

O DISCURSO SOBRE O ACOLHIMENTO E A ACESSIBILIDADE NOS SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MENTAL

Leandro Barbosa de Pinho¹, Antonio Miguel Bañon Hernández², Luciane Prado Kantorski³

RESUMO: Este estudo teve como objetivo analisar o discurso de trabalhadores de saúde mental de um serviço substitutivo sobre acessibilidade e acolhimento. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. O *corpus* é composto por entrevistas aplicadas a 17 dos 25 profissionais de saúde mental que trabalham em um serviço substitutivo de uma cidade da Região Sul do Brasil. Os dados foram organizados de acordo com o “Diagrama Axiológico-Discursivo”. Verificou-se que, dentro do processo de trabalho da equipe, o acolhimento e a acessibilidade despontam como instrumental de organização do serviço e como tecnologia de cuidado relacional. Mesmo assim, o trabalhador ainda procura um equilíbrio entre a tecnologia que “inclui” e “organiza” o sistema e o serviço. Esperamos que este estudo sirva de subsídio para repensar os saberes e as práticas no campo da saúde mental, de modo a potencializar e qualificar as relações da comunidade com o serviço e do serviço com a loucura.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Acesso aos serviços de saúde; Acolhimento.

THE DISCOURSE ABOUT HOSTING AND ACCESSIBILITY IN THE COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES

ABSTRACT: This study aims to examine the discourse of mental health workers of a substitutive service about accessibility and hosting. This study has a qualitative approach. The *corpus* consists of interviews applied to 17 of 25 mental health professionals working in a substitutive service of a city in southern Brazil. Data were organized according to the “axiological-discursive diagram”. The results show that, in the team work process, hosting and accessibility emerge as instrumentals to systematize the service and as a technology of the relational care. However, the worker still seeks a balance between the technology that “includes” and “organizes”. We hope this study serves as a subsidy to rethink the mental health knowledge and practice, to strengthen and define the relationships between communities with services and between services with the madness.

KEYWORDS: Mental health; Health services accessibility; User embracement.

EL DISCURSO SOBRE EL ACOGIMIENTO Y LA ACCESIBILIDAD EN LOS SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo analizar el discurso de trabajadores de salud mental de un servicio sustituto sobre la accesibilidad y el acogimiento. Se trata de un estudio de abordaje cualitativo. El *corpus* es compuesto por entrevistas aplicadas a 17 de los 25 profesionales de salud mental que trabajan en un servicio sustituto de una ciudad de la Región Sur de Brasil. Los datos fueron ordenados de acuerdo con el “Diagrama Axiológico-Discursivo”. Se verificó que, dentro del proceso de trabajo del equipo, acogimiento y la accesibilidad despuntan como instrumental de organización del servicio y como tecnología de cuidado relacional. Igualmente, el trabajador todavía busca un equilibrio entre la tecnología que “incluye” y “organiza” el sistema y el servicio. Esperamos que este estudio sirva de subsidio para repensar saberes y prácticas en el campo de la salud mental, de modo a potencializar y cualificar las relaciones de la comunidad con el servicio y del servicio con la locura.

PALABRAS CLAVE: Salud mental; Acceso a los servicios de salud; Acogimiento.

¹Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas-UFPel. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-EERP-USP.

²Professor Titular do Departamento de Filologia da Universidade de Almería, Espanha. Líder do Grupo de Pesquisa Estudios Críticos sobre la Comunicación-ECCO.

³Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. Doutora em Enfermagem.

Autor correspondente:

Leandro Barbosa de Pinho

Universidade Federal de Pelotas

Rua General Osório, 631 - 96020-000 - Pelotas-RS, Brasil

E-mail: lbpinho@uol.com.br

Recebido: 09/07/09

Aprovado: 23/10/09

INTRODUÇÃO

No Brasil, uma expressiva articulação culminou com a consolidação do movimento de reforma psiquiátrica a partir da década de 90, quando os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde intensificaram a necessidade de modificação de alguns dispositivos jurídicos e de políticas públicas sobre a questão da saúde mental. O projeto de lei 3.657/89, conhecido como Lei Paulo Delgado, proibia a construção ou contratação de novos leitos psiquiátricos pelo poder público para criação de recursos na comunidade. Após ser revisto, seu substitutivo foi aprovado em março de 2001. No entanto, mesmo antes da Lei Nacional, alguns Estados da federação já avançavam na constituição de determinadas políticas antimanicomiais⁽¹⁾.

