

ACOLHIMENTO: UMA POSTURA, UMA ESTRATÉGIA

“USER EMBRACEMENT”: A POSTURE, A STRATEGY

Elisabete Ferreira Mângia⁽¹⁾, Damaris Cecchetti de Souza⁽²⁾,
Marcia Fernandes de Mattos⁽³⁾, Valéria Camanho Hidalgo⁽⁴⁾

MÂNGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F.; HIDALGO, V. C. Acolhimento: uma postura, uma estratégia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002.

RESUMO: Este artigo desenvolve a reflexão sobre a importância da adoção da estratégia de acolhimento como eixo de organização do processo de trabalho e de recepção da demanda, nos serviços de saúde mental. Tal perspectiva, originária das experiências de desinstitucionalização, tem se projetado, em todo o campo da saúde e vem sendo considerada fundamental para quaisquer projetos inovadores. A partir da concepção de trabalho territorial e em rede, são desenvolvidas as temáticas consideradas centrais da estratégia de acolhimento e apresentados alguns dos efeitos dessa estratégia sobre a organização dos serviços, a postura do conjunto das equipes e a relação com os usuários.

DESCRIPTORIOS: Serviços de saúde mental/tendências. Estratégias. Desinstitucionalização/tendências. Equipe de assistência ao paciente/organização & administração. Acesso aos serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

O acesso dos usuários e a forma de recebê-los é uma das questões fundamentais a serem transformadas no contexto da prática diária e da organização dos serviços de saúde mental. No geral, os serviços são organizados a partir da

oferta limitada e pré-estabelecida de procedimentos em detrimento da possibilidade de uma lógica organizativa que responda mais efetivamente às necessidades reais da demanda. A inexistência de um diálogo permanente com essas necessidades inibe a diversificação das

⁽¹⁾ Profª Drª do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

⁽²⁾ Psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental de São Mateus.

⁽³⁾ Psicóloga da Unidade Básica de Saúde – Vila Bertioga. Coordenação do Programa de Saúde Mental do Núcleo Regional de Saúde 5 – Capital, SP.

⁽⁴⁾ Psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental de Vila Matilde. Coordenação do Programa de Saúde Mental do Núcleo Regional de Saúde 5 – Capital, SP.

Endereço para correspondência: Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. São Paulo, SP. CEP: 05306-000.

práticas, restringindo as intervenções às ações tradicionais, de caráter estritamente médico-psicológicas e, conseqüentemente, imobilizando os serviços.

Neste artigo pretendemos desenvolver a reflexão sobre a importância do processo de acolhimento, nos serviços de saúde mental, entendido como estratégia de relação com a demanda, configurada por uma forma diferenciada e singular de receber, compreender e relacionar-se com a clientela. Nessa perspectiva o acolhimento, a partir da recepção humanizada, tende a atender mais prontamente a quem procura o serviço, desburocratizando o acesso, podendo propiciar às equipes a revisão das formas de compreensão e a construção de processos de trabalho mais flexíveis, e centrados na busca de respostas satisfatórias às necessidades das pessoas.

Essa perspectiva teórico-técnica nascida no contexto dos processos de desinstitucionalização e busca de construção de serviços substitutivos ao modelo asilar, tem se projetado para todo o campo da saúde e vem sendo considerada central para quaisquer projetos inovadores, identificados com os princípios da integralidade e acessibilidade e dispostos a resignificar o entendimento e a intervenção sobre o processo saúde-doença (ROTELLI et al., 1990).

No campo da saúde coletiva, encontramos nas reflexões e proposições elaboradas por Campos (1994) e Merhy (1997) importantes aportes para o desenvolvimento dessa temática.

Campos (1994), ao criticar o planejamento tradicional e pré-definido dos serviços de saúde, advoga um planejamento mais criativo e aberto, que estabeleça como eixo as necessidades da demanda, e que resulte em projetos novos que, superando a burocratização e ineficiência dos serviços, provoquem alterações nos modos de fazer e pensar a saúde.

Merhy (1997) considera que a possibilidade da invenção de novas formas de produzir saúde passa necessariamente pela modificação da gestão dos serviços e do processo de trabalho das equipes, implica na apropriação coletiva do desafio da construção de novas formas de responsabilização, e em assumir como “objeto da ação de saúde” o problema de saúde/necessidades representada pelo usuário. Reconhece ainda, que o trabalhador de saúde ocupa um espaço que possibilita um alto grau de autonomia, que lhe dá, inclusive, a possibilidade de privatizar decisões e ações de acordo com critérios extremamente subjetivos e particulares, sem que tenha que prestar conta sobre o que faz, nem sobre o como faz. Dessa forma, é sempre

grande o risco de perder-se o real objeto da ação, o usuário e suas necessidades.

