado (Brasil, 2005). Luz (1998) denomina e caracteriza a *racionalidade científica moderna* pela fragmentação tanto da natureza como do sujeito do conhecimento, o ser humano. A já conhecida comparação do corpo humano a uma máquina, como base para compreender o funcionamento do todo a partir das propriedades de suas partes, tomadas isoladamente, traduz, de forma simples, mas eficaz, o modelo então predominante na saúde (Capra, 1990, p.116). O saber médico, ao alcançar o status de prática científica, passa a constituir-se em referencial para a formação dos outros profissionais do setor saúde (Brasil, 2005).

### **O fio da Integralidade**

Houaiss (2001, p.1630) inclui pela primeira vez o vocábulo *Integralidade* no dicionário, indicando seu sentido léxico: “s.f. **1.** qualidade do que é integral **1.1** reunião de todas as partes que formam um todo; totalidade, completude”. Na etimologia da palavra está o adjetivo *integral*, também definido por Houaiss como “aquilo que não sofreu qualquer diminuição ou restrição” (p. 1630). A busca pela definição de *Integralidade* da atenção em saúde, tem sido um campo de pesquisa, saberes e de práticas com muitas vozes e muitos sentidos, daí advindo seu caráter polissêmico e polifônico (Cecílio, 2001; Franco e Merhy, 2005; Merhy, 1998, 2002; Pinheiro e Mattos, 2001, 2003, 2005, 2006; Pinheiro, Ferla e Mattos, 2006).

Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos realizaram um trabalho de fôlego na construção dos seus sentidos, à frente do Laboratório de Pesquisa Sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenando atualmente um importante núcleo nacional de produção de conhecimento e de pesquisa sobre a temática. Mattos (2001) mostra que mais importante do que uma definição de *Integralidade*, são os seus sentidos. O movimento conhecido como medicina integral foi um dos primeiros sentidos do termo. Iniciado nos Estados Unidos, na década de 70, esse movimento criticava o fato de os médicos apresentarem uma atitude cada vez mais fragmentada diante dos pacientes, através das especialidades médicas. O avanço tecnológico, com inúmeros aparelhos e sistemas anátomo-fisiológicos, cada vez mais sofisticados, levava os profissionais a *recortar analiticamente* seus pacientes, através de uma área de especialização. Em contrapartida, segundo o autor, as necessidades psicológicas e sociais eram excluídas, em uma postura considerada *reducionista* (Mattos, p. 44-45) (grifos da autora).

Ao chegar ao Brasil, na década de 80, o movimento da medicina integral aproximou-se dos departamentos de saúde preventiva nas universidades, ganhando traços mais políticos, como uma resistência à falta de democracia dos governos militares, tornando-se o berço do *Movimento Sanitário*, que resultaria na criação do SUS (Mattos, 2001). A versão brasileira da medicina integral visava à transformação das políticas, dos serviços e das práticas de saúde pública e passou a ser uma bandeira de luta de todos profissionais do setor. Mattos evidencia, atualmente, três dimensões do princípio da *Integralidade*. A primeira é a que se refere aos conhecimentos e às práticas dos profissionais de saúde; a segunda enquanto dimensão da organização da rede de serviços,

de forma a atender, integralmente e com qualidade, as necessidades de saúde e, finalmente, a terceira como políticas governamentais que incluam a participação social em suas diretrizes. Neste estudo, tomaremos as duas primeiras dimensões como eixo prioritário de análise, sem, contudo, ceder à armadilha reducionista de ignorar a dimensão política.

A perspectiva dessa reflexão é conceber a *Integralidade* como um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem àqueles que os procuram, constituindo antes uma *postura* do que um dispositivo puramente técnico. É ainda no plano das práticas no cotidiano dos serviços de saúde que se dá a produção da *Integralidade*, notadamente nos aspectos relacionais entre profissionais e usuários (Merhy, 2002; Pinheiro & Mattos, 2001).

Mattos (2001) propõe que:

Talvez fosse mais útil falar da integralidade como uma dimensão das práticas. Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e portanto às suas posturas) a realização da integralidade. (p. 52).

Um dos fios das meada da *Integralidade* é o processo de encontro dos trabalhadores de saúde com os usuários, através do dispositivo do Acolhimento nos serviços de saúde. A dimensão desse dispositivo é que será apresentada a seguir, acrescentando mais uma trama ao desenho proposto nesta reflexão.

### **Tecendo o Acolhimento**

A prática do *Acolhimento* aos usuários, realizada pelos profissionais nos serviços de saúde, vem sendo tomada como um componente fundamental da *Integralidade*. Merhy e Onocko (1997, p. 138) definem o *Acolhimento* como “uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e os serviços, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde”.

Silva Júnior e Mascarenhas (2006) propõem que o *Acolhimento* é um dispositivo disparador de reflexões e gerador de mudanças na forma como se organizam os serviços e práticas dos trabalhadores. A exemplo da *Integralidade*, os autores trazem três dimensões do *Acolhimento*: a primeira como *postura*, a segunda como *técnica*, enquanto procedimento padrão efetuado na recepção aos usuários, e a terceira, como um princípio de organização dos serviços que encaminham um usuário de um serviço a outro da rede de saúde. A primeira, a *postura*, pressupõe “a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas (...) estabelecendo uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio (...) abrindo perspectivas de diálogo” (p. 243).

A relação entre *Integralidade* e *Acolhimento* nas práticas dos profissionais de saúde, tem demandado estudos recentes, quase todos desenvolvidos nas áreas da Enfermagem e Medicina, ou ainda com foco na equipe de saúde como um todo, sendo raros os apontamentos em relação às ações dos psicólogos clínicos (Farias, Marques, Leipelt, Souza e Castro, 2006; Malta, 2001; Matumoto, 2003; Takemoto e Silva, 2007). Entre as principais conclusões dos autores citados, está a de que a *Integralidade* continua sendo um conceito em construção, mas que já sinaliza estar alicerçada no *Acolhimento*, enquanto

relação de compromisso ético-político, responsabilidade e confiança entre trabalhadores, serviços e usuários (Pinheiro & Mattos, 2005).

Merhy (1998, 2002) concebe o trabalho em saúde enquanto *tecnologias* complexas que vão além de equipamentos e procedimentos técnicos de saúde. O autor utiliza a imagem de uma *caixa de ferramentas*, uma espécie de valise, onde o trabalhador de saúde tem seus recursos tecnológicos de cuidado em saúde. A *tecnologia dura* são as máquinas, os equipamentos que o profissional utiliza. Já o conhecimento, sob a forma dos saberes profissionais, estruturados, “como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem ou do psicólogo (...) nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho e que está sempre presente nas atividades de Saúde” (Merhy, 1998, p.106). O autor denomina de *tecnologia leve-dura* esse saber técnico, próprio de um núcleo profissional específico. Por fim, Merhy (1998) propõe uma *tecnologia leve*, que está presente nas relações, como quando um trabalhador de saúde realiza uma abordagem assistencial, através do *Acolhimento* e do *Cuidado* aos usuários dos serviços de saúde.

### **Linhas de cuidado tramando redes**

Acrescenta-se aos princípios da Integralidade e do Acolhimento, uma dimensão cuidadora na produção de saúde, onde o constructo Cuidado é aqui tomado na acepção de Boff (2000), Ayres (2001), Merhy (2002), Luz (2006) e Ceccim e Ferla (2006). Cuidado é o que se opõe ao descaso, ao descuido, pois “cuidar é mais do que um ato; é uma atitude (...) de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 2000, p.73). Entendido não mais como um procedimento técnico

simplificado, mas como uma ação integral, com respeito às diferenças e à garantia da participação do usuário na decisão sobre sua saúde, o cuidado é “o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social” (Luz, 2006, p 19).

Enquanto fio condutor do ideário do SUS, o constructo exige um olhar mais apurado, uma reflexão mais profunda, necessitando mesmo ser engravidado de sentidos, no dizer de Merhy (2005). Boff (2000) e Ayres (2001) buscam essa ampliação, quando reproduzem livremente Martin Heidegger, o “filósofo do cuidado”, que traz em sua obra *Ser e Tempo*, o mito alegórico de Hígino. Em sua livre adaptação, Boff relata como o personagem *Cuidado* encontra um pedaço de barro ao atravessar um rio e o toma, dando-lhe forma humana e pedindo a Júpiter que soprasse *espírito* nele. Quando vai nomear a criatura, *Júpiter* reivindica para ela seu próprio nome, dizendo ter-lhe dado o sopro da vida. Em seguida surge *Terra*, exigindo que seja dado seu nome, pois doou o barro que o constituiu. Inicia-se uma discussão, quando *Saturno* intervém para mediar o conflito:

“Você, Júpiter, deu-lhe o espírito: receberá pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo: receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver” (Boff, 2000, p. 46).