É nesse contexto que surgem os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, serviço substitutivo ao manicômio, operando de maneira regionalizada, no território geográfico em que vive o sujeito, para que este seja acompanhado na sua comunidade e possa receber cuidados baseados na promoção, prevenção, reabilitação e tratamento⁽²⁾. Para tanto, entendemos que o CAPS deve organizar-se na comunidade de modo a atender, sem restrições, a demanda, sendo o acolhimento e a acessibilidade bons instrumentos para compreender a qualidade e o potencial do serviço.

É possível afirmar que acolhimento e acessibilidade “andam juntos” no sentido de promover a inclusão e a ressignificação do fenômeno do encontro entre usuários e serviços de saúde. Isso porque um serviço acessível é um serviço que acolhe as demandas do outro, enquanto que o próprio acolhimento já representa um bom indicador das condições de acessibilidade ao serviço de saúde⁽³⁾.

Nesse sentido, compreendemos que acolhimento e acessibilidade despontam como tecnologias de cuidado que reposicionam o sujeito como elemento essencial no contexto das práticas em saúde. Porque tornar um serviço acessível é também torná-lo sensível às demandas das pessoas, assim como acolher o outro representa um diferencial em termos de capitalização dos esforços coletivos, em torno de um projeto único, pautado na negociação e no poder contratual. Por sua vez, parece potencializar o serviço de saúde como um espaço produtor/indutor de trocas, de experiências, de perspectivas e, principalmente de pessoas.

Mesmo num contexto de transformações é possível observar diferentes processos de trabalho dos

profissionais de saúde centrados numa lógica em que o modelo biomédico é hegemônico, o qual se centraliza no trabalho com a doença. Nesse modelo, a especialização parcela o conhecimento, as relações entre os trabalhadores são pautadas na verticalização e na hierarquia institucional e o cuidado apresenta-se fragmentado, com poucas reflexões sobre o sentido totalizador da vida. Nesse sentido, corre-se um risco de que serviços possam acabar reduzindo o indivíduo, como objeto de trabalho, e seus instrumentos (acolhimento e acessibilidade), as dimensões mais parceladas da vida, apagando-se subjetividades, singularidades e relações sociais dos indivíduos.

Pretendemos, neste estudo, analisar o discurso de trabalhadores de saúde mental de um serviço substitutivo sobre os princípios de acessibilidade e de acolhimento, de modo a compreender contradições, potencialidades e limitações do uso desses instrumentos no processo de trabalho em saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. O *corpus* é composto por entrevistas aplicadas a 17 dos 25 profissionais de saúde mental que trabalham em um serviço substitutivo de uma cidade da Região Sul do Brasil e que se dispuseram a participar da pesquisa, durante o período de julho a agosto de 2006. Ao todo, foram entrevistados três psicólogos, um enfermeiro, dois terapeutas ocupacionais, um farmacêutico, um psiquiatra, dois assistentes sociais, três auxiliares de enfermagem, um agente de saúde pública, um oficial administrativo, um vigilante e um servente.

Foram aplicadas três perguntas-chave, conforme roteiro previamente estabelecido: Fale sobre o atendimento no serviço; Fale sobre os fatores que possam contribuir para um melhor funcionamento do serviço; e, Fale sobre sua prática em saúde mental neste CAPS. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete e, depois de concluídas, encaminhadas a dois digitadores diferentes, responsáveis pela transliteração das gravações.

Nos estudos do discurso, a transcrição concentra-se na descrição detalhada de todos os fenômenos semióticos envolvidos nas conversações, como: pausas, entonações, corte de sílabas ou sinais verbais/não verbais. No caso da transliteração, compreende-se a transcrição dos signos linguísticos, mas utilizando-se uma ortografia convencional para

descrever apenas os enunciados produzidos pelos falantes, sendo o nível mais comum de representação de todos os corpus orais⁽⁴⁾.