Assim, o processo de trabalho em saúde está situado em um campo onde operam forças múltiplas e distintas, que exige um movimento permanente de estruturação/ reestruturação (MERHY, 1997).

Considerando também, que o trabalho em saúde opera a partir do espaço relacional definido pelo encontro entre o usuário e os agentes institucionais e que é a partir desse encontro que as necessidades de saúde são identificadas e se estabelece a trajetória dos usuários nos serviços, podemos afirmar a importância da reflexão sobre as tecnologias relacionais, identificadas por Merhy (1997) como “*tecnologias leves*”, envolvidas no processo de acolhimento, na constituição de vínculos e no estabelecimento da relação de responsabilização necessária ao acompanhamento da clientela (MERHY, 1997; MERHY et al., 1997).

A adoção da diretriz do acolhimento, como operador central na inversão do modelo tecno-assistencial em saúde, propõe que a organização do serviço seja centrada no usuário e partilha dos seguintes princípios:

- 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;
- 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para a equipe multiprofissional – equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e
- 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.” (FRANCO et al., 1999).

No campo específico do debate sobre os serviços de saúde mental, tomamos também, como balizadores de nossa reflexão as proposições que consideram:

- a importância da disponibilidade, tanto dos profissionais quanto dos serviços, para possibilitar o acesso à clientela no momento da procura;
- a perspectiva do desenvolvimento do trabalho territorial, que se diferencia da idéia genérica de regionalização, ao implicar o serviço na tarefa de apropriação e desenvolvimento do conhecimento mais profundo sobre sua área de inserção e o conjunto de problemáticas nela presentes, e no desenvolvimento de relações interativas com esse território, capazes de promover a potencialização de recursos;
- a valorização dos usuários, possibilitando a qualificação dos processos de troca;

- a importância da construção de projetos de vida significativos para cada usuário, como eixo central da ação terapêutica;
- a disponibilidade dos profissionais e serviços para apreenderem os diferentes momentos e formas de expressão de sofrimento das pessoas com transtornos mentais (KINOSHITA, 1996; DELL'ACQUA; MEZZINA, 1998).

Para orientar a discussão definimos alguns eixos temáticos: a garantia do acesso e do cuidado às necessidades dos usuários; o cotejamento entre a forma tradicional de relacionamento com a clientela e a diretriz do acolhimento; os efeitos dessa nova estratégia como disparadora de mudanças na organização do serviço, na relação com o território e consequentemente na melhoria da qualidade das ofertas.

À esses eixos conjugamos a reflexão sobre três tipos de processos: de subjetivação, de responsabilização e de organização dos serviços.

Por processo de subjetivação entendemos o estabelecimento de relações que permitam ao usuário a apropriação, a significação e a reconstrução de suas histórias de vida e possibilitem a singularização das soluções para a promoção da saúde.

Por responsabilização entendemos os processos nos quais tanto serviços e técnicos quanto usuários tomam para si os problemas e a tarefa de buscar alternativas para solucioná-los ou resignificá-los. Nesses processos adquire fundamental importância a distribuição de poder entre profissionais e usuários que vai conferindo a progressiva autonomia e responsabilidade a todos os envolvidos na compreensão e na invenção de soluções para os problemas.

Quanto ao processo de organização dos serviços, queremos enfatizar a necessidade de rompimento com a verticalidade das estruturas e com a centralização do poder de mando; a ampliação da autonomia das equipes e dos serviços; a gerência do próprio trabalho a partir de diretrizes genéricas, com elaboração de planejamento voltado às necessidades locais.

Relação permanente com a demanda

É fato conhecido que os serviços ambulatoriais de saúde mental permanecem, por certos períodos, sem dispor de vagas, agendando casos novos para semanas e até meses depois da procura, ou criando filas de espera para contatos posteriores.