Na alegoria descrita, a argila, o barro é moldado pela atitude cuidadora de alguém, que lhe dá forma, lhe dá o sopro do espírito e sua existência passa a ter importância, exigindo desvelo, solicitude, diligência e zelo (Boff, 2000; Ayres, 2001). Cuidar de alguém

implica em construir projetos de vida, sustentando uma relação entre matéria e espírito, entre o corpo e a mente.

Considerado por Merhy (2002) como a *alma dos serviços de saúde*, o ato de cuidar não é destacado de um modelo de atenção à saúde, que conjuga saberes e práticas diferenciados. São as *caixas de ferramentas* merhynianas, que quanto mais diversificadas, trazem maiores possibilidades de compreender e atender as demandas contemporâneas de saúde. Colocando o *dedo* no ponto nevrálgico da produção do cuidado, o autor localiza na micropolítica dos processos de trabalho, no cotidiano dos serviços, nos profissionais, com seus saberes e práticas de cuidado e na concepção sobre o processo saúde e doença, os nós críticos a serem desatados para qualificar e implantar uma efetiva *linha de produção do cuidado*, na acepção do mito de Hígino – o implicar-se efetivamente com o outro.

Linha de cuidado em saúde é conceituada como a articulação ou a facilitação, enquanto acesso, ao “conjunto de serviços ambulatoriais ou hospitalares, aos cuidados de médicos ou outros profissionais (psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiros e outros) e as tecnologias de diagnóstico e tratamento capazes de contribuir para a integralidade do cuidado que as pessoas necessitam” (Brasil, 2005, p. 123). Ceccim e Ferla (2006, p. 165) *engravidam* essa concepção, atando-a à organização da gestão e da atenção à saúde, “que toma como referência o conceito de integralidade na sua tradução em *práticas cuidadoras*”. Ou seja, concebem uma gestão setorial e de práticas assistenciais, em resposta a uma determinada concepção de saúde, não centrada apenas no tratamento das doenças, mas essencialmente na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras de saúde e de afirmação da vida (Ceccim & Ferla). Os autores reafirmam a importância da reflexão permanente sobre o processo de trabalho em equipe, para que uma linha de cuidado cumpra

seu potencial de resolutividade, através do desenvolvimento de laços de confiança entre os profissionais da mesma equipe, entre os serviços e em toda rede (Ceccim & Ferla, 2006).

Organizar linhas de cuidado exige o planejamento de fluxos e intervenções resolutivas dos profissionais e das equipes, centradas no Acolhimento, orientação e encaminhamento dos usuários por uma rede cuidadora, através do sistema de referência e contra-referência, que levam os usuários de um ponto a outro da rede, tecendo uma espécie de *malha de cuidados progressivos em saúde* (Ceccim & Ferla, 2006). Ainda assim, no cotidiano dos serviços do SUS, é comum que esse sistema de encaminhamentos torne-se antes uma burocratização do acesso aos recursos assistenciais, com a banalização de sua utilização, perdendo-se sua dimensão e potência de facilitar o andar do usuário pela linha do cuidado.

A produção da Integralidade e do Cuidado em saúde, através das práticas de Acolhimento, configura-se em um enredamento, compreendido como uma *rede de conversações*. Da qualidade desse diálogo depende o andar resolutivo do usuário pela linha de cuidado em saúde.

### **Rede de Conversações**

Da *costura* do acolhimento com o fio da integralidade, emerge uma trama denominada *rede de conversações* (Teixeira, 2003; Merhy, 2005). A rede de atenção em saúde, formada pelos serviços e pelas suas equipes, é tomada por Teixeira (2003) e Merhy (2005), como uma *rede de conversações*, de trocas e de cooperação entre todos que dela participam. Para os autores, o Acolhimento assume uma perspectiva essencialmente comunicacional, de diálogo, sendo a conversa, enquanto escuta qualificada, a ferramenta



principal das atividades de um serviço de saúde e tomada como uma *tecnologia leve* de produção de cuidado. Concebendo a rede de serviços de saúde, suas equipes e suas práticas de Cuidado como uma rede de conversações, Teixeira (2003) lembra que cada *nó* da rede corresponde a um encontro, um momento de conversa envolvendo uma série de atividades, conformando um autêntico espaço coletivo de conversação, com a possibilidade de ser mapeado.

A essa *técnica de conversa* ou de relação, o autor nomeia de Acolhimento, que se dá em todos os lugares da rede e tudo interliga (Teixeira, 2003). Os documentos de referência e contra-referência utilizados no SUS para o encaminhamento dos usuários de um serviço a outro, podem ser considerados como *técnicas de conversa* entre os profissionais e os serviços, em um verdadeiro diálogo que deveria manter a interconexão entre todas as partes, notadamente com o usuário que *caminha* pela linha do cuidado. Paradoxalmente, as práticas do cotidiano dos serviços de saúde têm, em algumas situações, excluído os usuários deste diálogo, quando necessitam recontar sua história e suas demandas de saúde, a cada novo serviço e profissional que o recebe. É como se ele estivesse sempre partindo do *marco zero*, tal qual uma *tábula rasa*, onde nada ainda foi *escrito* (grifos da autora). Estaria aí um dos fios da meada ?

O constructo *rede de conversações*, ganha perspectivas amplas se tomado a partir da Biologia do Conhecer, proposta por Maturana e Varela (2001). Os autores postulam que não há separação entre os fenômenos da cognição e do processo de viver. Por essa perspectiva, não há separação entre os fenômenos do conhecer e do viver, mas antes um contínuo diálogo cooperativo entre os seres vivos.

A aproximação da Psicologia com a Biologia do Conhecer não é inédita, e tem provocado reflexões importantes sobre o processo da pesquisa e da construção do conhecimento, sustentando que “o conhecimento não se limita ao processamento de informações oriundas de um mundo anterior à experiência do observador, o qual dele se apropria para fragmentá-lo e explorá-lo” (Maturana & Varela, p. 14). Os autores apontam para a autonomia dos seres vivos, capazes de se autoproduzirem ao interagirem com o meio, em uma rede de conversação mútua, os autores denominam de *autopoiese*.

A Biologia do Conhecer postula que os sistemas vivos, entre eles os seres humanos, e o meio em que vivem, se modificam de forma congruente produzindo mudanças sobre o outro, de forma recorrente. Esse processo, em essência uma rede de conversações, é um diálogo cooperativo que, nos seres humanos, é mediado pelo processo lingüístico (Pellanda, 2003). A proposta deste estudo é que o encontro clínico, produtor de acolhimento e cuidado, entre psicólogos e usuários dos serviços de saúde, *usuário-observado* e o *profissional-observador*, supera essa dicotomia quando esses tornam-se produtores e produtos dessa interação, num legítimo processo autopoietico.

### **Trama final**

Uma trama, um enredamento, proposto por esse estudo, inicialmente, é o de que o encontro clínico, produtor de Acolhimento e Cuidado, entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, *usuário-observado* e o *profissional-observador*, superam essa dicotomia e tornam-se produtores e produtos dessa interação, num legítimo processo autopoietico. É com essa perspectiva que as práticas dos profissionais de saúde, através do *Acolhimento*, são tomadas nesta reflexão, enquanto relações e redes de conversações entre os sujeitos

implicados no ato do Cuidado – profissionais, equipes e usuários. Como tem sido a qualidade desse diálogo, dessa *conversa*, e onde está o fio da meada para desatar os *nós*, os *furos* da rede, ou ainda, para tecer uma *malha forte* de cuidados, é a provocação que fica para futuras reflexões de todos os atores implicados na construção e consolidação do ideário do SUS.

Concebendo a Integralidade como um valor, uma *postura*, antes de constituir-se em dispositivo técnico, é no plano das práticas dos profissionais e no cotidiano dos serviços de saúde que a sua produção se dá, marcadamente nos aspectos relacionais entre profissionais e usuários. Alicerçada no Acolhimento, enquanto relação de compromisso ético-político, de responsabilidade e confiança entre trabalhadores, serviços e usuários, a atenção integral em saúde demanda práticas cuidadoras, caracterizadas pelo respeito às diferenças e a garantia da participação do usuário na decisão sobre sua saúde. Isso lhe permitirá ter sua demanda de saúde atendida, com a reafirmação de seu projeto de vida e de felicidade.

Por fim, vale ressaltar a alegoria de Higino, onde a argila, enquanto terra fértil, é moldada pela atitude cuidadora de alguém que lhe dá corpo e lhe sopra vitalidade, concedendo-lhe importância e zelo. Como terreno fértil, dela brotam projetos de vida, de felicidade e de cidadania. Assim também são as equipes de saúde, suas práticas e processos cotidianos de trabalho, prenes de potência e inventividade para construir o SUS que todos queremos.