Os dados foram organizados conforme o dispositivo chamado de “Diagrama Axiológico-Discursivo”⁽⁵⁾, desenvolvido de acordo com os pressupostos teóricos da Análise Crítica do Discurso⁽⁶⁾. Essa metodologia foi desenvolvida no intuito de encontrar certo padrão discursivo nos informantes, ou seja, um “discurso prototípico”, que, por ser naturalmente valorativo, já que agrega juízos de valor a comportamentos ou ações humanas, está inserido no âmbito da axiologia. Esse “discurso prototípico” representa certo padrão ideológico dos trabalhadores sobre categorias específicas de análise. Nesse caso, o discurso dos trabalhadores sobre o acolhimento e a acessibilidade como instrumentos de sua prática, apesar de suas contradições intrínsecas, ficou representado pela “inovação”.

Como o objetivo era encontrar um padrão discursivo que revelasse a intenção de todos os informantes, apresentamos apenas o discurso mais representativo da dimensão axiológica analisada. No entanto, em função do espaço limitado, não foi possível analisá-lo em sua totalidade. Para isso, recorreremos ao uso de fragmentos que descrevessem os aspectos mais importantes e suas contradições.

O projeto foi submetido a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas-UFPEL, obtendo parecer favorável ao seu desenvolvimento (Ofício 074/2005). Foi, também, garantido o anonimato dos sujeitos do estudo e respeitados todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, como é preconizado pelo Ministério da Saúde de acordo com a Resolução n. 196/96 e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN n. 311/07.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As políticas de saúde mental, centradas no desenvolvimento de dispositivos na comunidade, são recentes, resultado da militância de grupos de interesse e da materialização de seus ideais na legislação vigente⁽⁷⁾. As repercussões dessa realidade aparecem no discurso do trabalhador, com o desenvolvimento de tecnologias inovadoras para atender a demanda, antes excluída da comunidade e depositada em serviços especializados (manicômios).

Os trabalhadores destacam a “porta-aberta”

como um recurso de atendimento da demanda, para garantir o princípio de acessibilidade em saúde mental. O fragmento abaixo salienta essa tendência:

Bom, me conta então, me fala um pouquinho, [nome do trabalhador], sobre o atendimento do serviço? (Investigador).

O atendimento eu acho bem abrangente, ahm, priorizando mais os esforços. Aqui tem história de sofrimento mental de longa data, já passaram por internações psiquiátricas, que estão em crise ou que estão sofrendo muito naquele momento. Hoje a proposta é de porta aberta, então a pessoa chega lá e é acolhida. Ela recebe ali já um atendimento, um acolhimento prá ver o que cabe, o que que a gente enquanto saúde mental pode tá oferecendo [...] (Trabalhador).

Não tem sentido capacitar profissionais, ter recursos materiais e físicos em um serviço de saúde se este não puder atender a demanda que o procura. Uma instituição de saúde precisa se organizar para prover acesso ao sujeito e às necessidades dele, sem o qual o sistema como um todo não funcionará para ser resolutivo. Para isso, o serviço precisa se localizar próximo à população, ter horários e dias flexíveis, além de estar fisicamente aberto para prestar atendimento⁽⁸⁾.

Assim, a acessibilidade não se refere apenas ao modo como o serviço se organiza no território, mas a sua própria constituição estrutural, isto é, a localização geográfica, o adequado planejamento do cuidado no espaço físico, a superação das barreiras dimensionais e a adequação do serviço como um todo às questões culturais e aos hábitos da população local. Consequentemente, o acesso está condicionado à consciência sanitária de reconhecimento do direito de entrada da pessoa ao sistema, como uma construção conjunta, um processo de negociação, e não como apenas como a busca pelo serviço para resolução de problemas pontuais de saúde do indivíduo^(3,9).

O trabalhador discute o princípio de acessibilidade tendo por base o uso de uma linguagem metafórica (a “porta aberta”). A “porta aberta”, na sua percepção, representa a porta de entrada no sistema, a qual não está fisicamente aberta, como seria no sentido literal da expressão. Deslocada para o sentido figurado, a “porta aberta” é um mecanismo de retorno às demandas dos indivíduos, tornando o serviço sensível a todos que chegam, independente de terem sido referenciados ou

procurado o serviço de maneira espontânea.