Os serviços que assumem a responsabilidade territorial e desenvolvem experiências inovadoras na relação com a demanda devem constituir equipes

empenhadas em discutir o modelo de atenção, a finalidade do serviço e o “agenciamento” da demanda. Dessa forma, espera-se que, a partir dos primeiros atendimentos, as necessidades da clientela possam ser cuidadosamente avaliadas na perspectiva da construção de projetos terapêuticos singulares (KINOSHITA, 1996; DELL'ACQUA; MEZZINA, 1998; LEVCOVITZ et al., 2000).

A relação permanente dos serviços com a demanda propicia maior preocupação com as necessidades de saúde dos usuários e com a qualidade do cuidado, já que representa um convite às equipes a se implicarem e compartilharem, de forma diferenciada, com aquilo que aflige seus pacientes (LEVCOVITZ, 2000).

O serviço que se mantém disponível representa para o usuário uma possibilidade importante para compartilhar, compreender, responsabilizar-se e buscar soluções para as problemáticas existenciais e materiais vividas. A forma de enfrentamento daquilo que é considerado problema pode se definir no próprio processo de recepção, ou primeiro atendimento, com a participação efetiva de usuário. Outrossim, o momento em que a pessoa ou familiares decidem recorrer a um serviço de saúde mental, é o momento em que se convencem de que seus próprios recursos não estão sendo suficientes, por isso há uma urgência de acolhimento; essa busca motivada pelo sofrimento não pode ser desconsiderada e é, ela mesma, “o motor de um tratamento”, onde o grande operador é o próprio sujeito (OLIVEIRA, 2000).

A diretriz do acolhimento, como foi configurada, deve fazer parte da proposta dos serviços e ser pauta freqüente de reuniões técnicas, desencadeando nas equipes reflexões sobre o processo saúde-doença e o tratamento, cujo foco não deve se restringir aos sintomas, mas a todas as implicações envolvidas na vida do sujeito – sociais, históricas, psíquicas, econômicas, relacionais, etc. É um instrumento importante na estruturação de vínculos e no acompanhamento da evolução do tratamento; a disponibilidade promovida pelo serviço, autoriza a presença dos usuários tão logo sintam que algo não está bem, permitindo à equipe a intervenção necessária, evitando o agravamento de situações, muitas vezes solucionadas pela hospitalização.

Triagem versus acolhimento

A prática da triagem, geralmente composta por agendamento prévio e realização de uma entrevista, responde a uma preocupação de dividir e classificar

sintomas e indicar rapidamente um tratamento, constituindo uma relação vertical, onde o profissional é quem decide o tipo de intervenção com base em critérios, muitas vezes aleatórios e extremamente subjetivos, tais como: o diagnóstico psiquiátrico e sua condição sintomatológica no momento da entrevista, a necessidade ou não de uso de medicação, o grau de escolaridade da pessoa, a suposta situação social, a capacidade de verbalização e compreensão, dentre tantas outras. (OLIVEIRA, 2000).

A expressão triagem (sf: seleção, escolha, separação) alude mais ao interesse da instituição de filtrar quem pode e quem não pode ser atendido, baseada na lógica da oferta, previamente estabelecida pelo serviço, e não da necessidade da pessoa. (CARVALHO; CAMPOS, 2000; LEVCOVITZ et al., 2000).

Acolher, diferentemente de triar, é receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para escutar e valorizar as particularidades de cada caso. Significa promover condições para quem sofre expressar o seu mal-estar, pressupõe a necessidade de retornos e de avaliação do contexto familiar e social da pessoa, para a definição de um projeto terapêutico (OLIVEIRA, 2000).

O confronto entre a demanda e os recursos oferecidos, que se materializa apenas como problema na triagem tradicional, torna-se o motor da invenção/reinvenção do trabalho, e dos encaminhamentos para dentro ou para fora da instituição (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1998; LEVCOVITZ et al., 2000).

“Efeito dominó”: o trabalho em rede

A prática do acolhimento evidencia que os serviços não tem que dispor de todos os recursos necessários para cada caso, mas devem desenvolver a possibilidade de agenciar recursos e soluções mais adequados às situações. Promovendo a entrada no circuito de outras instituições e/ou construindo redes de suporte no território, a fim de que o usuário/familiar obtenha respostas mais favoráveis. A perspectiva do desenvolvimento de ações interinstitucionais sociais, educacionais, culturais, etc, deve estar presente no cotidiano de trabalho das equipes.

A adoção da diretriz do acolhimento provoca um “efeito dominó” – efeito em cadeia, no qual o movimento da primeira peça do jogo, sobre as subsequentes, enfileiradas, provoca a movimentação de todo o conjunto – uma vez que a busca de respostas implica sempre em ir além do próprio serviço, exigindo

diversas articulações com outros recursos e instituições inseridas no território.