## Referências Bibliográficas

- Ayres, R. C. M. (2001). *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72.
- Boff, L. (2000). *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2005). Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dois faces da mesma moeda: Microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2006a). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Capra, F. (1990). *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo, SP: Cultrix.
- Carvalho, L. B. (2006). *Práticas dos psicólogos em instituições públicas de saúde: o cuidado para com o outro*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Psicologia.
- Cecílio, L.C.O.(2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A., organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 113-126). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco.
- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). (2006). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde* (pp. 165-184). Rio de Janeiro: CEPESC.

- Farias, L. M., Marques, M. C., Leipelt, R. B., Santos, U. E. L., Souza, V. L. & Castro, J. D. (2006). Acolhimento: princípios, meios e fins – o uso da ferramenta do acolhimento como instrumento para a prática integral, equitativa, universal e humanizada em saúde. In Castro, J. D., Medeiros, J. E. (orgs.) *Sementes do SUS* (pp. 123-142). Porto Alegre: Pallotti.
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In Pinheiro, R., Mattos, R. A., (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 181-193). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.
- Houaiss, A (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), 15-11.
- Luz, M. T. (1988). *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, RJ: Campus.
- Luz, M. T. (2006). Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO. p. 09-20.
- Malta, D. C. (2001). *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 199-1996*. Tese de doutorado não publicada. Faculdade de Medicina Preventiva. Universidade de Campinas.
- Mattos, R. A. & Pinheiro, R. (orgs.).(2003). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS, ABRASCO.

- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas das reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro, R., Mattos, R. A., (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 36-64). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco.
- Matumoto, S. (2003). *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento*. Tese de doutorado não publicada. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Maturana, H. R. & Varela, F. (2001). *A árvore do conhecimento – As bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo, SP: Palas Athena.
- Merhy, E. E. & Onocko, R. (orgs). (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Merhy, E.E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde – uma discussão do Modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In Merhy, E.E., Campos, C.R. & Malta, D.C.(orgs.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. (pp. 103-120). São Paulo: Xamã.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2005). Engravidando palavras: o caso da integralidade. In Pinheiro, R., Mattos, R. A., (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO. p.195-206.
- Pellanda, N. M. C. (2003). Conversações: Modelo cibernético da constituição do conhecimento/realidade. *Educação e Sociedade* 24(85), 1377-1388.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). (2001). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde* (pp. 09-20). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.

- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). (2005). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). (2006). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.
- Pinheiro, R., Ferla, A. & Mattos, R. A. (orgs.). (2006). *Gestão em redes: tecendo os fios da Integralidade*. Rio de Janeiro: EdUCS, IMS, UERJ.
- Silva Júnior, A. G. & Mascarenhas, M.T.M.(2006). Avaliação da atenção básica sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 241-257). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.
- Takemoto, M. L. S. & Silva, E. M. (2007). Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 331-340.
- Teixeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Pinheiro, R., Mattos, R. A. (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 89-111) Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO.

**SEÇÃO 3 – ARTIGO EMPÍRICO**



## **Acolhimento, Integralidade e Cuidado em saúde: cartografando a metamorfose das práticas em um serviço de saúde mental\***

Eliana Maria Manfro  
Sandra Djambolakdjian Torossian

### **Resumo**

O presente artigo relata as transformações nas práticas de acolhimento, cuidado e referência dos usuários de um ambulatório de saúde mental para crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS) de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, em 2007. A concepção de investigação escolhida foi a da pesquisa-intervenção e a cartografia, o método para registrar as metamorfoses desse território. A qualificação do acolhimento realizado pelo serviço, através do aperfeiçoamento dos instrumentos de referência e contra-referência dos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o ambulatório, foi o principal efeito da intervenção.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Integralidade da atenção; Linha de Cuidado; Referência.

### **Abstract**

This article reports the changes in the practice of receptiveness, health care and referentation of the patients at the mental health clinic for children and adolescents belonging to Unified National Health System (SUS) in the city of Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, in 2007. The choice for the concept of investigation was the intervention research and cartography, the method to recording the metamorphosis of this territory. The

qualification of the receptiveness carried out by the service based on the improvement of reference and counter-reference tools of patients at UBS (Basic Health Units) for the clinic was the main effect of the intervention.

**Key words:** Receptiveness; Integral Care; Continuum care; Referentiation.

### **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem no princípio da integralidade da atenção um dos pilares de um modelo de cuidado que não está dado, mas em processo de construção. Sabe-se onde se quer chegar. Contudo, os atores implicados com o ideário do SUS ainda estão percorrendo o caminho que leva ao modelo de cuidado desejado, registrando os contornos do território, para então construir um mapa, tal qual um cartógrafo. Este artigo apresenta os resultados de uma dessas *expedições* a uma paisagem psicossocial específica: um ambulatório de saúde mental para crianças e adolescentes do SUS de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, nos anos de 2006 e 2007. A entrada da autora nesse território buscou, inicialmente, apenas conhecer as práticas de acolhimento e cuidado dos profissionais psicólogos aos usuários do serviço, e se as mesmas contribuía para a construção da integralidade da atenção em saúde.

No campo de pesquisa também foram investigados os boletins de referência e contra-referência, instrumentos que levam os usuários de um ponto a outro da linha de cuidado, onde deveriam ver atendidas todas as suas demandas de saúde. A escolha pela análise desses documentos deveu-se ao fato de os mesmos constituírem-se em importantes indicadores da qualidade do acolhimento e da produção da integralidade no cotidiano dos

serviços e nas práticas de cuidado dos profissionais, pela forma como são preenchidos, denotando uma escuta empobrecida das necessidades de saúde dos usuários.

Todavia, a entrada da pesquisadora no território, colocou em movimento a potência inventiva da equipe para, mais do que refletir sobre suas práticas, também transformá-las. É esse percurso que relatamos a seguir, apresentando inicialmente os marcos teóricos em torno dos constructos *integralidade*, *acolhimento* e *cuidado*, seguido do método utilizado na investigação, seus efeitos e conclusões.

O acolhimento é considerado, neste estudo, como uma das principais ferramentas da produção da integralidade, enquanto *tecnologia leve* (Merhy<sup>1</sup>) de cuidado. Mattos<sup>2</sup> evidencia, atualmente, três dimensões do princípio da *Integralidade*. A primeira é a que se refere aos conhecimentos e às práticas dos profissionais de saúde; a segunda enquanto dimensão da organização da rede de serviços, de forma a atender, integralmente e com qualidade, as necessidades de saúde e, finalmente, a terceira como políticas governamentais que incluam a participação social em suas diretrizes. Neste estudo, tomaremos a primeira dimensão como eixo prioritário de análise, sem, contudo, ceder à armadilha reducionista de ignorar as outras duas, notadamente a da organização dos serviços e dos processos de trabalho intra-equipes.

A perspectiva deste estudo é conceber a *Integralidade* como um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem àqueles que os procuram, constituindo antes uma *postura* do que um dispositivo puramente técnico. É ainda no plano das práticas no cotidiano dos serviços de saúde que se dá a sua produção, notadamente nos aspectos relacionais entre profissionais e usuários (Merhy<sup>1</sup>; Pinheiro & Mattos<sup>3</sup>).

A prática do *Acolhimento* aos usuários, realizada pelos profissionais nos serviços de saúde, vem sendo tomada como um componente fundamental da *Integralidade*. Merhy e Onocko<sup>4</sup> definem o *Acolhimento* como “uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde” (p.114).

Silva Júnior & Mascarenhas<sup>5</sup> propõem que o *Acolhimento* é também um dispositivo disparador de reflexões e gerador de mudanças na forma como se organizam os serviços e as práticas dos trabalhadores. A exemplo da *Integralidade*, os autores trazem três dimensões do *Acolhimento*: a primeira como *postura*, a segunda como *técnica*, e a terceira como um princípio de reorientação dos serviços, enquanto processo de trabalho. A primeira pressupõe “a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas (...) estabelecendo uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio (...) abrindo perspectivas de diálogo”<sup>5</sup> (p. 243).

Acrescenta-se ainda ao princípio da *Integralidade*, uma dimensão cuidadora na produção de saúde, onde o constructo *Cuidado* é tomado, nesse estudo, na acepção de Boff<sup>6</sup>, Ayres<sup>7</sup>, Merhy<sup>1</sup>, Luz<sup>8</sup> e Ceccim & Ferla<sup>9</sup>. Cuidado é o que se opõe ao descaso, ao descuido, pois “cuidar é mais do que um ato; é uma atitude (...) de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff<sup>6</sup>, p.73). Entendido não mais como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, com respeito às diferenças e a garantia da participação do usuário na decisão sobre sua saúde, o cuidado é “o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em

grande medida fruto de sua fragilidade social” (LuZ<sup>8</sup>, p 19). Enquanto fio condutor do ideário do SUS, esse constructo exige, neste momento, um olhar mais apurado, uma reflexão mais profunda, necessitando mesmo ser engravidado de sentidos, no dizer de Merhy<sup>1</sup>.