Mais adiante, é possível notar que o trabalhador se coloca na posição de “saúde mental”, como se pudesse enfatizar que o trabalho com o sofrimento mental é feito pelas pessoas e pela instituição. Nesse caso, a acessibilidade parece representar a vontade coletiva dos trabalhadores, como um princípio ideológico que orienta a funcionalidade do serviço, os trabalhadores parecem representar a instituição e esta, por sua vez, parece representar o sistema de saúde mental como um todo, organizados sob a lógica da “porta aberta”.

A questão do acesso ao serviço também é lembrada pelo trabalhador através de uma circunstância temporal. Nessa situação, o discurso se reporta ao contexto presente através da utilização do advérbio “hoje”. Logo, se atualmente o serviço funciona de “porta aberta” – o que marca a qualidade do atendimento pela espontaneidade dos atendimentos – quer dizer que antigamente o serviço funcionava de maneira restritiva – através de agendamentos e de marcações de consulta para os diferentes trabalhadores. Nesse sentido, parece que o princípio da acessibilidade funcionaria como um “divisor de águas” entre o modelo ambulatorial – que restringia e gerava divisibilidade disciplinar – e o modelo substitutivo ou comunitário – que amplia, inclui, compartilha e descentraliza o atendimento.

Com a questão dos serviços de porta aberta, chega-se a conclusão de que quem é banido do sistema ou do serviço, ou seja, quem tem seu acesso dificultado por repressão da demanda, fica cada vez mais dependente das propostas medicalizantes da clínica tradicional. Com a criação do vínculo entre o trabalhador e o usuário, pode-se criar estratégias que visem à autonomização do sujeito. Por mais que a abertura de um serviço para o recebimento da demanda possa ser encarada inicialmente como um problema, vale lembrar que a agregação da clientela pode ser um bom indicador de vínculos interpessoais, de receptividade para receber novas procuras e de satisfação pela facilidade no acesso⁽¹⁰⁾.

Compreendemos que a acessibilidade ao serviço de saúde mental aparece, na representação do trabalhador, como um compromisso institucional que ajuda a promover a revitalização do sujeito como usuário de direito de um sistema. Usuário este que, durante séculos, foi excluído de qualquer possibilidade terapêutica por uma psiquiatria que racionalizava seu espectro de atuação às questões meramente pontuais centradas na originalidade da doença. O acesso livre

e irrestrito da população a um serviço especializado como o CAPS vem ao encontro daquilo que entendemos como um exercício de cidadania, resultado da replicação dos ideais sanitários de um sistema de saúde que luta pela inclusão e pela re-significação da loucura no imaginário social. O acesso, portanto, mais do que um princípio norteador, pode ser considerado como um princípio contra-ideológico que move todo o sistema de saúde, de modo a poder redimensionar aquele viés psiquiátrico que via na loucura um fenômeno a ser excluído, ao invés de incluído, premissa essa fundamental para a consolidação do movimento de reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

O próprio trabalhador faz referências à articulação existente entre as condições de acessibilidade e a oferta do acolhimento. No discurso, quando o sujeito “entra” no serviço, ele é imediatamente “acolhido”. Um acolhimento que, segundo o trabalhador, visa a identificar as necessidades mais urgentes do indivíduo e tentar oferecer um cardápio de estratégias e mecanismos para o enfrentamento dos problemas de saúde. De acordo com o discurso, o acolhimento parece ser um instrumento que organiza o processo de trabalho, enquanto que a resolubilidade viria em sequência como um dispositivo de continuidade, a qual depende de tempo, escuta, negociação e disponibilidade. Tal justificativa se deve ao fato do uso do verbo oferecer no gerúndio (“oferecendo”), que lembra um processo inacabado.