Nesse sentido, como já assinalamos inicialmente, a noção de território deve ser entendida para além da simples referência à região geográfica de abrangência do serviço, mas enquanto os múltiplos espaços de circulação e trocas sociais, materiais, subjetivas, simbólicas e culturais nos quais as pessoas, e dentre elas os usuários dos serviços, produzem suas histórias de vida, no contexto da produção da própria história da comunidade. O trabalho territorial deve implicar-se nas redes relacionais existentes, construindo novas possibilidades suportivas para aqueles mais vulneráveis. É a partir do trabalho em rede e na rede, não apenas de serviços e recursos disponíveis na comunidade, mas de trocas relacionais de todo o tipo, que se pode produzir fatores de proteção e promover a redução de riscos (KINOSHITA, 1996; DELL'ACQUA; MEZZINA, 1998).

Para Losavio (2000), a estratégia de trabalho em rede deveria estar fundada em cinco pontos:

- sobre os recursos existentes (escola, família, lugar de trabalho, etc) e sobre recursos ativáveis, que representam uma grande aventura no trabalho de rede social no território, enquanto se trata de individualizar os recursos que não existem, mas que podem ser ativados;
- sobre a necessidade de integrar a rede organizada (formal) com a rede de ajuda (individual);
- sobre a necessidade de integrar as redes formais (serviços) com as redes informais (família, escola, etc.) e com as redes semi-informais (voluntários, associações);
- sobre o coligamento entre intervenções distribuídas pelos serviços públicos e pelos serviços que não são públicos;
- sobre a capacidade de desenvolver uma cultura avaliativa capaz de viabilizar e sustentar os processos de aprendizagem e de transformação de toda a estrutura reticular.

Dessa forma, o serviço deve assumir responsabilidade sobre a saúde mental em seu território e a prática desenvolvida pelas equipes deve envolver ações dentro e fora do espaço institucional, conhecendo o território e o cotidiano de cada usuário e explorando ativamente recursos para o desenvolvimento de projetos de vida (KINOSHITA, 1996).

A diretriz do acolhimento implica numa nova

forma de organização do trabalho e de relacionamento com a clientela, promove e garante o acesso e horizontaliza as relações terapêuticas, devolvendo para os sujeitos o protagonismo na construção de soluções e parte da responsabilidade pelo cuidado, reconhecendo também que: “*quem cuida e trata são aqueles que vivem em torno da pessoa, incluindo as instituições por ela frequentada*” (LEVCOVITZ, 2000, p. 26).

Ações que envolvem intercâmbio e interdependência podem favorecer a criação de uma nova cultura sobre os tratamentos no campo de saúde mental, ou seja, pode existir tratamento fora dos muros das instituições, e menos dependência dos saberes técnicos e dos espaços institucionais exclusivos da saúde.

Efeitos da estratégia de acolhimento

A equipe que assume a estratégia do acolhimento, se coloca disponível e se responsabiliza pelas necessidades apresentadas pelos usuários, depara-se com as mais variadas e desconhecidas situações, sendo desafiada a promover a construção de respostas ágeis, flexíveis e plásticas, capazes de se adaptarem a dinamicidade da subjetividade, das histórias de vida, do contexto sócio-político e de todas as questões que envolvem o adoecer. Busca a viabilização de soluções e elabora projetos terapêuticos que poderão ser desenvolvidos a partir do serviço e em direção à comunidade, ou imediatamente a partir da própria comunidade. Abandona o repertório de respostas pré codificadas e burocratizadas, que tendem a encaixar a complexidade e a singularidade de cada situação existencial no menu oferecido pelo serviço, ou excluir o usuário quando entende que este “não se encaixa” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1998).

Freqüentemente, as equipes percebem a ineficiência e vivem a impotência do trabalho isolado, advogam pela necessidade da constituição de um processo de trabalho articulado e vivo que possa atingir resultados desejados: a promoção da cidadania, autonomia e protagonismo, dos usuários e da própria equipe.

Esse processo questiona os saberes técnicos tradicionais e nos desafia a deslocar o objeto da ação técnica da doença para a pessoa. Essa mudança do objeto resulta também na mudança da resposta (ROTELLI et al., 1990).