Considerado por Merhy<sup>1</sup> como a *alma dos serviços de saúde*, o ato de cuidar não é destacado, ou seja, entendido fora de um modelo de atenção à saúde, que conjuga saberes e práticas diferenciados. São as *caixas de ferramentas* merhynianas, que quanto mais diversificadas, trazem maiores possibilidades de compreender e atender as demandas contemporâneas de saúde. Colocando o *dedo na ferida* da produção do cuidado, o autor localiza na micropolítica dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços e, nos saberes e práticas dos profissionais e das equipes, os nós críticos a serem desatados para qualificar e implantar uma efetiva *linha de produção de cuidado*, na acepção de implicar-se efetivamente com o outro.

### **Linhas de cuidado tecendo redes de conversações**

Linha de cuidado em saúde é conceituada como a articulação ou a facilitação, enquanto acesso, ao “conjunto de serviços ambulatoriais ou hospitalares, aos cuidados de médicos ou outros profissionais (psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiros e outros) e as tecnologias de diagnóstico e tratamento capazes de contribuir para a integralidade do cuidado que as pessoas necessitam” (Brasil<sup>10</sup>, p. 123). Ceccim e Ferla<sup>9</sup> *engravidam* essa concepção, atando-a à organização da gestão e da atenção à saúde, “que toma como referência o conceito de integralidade na sua tradução em *práticas cuidadoras*” (p. 165). Ou seja, concebem uma gestão setorial e de práticas assistenciais, em resposta a uma

determinada concepção de saúde, não centrada apenas no tratamento das doenças, mas essencialmente na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras de saúde e de afirmação da vida. Os autores reafirmam a importância da reflexão permanente sobre o processo de trabalho em equipe, para que uma linha de cuidado cumpra seu potencial de resolatividade, através do desenvolvimento de laços de confiança entre os profissionais da mesma equipe, entre os serviços e em toda rede (Ceccim & Ferla<sup>9</sup>).

Organizar linhas de cuidado exige o planejamento de fluxos e intervenções resolutivas dos profissionais e das equipes, centradas no acolhimento, orientação e encaminhamento dos usuários por uma rede cuidadora, através do sistema de referência e contra-referência, tecendo uma espécie de *malha de cuidados progressivos em saúde* (Ceccim & Ferla<sup>9</sup>). Ainda assim, no cotidiano dos serviços do SUS, é comum que esse sistema de encaminhamentos torne-se antes uma burocratização do acesso aos recursos assistenciais, com a banalização de sua utilização, perdendo-se sua dimensão e potência de facilitar o andar do usuário pela linha de cuidado.

A premissa deste estudo é que o encontro clínico, produtor de acolhimento e cuidado, entre psicólogos e usuários dos serviços de saúde, *usuário-observado* e o *profissional-observador*, supera essa dicotomia e esses tornam-se produtores e produtos dessa interação. É com essa perspectiva que as práticas dos psicólogos, através do acolhimento, são tomadas neste estudo, enquanto relações e redes de conversações entre os sujeitos implicados no ato do cuidado – psicólogos, equipes e usuários.

O constructo *rede de conversações*, ganha perspectivas ainda mais amplas se tomado a partir da Biologia do Conhecer, proposta pelos biólogos chilenos Humberto

Maturana e Francisco Varela, na década de 70. Revolucionando a Biologia e as teorias cognitivas com uma nova abordagem sobre o funcionamento dos seres vivos, Maturana e Varela<sup>11</sup> postulam que não há separação entre os fenômenos da cognição e do processo de viver. Os autores propõem a autonomia dos seres vivos, capazes de autoproduzirem-se, ao interagirem com o meio, sendo ao mesmo tempo produto e produtores de si mesmos. A esse processo paradoxal, constituinte dos seres vivos, de “singularidade e conectividade” concomitantes, em uma conversação mútua, Maturana e Varela<sup>11</sup> denominam de *autopoiese*.

### **Método**

Ao concebermos, como Humberto Maturana, que *todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer*, que se dá no “domínio do conviver”, enquanto *rede de conversações*, elegeu-se para realização deste percurso investigativo, a concepção da pesquisa-intervenção (Rocha & Aguiar<sup>12</sup>; Maraschin<sup>13</sup>; Paulon<sup>14</sup>). A opção justifica-se pelo entendimento de que o observador não é mais alguém fora do sistema, observando a realidade da qual não faz parte, mas antes um sujeito implicado, que tem que dar conta de sua própria ação ao operar (Maraschin<sup>13</sup>). Entendendo que todo pesquisar é uma intervenção, Maraschin<sup>13</sup> reforça que o próprio ato de perguntar produz tanto no observador como nos observados, possibilidades de autoprodução, de autoria. “Nossos ‘objetos de pesquisa’ também são observadores ativos, produzem outros sentidos ao se encontrarem com o pesquisador, participam de redes de conversações que podem ser transformadas a partir de novas conexões, novos encontros” (Maraschin<sup>13</sup>, p. 105).

A cartografia veio aliar-se a essa concepção investigativa devido à sua potência em acompanhar as mudanças, as transformações no território, as modulações de uma *paisagem*, e não somente registrar o que lá já existe. Kastrup<sup>15</sup> traz uma significativa compreensão sobre esse processo, propondo um modo de funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. A partir do conceito de *atenção flutuante* de Freud e de *reconhecimento atento* de Bergson, a autora propõe quatro variedades ou etapas da atenção do cartógrafo: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento (Kastrup<sup>15</sup>, p. 18).

Em síntese, quando o cartógrafo chega ao campo, ele está desprovido de regras metodológicas rígidas, de saberes e expectativas, deixados na porta de entrada. Contudo, está munido de uma *atenção sensível*, para encontrar o inesperado, o que não conhecia, “embora já estivesse ali, como virtualidade” (Kastrup<sup>15</sup>, p. 21). O pesquisador, ao adotar esse método, deverá ter a ousadia investigativa de abandonar seu roteiro, seu *script*, e arriscar-se em um território inexplorado, móvel e mutante. Kastrup<sup>15</sup> conclui que a cartografia faz do conhecimento uma contínua invenção.

Sendo o eixo das preocupações deste estudo, as práticas de acolhimento na construção da Integralidade e de uma linha de cuidados progressivos em saúde, nossa *paisagem* é a rede de atenção à saúde mental do SUS de Caxias do Sul, RS, e nossos *parceiros de viagem*, os profissionais inseridos nas equipes desses serviços. Em nosso percurso metodológico, as estratégias e os instrumentos utilizados no trabalho de campo foram a imersão da pesquisadora em um cenário (serviço) de saúde, a observação participante, a realização de entrevistas e a análise documental.



### **Paisagem psicossocial**

O município de Caxias do Sul possui uma população de 404.187 habitantes (IBGE – ano-base: 2006), com gestão plena do sistema de saúde desde o ano de 1998. A rede de serviços do SUS é formada por 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Especialidades de Saúde (CES), uma central de diagnósticos, um Hemocentro Regional (HEMOCS), um pronto-atendimento 24 horas, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um hospital geral regional e uma rede de saúde mental. A rede de saúde mental é composta por nove serviços: três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, nas modalidades de CAPS II, CAPS Ad - álcool e outras drogas e CAPSi – infanto-juvenil), três Serviços Residenciais Terapêuticos, tipo II – todos de alta complexidade; dois ambulatórios especializados em saúde mental: o Centro de Atenção Integral em Saúde Mental (CAIS Mental) Adulto e Infanto-juvenil, e o Ambulatório de Atenção à Criança e ao Adolescente e Vítima de Maus-tratos (APOIAR), na média complexidade. Possui ainda serviço de urgência em saúde mental junto ao pronto atendimento 24 horas (SMS<sup>16</sup>).

Diante de uma *paisagem* tão ampla, nossa atenção foi capturada por um serviço específico da rede, o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental – CAIS Mental, na sua modalidade infanto-juvenil. A escolha desse serviço deveu-se, em parte à história da pesquisadora em relação ao mesmo, e a um *contorno* dessa peculiar *paisagem*, que há algum tempo nos causava estranhamento, desconforto e até mesmo certo desassossego: o sistema de referência entre a rede básica e o CAIS Mental, através dos boletins de referência e contra-referência (BRCR). Este cenário foi escolhido por demandar grande número de acolhimentos diários, por possuir o maior número de psicólogos clínicos em um mesmo local e por constituir-se no serviço com o maior número de usuários em lista de espera (demanda reprimida).