Todo usuário de um serviço de saúde o procura porque deposita nele uma esperança para resolver determinados problemas em sua vida, ou que, pelo menos, esse mesmo serviço possa lhe dar mais capacidade para enfrentar as adversidades que ele vivencia diante de si. O usuário espera ir se tornando mais sabido, a ponto de desenvolver mecanismos ou estratégias de resolução para os seus problemas. Isso quer dizer que o usuário tem interesse em, cada vez mais, ser autônomo em seu processo de viver⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, o acolhimento parece tornar-se a “mola-mestra” de todo um modelo tecnoassistencial, além de ser o principal dispositivo responsável pelo bom desempenho do modelo. O acolhimento desenvolve alteridades, espaços de trocas, de negociações e de manifestação de singularidades. Tudo isso, de certa forma, indispensável para a construção de novos processos de agenciamentos e de materialidades autênticas, centrados no indivíduo, nas relações com outros indivíduos e com a sua comunidade⁽¹¹⁾.

O acolhimento, enquanto campo aberto de múltiplas possibilidades, é cuidado e transversalidade

ao mesmo tempo. Quando a ação em saúde materializa uma realidade, o acolhimento atravessa o trabalho em saúde. Ao se concretizar como instrumento do processo de trabalho, o acolhimento também atravessa o campo de atuação dos trabalhadores⁽¹²⁾.

Dessa forma, o acolhimento se destaca como uma tecnologia de resolubilidade do sistema, tanto por meio da abertura dos espaços para a recepção da demanda, quanto pela vocação para responsabilizar-se pelos problemas de saúde de determinada região. O acolhimento pode ser entendido como uma prática clínica mais liberal e o seu sucesso dependerá de um razoável equilíbrio dialético entre autonomia e responsabilidade pelos trabalhadores do serviço. Um processo que está permeado pelo conflito e pelo tensionamento, mas que pode ser superado pela aposta na negociação e no agir solidário⁽¹³⁾.

Compreendemos, nesse sentido, que o acolhimento se transforma no início, meio e fim de um processo de trabalho em saúde quando é elevado à categoria de responsabilidade social com os problemas do outro, como um mecanismo sensível de escuta e como oferta de possibilidades ao mesmo tempo. Em saúde, acolher é cuidar, é entrar no mundo do sujeito, entender a dinamicidade da vida, compartilhar e valorizar experiências, sendo sensível aos diferentes aspectos que influenciam na percepção do processo de adoecimento humano. Acolher é estabelecer “pontes” entre a esfera do “técnico” e a esfera do “cultural”, entre o que é “sistêmico” e o que “singular”, num processo movido pela cumplicidade, pelo diálogo genuíno e pela possibilidade de negociação.

Em saúde mental, os trabalhadores parecem estar atentos e sensíveis ao acolhimento como prerrogativa que complementa a acessibilidade e produz novos sentidos ao cuidado com o louco e com a loucura no sistema de saúde. Como instrumento inserido no cotidiano, o acolhimento parece ir re-significando projetos terapêuticos e imagens sociais, uma vez que possibilita aproximar o serviço das pessoas e os trabalhadores do serviço. O trabalho em saúde mental vai se realizando em sua plenitude com a disponibilidade ofertada pelo serviço em acolher aqueles que chegam e com a potência do encontro entre trabalhadores e usuários. Isso parece ajudar na revitalização do próprio sentido do trabalho em saúde e do próprio trabalhador em saúde mental, como se fossem produtos e produtores de materialidades, saberes, práticas e novas relações interpessoais. Um avanço importante em se tratando de um contexto ainda dominado por concepções

históricas e racionalizantes da vida, da saúde, do sofrimento e da doença.