Consideramos que a adoção da diretriz do

acolhimento, facilita a obtenção de mudanças, tanto na postura da equipe como na organização do próprio serviço. A relação permanente com a demanda, gera na equipe tensões e conflitos também permanentes que, colocados em pauta, servem de mola propulsora em direção às transformações. Este ir e vir entre concepções teóricas e práticas colocadas em discussão, resulta na construção de um novo modelo de atenção, baseado no processo de negociação permanente entre gestão do serviço/equipe e usuários/comunidade. Dessa forma a equipe terá que estar sempre disposta a rever seu funcionamento, refletir sobre suas práticas e, mais particularmente, sobre as relações que são estabelecidas com os usuários em todos os espaços e momentos da instituição, não só em sua organização formal, mas nos acontecimentos informais dentro e fora, no espaço da comunidade

A implementação da diretriz do acolhimento gera dificuldades e impasses, ligados aos diferentes perfis de capacitação profissional, e as singularidades pessoais, desejos e expectativas de cada membro da equipe. Também confronta a acomodação muitas vezes atribuída à escassez de recursos materiais e humanos ou aos fracassos inevitáveis diante das dificuldades inerentes ao trabalho em saúde mental. É no enfrentamento, agenciamento de respostas e superação das dificuldades, impasses e confrontos que se constrói a possibilidade e a capacidade transformadora do serviço.

O conflito gerado pela relação permanente com a demanda se evidencia, especialmente, nos momentos em que a inexistência de vagas, para inclusão das pessoas nas práticas assistenciais, aparece como uma questão insolúvel. Freqüentemente as equipes optam pelo fechamento das portas da unidade para os “casos novos”, que implica na desresponsabilização diante do que se considera ser apenas falta de recursos institucionais. É comum

que se considere ‘mais honesto’ manter as portas fechadas e não propiciar a população esse espaço de escuta e reflexão. Poderíamos mesmo dizer que a pressão por não realizar permanentemente a recepção aos pacientes é sistemática e universal (Lecovitz et al., 2000, p. 23).

Acreditamos que a equipe tem que estar sempre vencendo a árdua batalha da superação do antigo, do instituído, do institucionalizado, das respostas estereotipadas, direcionando sua energia para a produção de novas respostas.

Por outro lado, constata-se nas equipes que

aceitam a diretriz do acolhimento a visão de que acabam se tornando um depósito da ineficiência dos serviços, que, periodicamente, suspendem a recepção de casos novos, ocasionando assim a peregrinação dos usuários para outros locais em busca de atendimento. O que fazer com esta situação?

Oferecer espaço para as pessoas que procuram atendimento não significa que a equipe deva assumir para tratamento todas elas, nem tampouco suprir os problemas que dizem respeito à falta de responsabilização por parte de outros serviços. Muitas vezes, receber essas pessoas, ouvi-las, refletir em conjunto sobre suas necessidades, pode tornar-se uma ação bastante terapêutica (quando essa situação é possível e, na maioria das vezes o é), faz com que ela reflita sob sua submissão ao poder institucional, sem questioná-lo, faz com que ela se recoloca na condição de sujeito, que merece atenção para seu sofrimento, em um local mais próximo de sua residência e se implique diferenciadamente nessa busca.

Se acolher gera conflitos, é a partir da superação dos conflitos que se caminha para um novo modelo de atenção, cuja construção depende de todos os atores envolvidos: usuários, familiares, profissionais, equipes, serviços, rede de atenção, comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pessoas com transtorno mental, que já vivem num contexto de exclusão, na comunidade da qual fazem parte, no mercado de trabalho e por vezes na própria família, quando encontram serviços que também operam na lógica da exclusão, são colocadas em risco de trilhar um caminho que as leve para um processo de hospitalização ou institucionalização. Esta trajetória pode vir a ser bem diferente quando a lógica da inclusão é a que determina o modelo de atenção e de organização do serviço. A adoção da diretriz do acolhimento, privilegia este novo olhar e provoca inovações na compreensão do adoecimento, do tratamento e do próprio processo de trabalho em saúde. O objetivo de atenção que no modelo médico-biológico é a doença, num novo modelo passa a compreender a necessidade dos usuários; os instrumentos transpõem-se para a construção de projetos terapêuticos singulares – produzidos coletivamente, e conjugando saberes das várias áreas profissionais com os dos usuários; a finalidade das práticas passa de restauração da saúde para colocação do usuário no lugar de sujeito, promovendo sua religação com a vida.