Atualmente, o CAIS Mental conta com uma equipe de seis psiquiatras, três psicólogas, uma assistente social, um técnico de enfermagem, dois recepcionistas, uma higienizadora e uma coordenadora, com formação em enfermagem. Subdividido em CAIS Mental infanto-juvenil e adulto, realiza atendimento ambulatorial psiquiátrico infanto-juvenil e adulto e atendimento psicológico apenas para crianças e adolescentes. O encaminhamento ao serviço se dá pela rede básica (UBS), serviços especializados, Poder Judiciário, Conselho Tutelar, Ambulatório Apoiar, CAPS infanto-juvenil, Hospital Geral regional e Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, através de boletim de referência e contra-referência. O agendamento para a psiquiatra se dá através da Central de Marcação de consultas da secretaria e do fluxo interno do próprio serviço, ou seja: da psicologia e serviço social do próprio CAIS.

### **Referência e Contra-Referência**

A referenciação entre a rede de serviços, de diferentes complexidades de atenção, tem como principal finalidade garantir a integralidade do atendimento, fazendo que com o usuário siga por uma linha de cuidado que lhe garanta “ *um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (Brasil<sup>17</sup>). O boletim de referência e contra-referência (BRCR) é uma ferramenta que realiza a derivação do usuário entre um serviço de atenção à saúde de menor complexidade, como uma unidade básica de saúde, para outro de maior complexidade, como um ambulatório especializado de saúde mental, por exemplo. A contra-referência faz o caminho de volta, com a derivação dos usuários para o sentido inverso, ou seja, para o local do primeiro atendimento (no exemplo citado, o retorno à UBS).

O nosso mal-estar em relação a esse documento, utilizado amplamente em toda a rede para encaminhamento dos usuários do SUS de um serviço para outro, resultava da observação quanto à forma de preenchimento do mesmo por parte dos profissionais de saúde dos serviços, quando referenciavam crianças e adolescentes ao CAIS Mental infanto-juvenil. Os profissionais do CAIS, quando necessitavam entrar em contato com o serviço que havia realizado o encaminhando, não sabiam a quem se dirigir. Segundo relato da equipe do ambulatório, não havia uma pessoa de referência, que pudesse dar mais informações sobre os usuários e suas famílias. Em síntese, as práticas de cuidado em saúde ainda não contemplam totalmente os princípios do vínculo, da responsabilização e da resolatividade do atendimento, essenciais na perspectiva da integralidade da atenção. Trata-se de um processo em construção.

O CAIS Mental infanto-juvenil tem como principal missão prestar atendimento psiquiátrico e psicológico a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Um nó crítico permanente do serviço tem sido a demanda reprimida. Dados de dezembro de 2006 indicavam uma lista de espera de 2.506 adultos e 113 crianças e adolescentes para atendimento psiquiátrico (SMS<sup>16</sup>). Tal demanda para a psiquiatria gerava um tempo de espera de até seis meses para adultos e 30 dias para crianças e adolescentes. Na psicologia, este tempo de espera era de cinco meses. Em dezembro de 2006 a lista de espera para atendimento psicológico no CAIS infanto-juvenil era de 300 usuários (SMS<sup>16</sup>). Em dezembro de 2007, este número era de 276 usuários para a psicologia e 3.167 para a psiquiatria, entre crianças, adolescentes e adultos.

No período de janeiro a outubro de 2007, a pesquisadora selecionou 36 boletins de referência e contra-referência (BRCR), oriundos de 13 unidades básicas de saúde (um boletim não indicava o serviço de origem) e de um serviço especializado. Os mesmos

chegaram ao CAIS quase sem nenhuma informação sobre o motivo do encaminhamento e mesmo sobre o próprio usuário. Buscou-se analisar nos documentos como se dá a produção da atenção integral, do acolhimento e do cuidado, através desta via de comunicação entre os serviços e as equipes da rede de saúde. Destacamos alguns boletins, cujos motivos de encaminhamento estão transcritos a seguir, de forma literal:

- “alteração de comportamento do pai” (sem indicação de idade da criança);
- “comportamento diferente” (8 anos);
- “auto-agressivo” (11 meses);
- “agitação” (sem indicação de idade);
- “alteração do comportamento” (10 anos);
- “ansiedade” (sem indicação de idade);
- “agitada, nervosa” (12 anos);
- “desânimo e irritação” (12 anos);
- “avaliação” (16 anos);
- “ao psicólogo” (6 anos);
- “conforme solicitação anexa” (9 anos – a solicitação anexa referia-se a um pedido da escola e não estava anexa ao BRCCR);
- “separação dos pais” (10 anos);
- “onicofagia”(sem indicação de idade);
- “ao psicólogo a pedido da escola” (6 anos);
- “agressividade” (2 anos);
- “dor abdominal” (sem referência de idade);
- “diabetes” (9 anos).

Paradoxalmente, no verso do boletim consta a orientação ao usuário e seus familiares; precisa apresentar o documento ao serviço e ao profissional para o qual foi encaminhado, pois “ajudará a melhor orientar o vosso atendimento (...) e para que seja dada continuidade ao cuidado que você necessita”. O cuidado que cada um desses 17 usuários necessitava, aguardou por longos meses um acolhimento e um *olhar* integral. Desses, três casos foram analisados e estão relatos a seguir.

### **Casos nada exemplares**

Da análise dos 17 documentos, foram selecionados três casos que capturaram a atenção da pesquisadora e da equipe do CAIS Mental, pela gravidade das ocorrências e por ainda representarem o descuido, a ausência de acolhimento e de integralidade da atenção à saúde. Foram relatos feitos pelas psicólogas do serviço, após acolherem encaminhamentos que esperavam por meses na lista de acesso ao CAIS, quando esses profissionais constatavam a urgência dos mesmos, ou ainda o equívoco do encaminhamento. Os casos selecionados não serão identificados, bem como os serviços de origem dos mesmos e dos profissionais que realizaram os encaminhamentos ao Centro de Atenção Integral à Saúde Mental.

O relato de três casos foi uma escolha que visou mostrar a necessidade urgente de rever e qualificar as práticas de acolhimento e de cuidado na rede básica e nos serviços de média e alta complexidade, como o CAIS Mental, devido à gravidade das implicações e decorrências da ausência da integralidade.

---

#### Caso 1 – “Ansiedade”

Menino de quatro anos é encaminhado por profissional da UBS ao CAIS Mental, com boletim de referência que dizia apenas “ansiedade”. No fluxo entre os serviços, essa criança esperou três meses em lista de espera e quando foi chamado para a primeira consulta com a psicóloga do CAIS, a mãe relatou que a criança foi abusada sexualmente. A genitora relatou a situação para o profissional da UBS, que imediatamente encaminhou ao CAIS Mental, porém nenhuma informação de urgência ou mesmo orientação aos familiares e assistência à criança. Descumpriu, inclusive, determinação legal que todo profissional de saúde deve informar ao órgãos de proteção qualquer suspeita de violência contra crianças e adolescentes. Imediatamente os profissionais do CAIS, ao ouvirem o relato, acionaram o Conselho Tutelar e encaminharam o caso com urgência para o APOIAR, ambulatório municipal especializado em cuidados às vítimas de violência.

---

---

#### Caso 2 - “Dor abdominal”

Psicóloga chama familiar e criança, após meses em lista de espera sobre encaminhamento feito por profissional da UBS ao CAIS, com o motivo de encaminhamento constando apenas: “dor abdominal”. A mãe comparece ao ambulatório com estranhamento e relata a seguinte situação à psicóloga: a criança foi levada ao profissional médico da Unidade Básica de Saúde, pois a mesma queixava-se de uma dor constante no lado esquerdo do abdômen. Avaliada na UBS a criança foi encaminhada para o CAIS para uma avaliação psicológica, pela qual teria que esperar alguns meses, no mínimo. Relata a mãe que, devido ao quadro intenso de dor, levou a criança a um pronto atendimento hospitalar e que a mesma estava com um quadro agudo de apendicite. Quando

---

compareceu ao CAIS, chamada por ter chegado sua vez na lista de espera, relatou que a criança não tinha nenhum problema e que a “dor” foi “tratada devidamente” através de uma cirurgia.