Vale ressaltar que a porta aberta e seus instrumentos inovadores, trazidos pelos trabalhadores, também trazem algumas dificuldades operacionais. Por exemplo, o fato de o serviço estar organizado para acolher as demandas do outro corre um risco de ver um processo complexo ser reduzido a uma mera dimensão procedimental, quando o sujeito acolheria para avaliar, analisar e resolver com base em padrões “protocolares” de atendimento. Um exemplo disso está, conforme o fragmento abaixo, na utilização da triagem como um evento posterior ao acolhimento, se o sujeito precisar ser acompanhado com frequência pelo CAPS. Caso contrário, ele será imediatamente enviado às regionais de saúde, fazendo com que o acolhimento perca sua dimensão cuidativa e se dilua num método rotinizado, que atende aos interesses institucionais:

Aí nesse momento já se decide se é uma triagem ou se é só um acolhimento. Se for só um acolhimento a pessoa é escutada, ouvida, a gente olha a necessidade e encaminha, se não tiver necessidade de ficar aqui no CAD, aí nos temos uma rede de atendimento de Saúde Mental no Município constituída de dez regionais de saúde. Onde tem psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional e tipo demanda prá essas unidades a gente encaminha. Sai daqui ou do PAPS que é a porta de acolhimento e também é encaminhado aqui, né? E se for situação de psicólogo, de sofrimento mental mais acentuado, depressão severa aí fica com a gente. Dependendo da pessoa ela fica naquele momento, ou ela pode vir noutro dia, né? Aí é passada a situação prá equipe e a gente começa a atender aqui. Aí são feitos vários grupos, várias oficinas, cada profissional acaba tendo uma abordagem em cima desse sofrimento, prá conhecer a história de vida, prá ver aonde nós temos que interferir, como é que a gente lida com essas pessoas. Então o atendimento não tem uma forma [...] de procedimento: faço isso, faço aquilo, vai medicar, vai [...] até tem uma rotina. Mas não assim, uma coisa extremamente fechada, rígida, a se cumprir com aquele procedimento. Acho que mais assim, são regras de convivência prá que a coisa possa funcionar [...] (Trabalhador).

O fragmento discursivo revela o quanto a redução de uma proposta complexa como o acolhimento pode se transformar num conjunto de mecanismos voltados

mais para a organização dos espaços de atendimento do que com a postura comprometida diante de uma necessidade candente do indivíduo. Essa realidade não somente reforça a tendência do trabalhador em tentar dissolver as incertezas do cotidiano por meio de uma reorganização operacional, como também revela certo potencial do discurso em promover assimetrias, pois restringe eventos de natureza complexa a aspectos mais lineares do processo de adoecimento. Para explicar essas relações, analisamos a utilização de orações condicionadas.

No primeiro caso, o trabalhador costuma entender um processo de acolhida como parte integrante de um corpo de conhecimentos rotinizados dentro do serviço, demonstrado pelo uso de conectores que expressam condição (“se”). Esses elementos explicam hipóteses sem as quais o fato principal provavelmente não seria produzido. É como se os eventos linguísticos assumissem uma relação de dependência vertical, sendo o elemento principal dependente do ato de realização do evento secundário.

Se para o discurso sobre o usuário a triagem assumia papel fundamental na definição dos critérios de inclusão, quando o discurso se reporta ao contexto do serviço, quem assume essa tarefa parece ser o acolhimento. Um acolhimento resolutivo, para o trabalhador, seria definir “quem fica” ou “quem sai”, e não inicialmente procurar fortalecer a parceria do encontro para direcionar a relação. Para isso, o usuário entra num circuito que inicia na escuta dos seus problemas e termina na passagem pela triagem (quando fica) ou no encaminhamento para as regionais de saúde (quando sai). Novamente entra em discussão aqui a assimetria na definição dos critérios de inclusão, ficando a cargo da equipe uma responsabilidade que poderia ser negociada em conjunto com as pessoas que procuram o serviço.

Com o uso das orações condicionadas, parece haver uma tendência de que o usuário estaria à mercê do poder decisório da equipe, que utiliza a triagem como elemento indispensável para dar seguimento à organização do processo de trabalho no serviço e o acolhimento como instrumento hipoteticamente secundário (“só um acolhimento”), mas sem o qual a triagem não funcionaria. O usuário que não preencher o perfil detectado (desta vez) pelo acolhimento, parece imediatamente referenciado para outras unidades. Caso contrário, ele será incluído no serviço através da execução da triagem. Um acolhimento que, sob nosso ponto de vista, condiciona o procedimento da triagem,

sendo esta e não aquele a “porta de entrada” do usuário no sistema.