Neste novo modelo de atenção, o usuário é chamado a falar de sua história, de sua rede de relações e participa na proposição de tecnologias de cuidado que façam sentido para a sua vida. Seu saber é valorizado, se estabelece uma relação horizontalizada e de parceria entre profissionais e usuários.

Do ponto de vista da organização do serviço, o acolhimento tende a produzir um fluxo dinâmico no interior da própria instituição e em sua articulação com outros recursos da comunidade, uma vez que, se responsabilizando pela busca de soluções para as necessidades da demanda, busca ativamente encontrar alternativas, seja no âmbito da assistência em si, seja no âmbito sócio-econômico, político e cultural. Define uma nova organização dos serviços, bem como promove o planejamento das ações de saúde e a construção dialética das práticas, na perspectiva da avaliação continuada.

Essa estratégia é pautada em uma nova orientação ética que respeita a singularidade, dá voz, e valida o usuário enquanto cidadão e sujeito de direitos. Preocupa-se com o respeito às diferenças, a tolerância, o acesso, potencializa a confiança, a cooperação, a iniciativa e a criatividade.

Os serviços que incorporam essa nova forma de acolher confrontam-se com dificuldades que apontam para a premência da valorização, capacitação e formação permanente do conjunto das equipes. Ressaltamos que todos os atores que compõem a estrutura da instituição desenvolvem ações diárias na relação com os usuários – e têm valor nesse contexto de cuidado – recepcionando-os, fornecendo informações, orientações, ouvindo suas queixas; seja o vigia que está atento à movimentação das pessoas; seja quem fornece a medicação; os auxiliares de serviço a quem solicitam um copo para beber água; o pessoal de apoio administrativo, que fazem seu agendamento e matrícula.

A implantação de fóruns permanentes nas regiões de saúde, para discussão da prática do acolhimento, comprometida com a possibilidade de atenção aos diferentes sofrimentos psíquicos; a capacidade para propiciar cuidados intensivos e criação de estratégias para trabalhar a autonomia e inserção social, favoreceria trocas de experiências, promoção de espaços de formação continuada, sensibilização para a utilização dessa nova estratégia e incentivo à produção de textos sobre os projetos em desenvolvimento.

MÂNGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F.; HIDALGO, V. C. "User embracement": a posture, a strategy. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.1, p.15-21, jan./abr. 2002.

ABSTRACT: This article develops the reflection on the importance of the adoption of the "user embracement" strategy as axis of organization of the work process and of reception of the demand, in the services of mental health. Such perspective, original of the deinstitutionalization experiences, it has been projecting if, in the whole field of the health and it has been considered fundamental for any innovative projects. Starting from the conception of territorial work and in net, they are developed the considered centrals thematic of the "user embracement" strategy and introduced some of the effects of that strategy about the organization of the services, the posture of the multiprofessional staff and the relationship with the users.

KEYWORDS: Mental health services/trends. Strategies. Deinstitutionalization/trends. Patient care team/organization & administration. Health services accessibility.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Risposta alla crisi per la salute mentale. **Pratiche Ricerche Culture Dell'innovazione**, Trieste, v. 1, n. 1, p. 53-79, 1998.

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

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUE, C. M. P. (Org.). **Contra a maré à beira-mar. A experiência de Santos**. São Paulo: Scritta, 1996.

LEVCOVITZ, S. Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. **Cad. IPUB**, v. 6, n. 17, p. 21-29, 2000.

LEVCOVITZ, S.; OLIVEIRA, R.; TENÓRIO, F. A importância estratégica dos dispositivos de recepção". **Cad. IPUB**, v. 6, n. 17, p. 7-14, 2000.

LOSAVIO, T. Salute mentale e lavoro di rete nelle aree urbane.

Giornata Salute Mentale e lavoro di rete in aree urbane e non urbane. Dipartimento Salute Mentale, Centro Studi e Ricerche Salute Mentale Regione Basilicata, Potenza. Disponível em: www.pol-it.org/ital/servizi/potenza.htm. Acesso em: 7 nov.2000

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, R. C. de. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. **Cad. IPUB**, v. 6, n. 17, p. 30-46, 2000.

ROTELLI, F.; LEONARIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especialidade da clínica da recepção. **Cad. IPUB**, v. 6, n. 17, p. 79-90, 2000.

Recebido para publicação: 27/08/2001

Aceito para publicação: 14/09/2001