### Caso 3 – “Diabetes”

Com certo estranhamento, a psicóloga chama familiar e criança para uma primeira entrevista, encaminhada por uma UBS, através de pediatra, com o motivo de encaminhamento referido como “diabetes”. Após, novamente, aguardar em lista de espera, a mãe relata também não ter entendido a razão de ser direcionada ao CAIS. Conversando sobre o diagnóstico de diabetes e a vida da criança, a profissional da psicologia percebeu que a criança de alguma forma manipulava a família com sua doença, que foi pouco esclarecida da mesma e que necessitava, apenas, de uma orientação para manejar as novas necessidades e restrições da criança, o que poderia ter sido feito na UBS, meses atrás, no dia da consulta médica.

As situações destacadas anteriormente são, ainda, casos exemplares, entre muitos, que colocam em *evidência* a ainda incipiente atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de acolhimento ao outro, no seu sofrimento, ainda presente, nas práticas cotidianas de cuidado (Boff<sup>6</sup>). O ato de cuidar é considerado “a alma dos serviços de saúde”. Onde, e em que momento, os serviços e os profissionais da saúde perderam essa “alma”?

### **Um novo olhar**

A entrada no campo de pesquisa iniciou em janeiro de 2007, quando passa-se a selecionar os boletins de referência e contra-referência que chamavam a atenção da pesquisadora pelo seu conteúdo (ou pela falta dele). A atenção da cartógrafa foi tocada, principalmente, pela constatação de que os usuários que chegavam ao CAIS Mental infanto-juvenil com esses encaminhamentos incompletos, superficiais, tinham que recontar suas histórias novamente, após terem aguardado meses em uma lista de espera. Em muitos casos, o motivo da procura pelo atendimento, a situação de crise, já havia sido superada, pois a urgência dos casos não era devidamente avaliada.

Contudo, diante da constatação de que as mudanças e os movimentos na paisagem, muitas vezes, conduzem a pesquisa, com a entrada da investigadora no campo e sua atenção capturada por um instrumento que deveria *fazer andar* o usuário por uma linha de cuidado, acabou por colocar em movimento os contornos da *paisagem* e os que lá estavam. Quando um *outro olhar* (o da pesquisadora) se interessa pelo processo de acolhimento e cuidado aos usuários do CAIS Mental, o mesmo convoca, provoca o olhar da própria equipe que, após muitos anos convivendo com o *incômodo*, viu o que ainda não tinha visto. A equipe também teve sua atenção *tocada*. Inicia-se, a partir de então, um movimento de reflexão, de análise e de transformação do processo de acolhimento e referenciação do CAIS Mental com toda a rede de serviços de saúde. A equipe passa a compartilhar do desconforto da autora em relação à qualidade dos encaminhamentos, do acolhimento e da resolutividade dos casos encaminhados. Já não é mais possível fazer *vistas grossas* a um nó crítico que *saltava aos olhos* de todos.

### **Nova referência, velha resistência**



A partir de março de 2007, a equipe do CAIS Mental infanto-juvenil, passa a reunir-se semanalmente para repensar a forma de encaminhamento dos usuários ao serviço e como qualificar o processo. Segundo relato da coordenadora do CAIS e das três psicólogas, o grupo procurou por outras experiências na rede de saúde mental que tivessem avançado na direção de um cuidado integral, e encontram no CAPS infanto-juvenil, da mesma cidade, um modelo de referência que serviu como inspiração inicial.

O grupo de trabalho, composto pelas três psicólogas, pela assistente social e pela enfermeira-coordenadora, monta, então, um novo instrumento, em substituição ao boletim anterior, obtendo a aprovação do mesmo no Colegiado Gestor da Saúde Mental, que reúne periodicamente, os gestores dos nove serviços da rede de saúde mental do SUS de Caxias do Sul. A coordenadora da política de saúde mental e a gestora do CAIS assinam uma correspondência, enviada a toda rede, onde apresentam o novo instrumento de encaminhamento e acolhimento dos usuários ao CAIS Mental infanto-juvenil. A proposta também é assim apresentada aos gestores das 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e às demais instituições que encaminham ao ambulatório, como Conselho Tutelar, Hospital Geral Regional e ambulatório central da Universidade de Caxias do Sul.

O novo sistema implanta uma nova dinâmica de referência: quando um usuário (criança ou adolescente) é encaminhado à avaliação psicológica ou psiquiátrica, um técnico da UBS liga para o CAIS e, de posse do novo instrumento, preenchido por sua equipe, passa ao técnico do ambulatório todas as informações solicitadas pelo documento. O técnico do CAIS Mental, que recebe o pedido, também preenche o mesmo documento, sendo que os dois serviços possuem as mesmas informações, que são anexadas aos prontuários.

Para responder às questões solicitadas, é preciso que a equipe da UBS conheça muito mais sobre cada caso e ainda realize um acolhimento com avaliação de risco, para decidir se a situação é urgente ou pode aguardar em lista de espera. O boletim exige a indicação de uma pessoa de referência na UBS, que vai ser o elo entre o CAIS e o serviço, responsabilizando-se sobre o andamento daquele usuário na linha de cuidados que necessita. O novo sistema exige um acolhimento qualificado e uma abordagem integral das necessidades de saúde daquele usuário e sua família.

Nos dois meses seguintes à implantação do novo instrumento, ocorrida em maio de 2007, segundo relato da equipe do CAIS, houve certa resistência da rede em aderir ao novo sistema de referenciamento, principalmente pela exigência de um acolhimento em profundidade e de uma implicação maior de toda equipe com cada caso. No relato da coordenadora do CAIS, nos primeiros encaminhamentos, os técnicos das UBS tinham que retornar ao médico por várias vezes, para buscar mais dados sobre o motivo da referência. Houve, segundo a equipe do CAIS, um visível desconforto na rede, diante de mais essa *exigência*, o que gerou o envio de nova correspondência à rede, esclarecendo a importância da qualificação do instrumento.

A equipe do CAIS percebeu, ainda, a necessidade de implantar outros dois dispositivos, complementares ao primeiro, como a contra-referência, denominada de devolução do atendimento (do CAIS para a rede). E também um termo de responsabilização dos familiares e usuários sobre a adesão ao tratamento proposto e sua implicação com o mesmo, com incentivo à sua participação e autonomia. Outras mudanças implantadas pela equipe, de forma concomitante aos novos instrumentos, vieram qualificar o atendimento, tais como:

- Encaminhamentos com avaliação de urgência são chamados na mesma semana pela equipe do CAIS;
- Todos os encaminhamentos do Conselho Tutelar ou das instituições judiciárias, também são atendidos na mesma semana;
- Todos os encaminhamentos de usuários com 17 anos não entram em lista de espera, para que o usuário não complete 18 anos e saia da faixa de atendimento do CAIS, o que significaria que o mesmo ficaria sem acompanhamento psicológico, pois o ambulatório ainda não atende adultos nessa modalidade.

Os depoimentos das três psicólogas e da coordenadora do CAIS Mental, sobre as mudanças efetivas e as novas práticas, assim como na potencialização e na construção de uma rede de conversações entre os serviços, são destacados, a seguir, numerados de um a quatro (cada profissional equivale a um número):

Depoimento 1 – “Houve uma mudança de postura do ‘passa adiante’ apenas, para uma escuta qualificada, diferenciada, de cada caso. O sistema estava viciado e a equipe também. Nem enxergávamos mais. Outro ponto positivo é o processo educativo do próprio usuário, que também tem que se comprometer com sua saúde, seu tratamento e não apenas a equipe. É um novo momento para toda a equipe. O trabalho está melhor, com fluxos mais resolutivos”.

Depoimento 2 – “O cuidado foi qualificado. O usuário não se sente mais sozinho. Não tem que contar sua história tudo de novo. Nós também já temos parte de sua história e isso facilita o nosso trabalho. A humanização é isso, tanto para o usuário como para a

equipe. Não ficamos mais com a tensão de pensar que casos urgentes eram tratados como não urgentes e vice-versa.”

Depoimento 3 – “O modelo de gestão é muito importante, para fazermos essas mudanças. Encontramos incentivo e acolhimento na coordenação para as mudanças que se faziam necessárias. Isso também é uma forma de cuidar da própria equipe, para que ela cuide melhor. Aqui no CAIS tínhamos grande rotatividade de profissionais. As pessoas não queriam ficar. Agora há integração; está mais leve. Cada profissional é tratado com a sua diferença.”

Depoimento 4 – “A equipe queria mudanças; queria qualificar o trabalho. Temos ainda que melhorar e incentivar as coordenações dos outros serviços a também quererem isso. Tem profissionais que são muito parceiros, na rede. Hoje o CAIS está com outra imagem diante da rede. Temos reconhecimento, pois nossa imagem era desgastada. Ainda há muita demanda reprimida, lista de espera, mas tudo está andando melhor, com melhor fluxo no atendimento.”

Os depoimentos acima traduzem a mudança no olhar da própria equipe do CAIS Mental sobre si mesma. Trata-se do resgate de sua potência autopoietica, de sua capacidade de se reinventar, aproximando-se da *missão* proposta no nome do serviço: *atenção integral em saúde mental*. A percepção da pesquisadora, ao ouvir os depoimentos é a de que essa equipe reencontrou a “alma” desse serviço - o ato de cuidar (Merhy<sup>1</sup>).

### **Conclusões**

A participação ativa e a implicação do pesquisador, quando compartilha um cenário com outros atores e assiste as mudanças potencializadas por sua entrada no território, já resignificando-o, confirmam a ingenuidade dos pressupostos da neutralidade e objetividade promulgados pela ciência positivista. Paulon<sup>15</sup> nomeia esta postura como a do pesquisador/interventor. É a implicação do pesquisador no processo de investigação, que por estar incluído no campo, faz com que sua ação modifique o objeto estudado (Rocha e Aguiar<sup>12</sup>).

Ao entrar no campo de pesquisa, munida de procedimentos de coleta de dados estruturados, levo algum tempo para perceber que meu ingresso na paisagem já passa a modificar os seus contornos, tencionando práticas, causando, inicialmente, um *primeiro incômodo* sobre um *segundo incômodo* persistente, recorrente naquele território: a perda da dimensão cuidadora nas práticas de acolhimento dos profissionais de saúde. Quando minha atenção é tocada por essa tensão, esse movimento, deixo na porta de entrada todos os métodos *seguros* de coleta de dados e passo a cartografar, a registrar livremente o novo desenho que se inventa diante de meus olhos. Não há mais possibilidades de apenas registrar, como uma fotografia, algo já conhecido. Vou anotando as transformações naquela paisagem, acompanhando um processo de produção, que me leva a verificar o acerto da escolha do método cartográfico naquele cenário em metamorfose.

Na perspectiva construtivista de pesquisa, não há coleta de dados na etapa inicial da investigação, mas já uma produção dos dados (Kastrup<sup>16</sup>). A entrada da pesquisadora no CAIS Mental, para levantar dados através da análise documental dos boletins de referência e contra-referência já coloca em movimento a potência inventiva do grupo. Ao buscar conhecer as práticas de acolhimento na construção da integralidade, ainda como

representação de algo já dado, produzem-se resultados que não poderíamos ter previsto de antemão (Barros e Lucero<sup>20</sup>). Comprovamos, assim, que *todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer*, enquanto *rede de conversações* (Maturana e Varela<sup>11</sup>). A potência inventiva da equipe do CAIS Mental coloca em movimento outros serviços, provoca mudanças em outros cenários, em uma espécie de “efeito-cascata” em toda a rede básica de saúde, em um legítimo processo de recursividade autopoietica (Maturana e Varela<sup>11</sup>).

As etapas do funcionamento da atenção do cartógrafo, previstas por Kastrup<sup>15</sup>, sucedem-se quase que didaticamente, em minha *pesquisa viva em ato*, como diria Merhy<sup>1</sup>, quando engravida palavras e expressões. Habitualmente inibida pelo domínio da atenção seletiva, a atenção cartográfica não busca algo definido, mas coloca-se aberta ao encontro, deixando vir o inusitado, acolhendo o inesperado. No *rastreo* inicial, minha atenção tenta ser seletiva em relação aos documentos de referência e contra-referência que busco, mas é impossível não lançar um olhar de varredura e acolher outros movimentos emergentes do campo de pesquisa.

Na seqüência, a atenção da investigadora é capturada, tocada, quase de modo involuntário, iniciando o segundo funcionamento atencional proposto por Kastrup<sup>15</sup>, ou seja, o *toque*. Quando a equipe do CAIS Mental inicia uma auto-reflexão e passa a manifestar seu incômodo pelo fato de que um nó crítico, uma *ferida exposta* de suas práticas de acolhimento e de cuidado, venham à tona, minha atenção *pousa* nessa nuance, *rugosidade* da paisagem, como denomina Kastrup. Abre-se então, uma “janela atencional, panorâmica, capaz de detectar elementos próximos e distantes, e conectá-los através de movimentos rápidos” (Kastrup<sup>15</sup>, p. 19).

E finalmente, completo o circuito da dinâmica da atenção do cartógrafo, quando o movimento de mudança na equipe do CAIS Mental obriga o *pouso* da minha atenção, quando passo ao *reconhecimento atento* da reconfiguração do território. Passo então, a acompanhar elementos processuais emergentes daquela paisagem psicossocial, como linhas de força que vão tecendo redes de conversações e inventando novas tramas, desenhos e configurações. O CAIS Mental não é mais o mesmo território. Reconfigurou-se, assim como os atores daquele cenário. Foi esse processo que busquei cartografar e apresentar neste estudo.

O principal efeito de nossa pesquisa-intervenção é a constatação da qualificação dos fluxos de encaminhamento e da construção de uma linha de cuidado que caminha na direção da integralidade da atenção, em um serviço de saúde mental do SUS de Caxias do Sul. Trata-se de um resultado que superou nossas expectativas, mas reforçou a certeza de que é possível, factível, desconstruir práticas obsoletas, fragmentadas e descuidadas em saúde e, a partir do desejo e da potência de uma equipe, inventar, renovar ânimos e projetos de vida também dos trabalhadores em saúde e não apenas dos usuários dos serviços (Ceccim & Ferla<sup>9</sup>). Ressalto essa implicação deste estudo, sem desconsiderar em momento algum as mudanças concretas que ocorreram no acolhimento e no cuidado às crianças e adolescentes atendidos no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental.

O *empoderamento* desses atores e sua sensibilidade em não mais resistir ou defender-se de uma tensão externa, que lhes mostra seu *locus* de menor resistência, é para a pesquisadora-interventora, o grande resultado dessa ação (Paulon<sup>14</sup>). Podemos encontrar nessa porosidade, uma técnica, um caminho, quem sabe até um método, para empoderar outras equipes, outros territórios, acionando um potente *efeito-dominó*. Não é novidade

alguma que o cuidador também precisa de cuidado e de acolhimento em suas necessidades, para produzir cuidado integral em saúde (a redundância é proposital). Como responder a essa demanda, ainda é um processo em construção no campo do trabalho em saúde. Um estudo futuro poderia aprofundar essa questão, apenas tangenciada nessa reflexão.

A integralidade é um valor, uma *postura*, antes de constituir-se em dispositivo técnico, e é no plano das práticas dos profissionais e no cotidiano dos serviços de saúde que a sua produção se dá, marcadamente nos aspectos relacionais entre profissionais e usuários (Mattos<sup>2</sup>). Alicerçada no acolhimento, enquanto relação de compromisso ético-político, de responsabilidade e confiança entre trabalhadores, serviços e usuários, a atenção integral em saúde demanda práticas cuidadoras, caracterizadas pelo respeito às diferenças e a garantia da participação dos trabalhadores e usuários na decisão sobre o cuidado ofertado e recebido. A construção de uma *linha de cuidado*, integrando serviços e ações resolutivas por parte dos profissionais e das equipes, centrados no acolhimento, orientação e encaminhamento do usuário por uma rede cuidadora, é viável, desde que a *atenção* de gestores e formuladores das políticas públicas de saúde, *pouse* nas rugosidades dos microterritórios existenciais, nas paisagens psicossociais do cotidiano dos serviços e das equipes de saúde, através do *reconhecimento atento* de sua potência infinita em reinventarem-se. Terreno fértil, desses cenários brotam projetos de vida, de felicidade e de cidadania.

Excluído:



## Referências bibliográficas

1. Merhy, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo, SP: Hucitec; 2002.
2. Mattos, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas das reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro, R., Mattos, R. A., (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco. p. 39-64; 2001.
3. Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.
4. Merhy, E. E. & Onocko, R. (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo, SP: Hucitec; 1997.
5. Silva Júnior, A. G. & Mascarenhas, M. T.M. Avaliação da atenção básica sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2006.
6. Boff, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2000.
7. Ayres, R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72; 2001.
8. Luz, M. T. Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, RJ: Campus; 1988.
9. Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (orgs.). Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde. Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ; 2005.

Formatados: Marcadores e numeração

11. Maturana, H. R. & Varela, F. (2001). *A árvore do conhecimento – As bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo, SP: Palas Athena.
12. Rocha, M. L., Aguiar, K. F. Pesquisa-intervenção e produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão*, 23 (4); 2003.
13. Maraschin, C. Pesquisar e intervir. *Psicologia & Sociedade*, 16 (1), 98-107; 2004.
14. Paulon, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17(3), 18-25; 2005.
15. Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), 15-11.
16. SMS. Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul. Projeto de matriciamento em saúde mental - (não publicado); 2006.
17. BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 29 de setembro de 1990.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A DISSERTAÇÃO

Ao iniciar esta seção final, o sentimento é o de ter feito uma longa jornada por vários territórios. O primeiro a ser visitado foi o da própria pesquisadora e seu paradigma pessoal, que foi se reinventando ao longo do percurso. O segundo foi o dos constructos teóricos que sustentaram essa dissertação e sua capilaridade intensa, que poderia tê-lo tornado um território amplo demais para ser explorado. Tivemos que fazer escolhas e abandonar atalhos.

A terceira paisagem foi o da concepção de pesquisa e sua potência de intervenção e de transformação, aliada à generosidade da cartografia em acompanhar, sem pressa, o movimento de ondulação de um território de práticas. A quarta, não tenho certeza se a última, foi a do cenário de um serviço de saúde mental coletiva e sua gente inventiva – trabalhadores e usuários. Neste território é que aconteceu o maior aprendizado de todos. Aqui, todo o percurso anterior tomou corpo e recompensou o viajante-pesquisador por quaisquer percalços que tenha encontrado pelo caminho. Foi neste cenário que a recursividade autopoietica apresentou-se viva, real.

Contudo, todo percurso tem seus limites. Considero que uma das fronteiras desta investigação é a de não ter retornado à Rede Básica de Saúde, *pousando a atenção* da cartógrafa sobre as mudanças ocorridas nestes territórios. Percursos futuros de pesquisa poderão mapear as transformações nestes cenários, nas práticas de acolhimento das equipes e na resolução das demandas de cuidado dos usuários dos serviços de saúde.

Por fim, considero que todos os viajantes desta jornada dela retornaram com seus próprios mapas e um novo olhar sobre o território das práticas de saúde que buscamos construir para que todos - usuários e profissionais - possam ter mais *vida* em suas vidas. Agora, só resta aguardar, ansiosamente, pela próxima jornada.

## **8. ANEXOS**

## Anexo 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: ACOLHIMENTO E PRODUÇÃO DA INTEGRALIDADE NAS  
PRÁTICAS DOS PSICÓLOGOS NO SUS DE CAXIAS DO SUL - RS

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de conhecer, mapear e refletir sobre as práticas dos psicólogos no SUS de Caxias do Sul – RS, enquanto ações que possam estar contribuindo para a produção da Integralidade na atenção em saúde. Caso concorde em participar como voluntário da pesquisa, sob orientação da profa. Sandra Djambolakdijan Torossian, assine o termo de consentimento.

Assinando o termo de consentimento, estou ciente de que:

- Durante o estudo será realizada uma entrevista semi-estruturada, que será gravada e, posteriormente, transcrita.
- Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho acima exposto, cujos dados serão publicados em periódicos científicos.
- Os procedimentos aplicados não oferecem riscos conhecidos à minha integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais.
- Estou livre para interromper minha participação a qualquer momento.
- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo sempre que julgar necessário pelo telefone (54) 99715659, com Eliana Manfroi.
- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação nesta pesquisa.

Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em meu poder e a outra com o pesquisador responsável.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do R.G. \_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, da cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_, telefone ( ) \_\_\_\_\_ dou o consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa supra citada.

Caxias do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.


---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Responsável

**Anexo 2 - Boletim de Referência e contra-referência (BRCR)**

 <p>Prefeitura Municipal de Caxias do Sul Secretaria da Saúde</p>	
<b>REFERÊNCIA</b>	
Nome do Usuário: _____	Id: _____
Prontuário: _____	
De: _____	Para: _____
Fone: _____	Data: ____/____/____
Motivo do Encaminhamento: _____	
_____	
_____	
_____	
Assinatura e Carimbo do Responsável _____	
<b>CONTRA-REFERÊNCIA</b>	
Data: ____/____/____	Serviço: _____
Avaliação/Conduta/Recomendações: _____	
_____	
_____	
_____	
Assinatura e Carimbo do Responsável _____	

SMS - 0009 - Ficha de Referência e Contra-Referência

### Anexo 3 - Verso do BRCR

#### ATENÇÃO!!!!

Apresente este documento ao serviço e profissional para o qual foi encaminhado e solicite que seja preenchido. Isso ajudará a melhor orientar o vosso atendimento.

Ao retornar para a Unidade Básica de Saúde ou serviço de origem, apresente este boletim novamente para que seja dada continuidade ao cuidado que você necessita.



**Anexo 4**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL**

**Caxias do Sul, 25 de maio de 2007.**

Senhor(as) Coordenadores (as)

Ao cumprimentá-los, comunicamos que a partir do 11/06/2007, os encaminhamentos para atendimento psicológico no CAIS Mental Infante-Juvenil (de zero a 17 anos) serão feitos através de contato telefônico com o serviço. Para isso a UBS deverá informar os dados que constam na folha em anexo. A partir da data acima citada não serão mais necessários os encaminhamentos feitos através do Boletim de referência (BRCR), como atualmente ocorre. Sugerimos que as UBS tenham um técnico de referência que se responsabilize pelo contato telefônico.

Aproveitamos para comunicar que a partir da mesma data, 11/06/2007, será necessário o número do prontuário para agendamento das consultas psiquiátricas na Central de marcação, da mesma forma que no momento ocorre com o CES.

Para o contato com este serviço colocamos à disposição os telefones – 3217.1785 e 3226.6847.

Atenciosamente,

Coordenadora CAIS Mental

Coordenadora da Política de Saúde Mental

**Rua Maria D'Avila Pinto, 385, Bairro Cinquentenário Fone: 3217.1785  
CEP 95013-270 – Caxias do Sul - RS**

Anexo 5

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL

**CAIS MENTAL**

*Encaminhamento para atendimento Psicológico no*  
**CAIS MENTAL**

Encaminhado por: ( ) C.T. ( ) UBS ( ) HG ( ) APOIAR ( ) CAPS I ( ) CES ( ) UCS

Responsável pelo contato: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

UBS de  
referência: \_\_\_\_\_

Quem solicitou o encaminhamento? ( ) pediatra ( ) clínico geral ( ) assistente social  
( ) enfermeira ( ) neurologista ( ) psiquiatra

Já foi atendido na CAIS Mental? \_\_\_\_\_ Prontuário número: \_\_\_\_\_

**Dados de Identificação do Usuário:**

NOME: \_\_\_\_\_

Data de  
Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para contato \_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_

Nome da Escola: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_. Responsável pela Triagem: \_\_\_\_\_

**OBS:** ( ) *Urgente* ( ) *Psicométrico* ( ) *Judiciário*

**Anexo 6**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL**

**Caxias do Sul, 06 de Agosto de 2007.**

Senhor(as) Coordenadores (as)

Ao cumprimentá-los, informamos alguns esclarecimentos referente aos encaminhamentos para atendimento psicológico no CAIS Mental Infanto-Juvenil (de zero a 17 anos), conforme solicitação feita por algumas UBS. O encaminhamento deverá ser feito através de **contato telefônico** com o CAIS Mental. O CAIS Mental vai preencher esta ficha (em anexo) durante o contato por telefone, sendo que as informações serão fornecidas por um técnico da UBS. Não é necessário encaminhar esta ficha para o CAIS Mental, ela deverá ficar com a UBS junto ao prontuário do paciente. Salientamos que este contato não é o agendamento do atendimento e sim, visa inserir o nome do paciente na lista de espera, sendo que no momento que ocorrer liberação de vaga, o serviço de psicologia fará contato com a família.

Para o contato com este serviço colocamos à disposição o telefone – 3217.1785.

Atenciosamente

Coordenadora do CAIS Mental

**Rua Maria D'Avila Pinto, 385, Bairro Cinquentenário Fone: 3217.1785  
CEP 95013-270 – Caxias do Sul - RS**

Anexo 7 – Devolução do Atendimento/Contra-referência



**CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL**  
*Devolução do Atendimento*

Encaminhado a este serviço por:

Função: \_\_\_\_\_

UBS : \_\_\_\_\_

Número do prontuário no CAIS Mental: \_\_\_\_\_

**Dados de Identificação do Usuário:**

NOME: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

Telefone para contato \_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_

**DEVOLUÇÃO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**Anexo 8 – Termo de Responsabilização**



**Prefeitura Municipal de Caxias do Sul**  
**Secretaria Municipal da Saúde**

---

**CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL**  
**CAIS MENTAL**

À partir desta data, me comprometo com o atendimento psicológico do CAIS Mental que prevê pontualidade e assiduidade. Isto significa que com 02 faltas consecutivas sem justificativa (com Atestado Médico) ou 04 intercaladas, haverá o desligamento do atendimento.

? Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

? Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Caxias do Sul, \_\_\_\_\_ de 2007.

Obs: Será comunicado a instituição que encaminhou o paciente, sobre a situação de não adesão ao tratamento.