O acolhimento é, sim, um dispositivo dinâmico que agencia uma rede de relações e de serviços, possuindo uma dimensão procedimental no processo de trabalho em saúde. No entanto, não basta saber o que faz o acolhimento dentro da rede de atuações e serviços, é preciso saber como se faz, e aí entramos no estabelecimento de um protocolo do ato de comunicação. Só assim aparece o acolhimento como dimensão pragmática do encontro, definido pelo campo das emoções, dos significados e das formas de recebimento-resposta dos atos da linguagem entre os atores envolvidos na relação. Caso contrário, podemos correr o risco de reduzir o acolhimento a um acolhimento “moral” da pessoa e de seus problemas, o que pode envolver desgaste e sofrimento importantes⁽¹¹⁾.

As orações condicionais, além de apresentar uma condição valorativa, salientam as assimetrias de poder existentes entre os atores da relação. Nessa situação, qualquer relação assimétrica de poder pode ser caracterizada como uma relação de dominação. Ao contrário da relação dialógica de uma conversação normal, em que aquele que estuda pode ser um respondente em potencial, na relação assimétrica temos uma ruptura simbólica na interação, onde produtores e receptores têm graus diferentes de importância e compreensão, sendo mais naturalmente um deles o responsável por transmitir e o outro por difundir o conhecimento⁽¹⁴⁾.

O trabalhador também procura justificar que a sobrevivência de um serviço se baseia no estabelecimento de critérios de funcionamento, o que concordamos, pois realmente é essencial para a manutenção de certo equilíbrio entre o saber e o fazer num modo tão mutante de operar como o da saúde mental. Segundo o trabalhador, a rotina existe, apesar de, no discurso, ser a imprecisão da prática que domina o ambiente assistencial, o que é confirmado pela expressão “então o atendimento não tem uma forma”. Em contrapartida, essa mesma rotina que parecia ser secundária e adquiria certa carga hipovalorativa em função do próprio ato de sua negação no discurso, retorna para fazer parte de um instrumento que diminui as imprecisões com a expressão “até tem uma rotina”.

Por esse motivo, parece haver, no discurso, uma vontade coletiva de potencializar a qualidade do serviço, apresentando-o como inovador à realidade, pelo fato de possibilitar a implementação de modelos ampliados de saber/fazer em saúde mental. No entanto, o discurso

que amplia é o mesmo que racionaliza o saber e institucionaliza a prática, como no caso das rotinas institucionais, que segmentam o processo de trabalho do serviço. Isso ajuda a entender a existência de diferentes mecanismos ideológicos no discurso do trabalhador, compatíveis e pouco compatíveis com o pensamento reformista, ao mesmo tempo.

Outro exemplo, nesse sentido, é a discussão sobre o princípio da acessibilidade do usuário. Nesse caso, o trabalhador compreende que a garantia de acesso é fundamental para construir novas relações hegemônicas do serviço com a comunidade. Em contraste, o acolhimento – como instrumento que promove acessibilidade – e a triagem – como estratégia operacional do serviço – condicionam o indivíduo a seguir uma série de exigências protocolares que sustentam a sua permanência ou a sua saída do mesmo, mediante o estabelecimento de critérios técnicos de inclusão/exclusão. Isso, de certa forma, demonstra certa ruptura entre o saber e o fazer do trabalhador, que evidencia a mescla de posicionamentos ideológicos que ainda dominam o cotidiano do trabalho em saúde mental.

O acolhimento e a acessibilidade, como instrumentos do processo de trabalho em saúde mental, ainda precisam encontrar um caminho que possa contemplar suas dimensões como potenciais formadores de sujeitos e também como técnicas que organizam o serviço de saúde. As contradições apontam que essas ferramentas são deslocadas por compreensões equivocadas e ampliadas ao mesmo tempo, o que revela um desafio interessante para repensar saberes e práticas no campo da reforma psiquiátrica brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi possível notar, o acolhimento e a acessibilidade despontam como instrumental de organização interna das práticas, bem como tecnologias de cuidado, mais concentradas no encontro entre as pessoas.

No entanto, mesmo que resida no discurso do trabalhador um estímulo de utilizá-las para promover inclusão social, esse discurso ainda procura um equilíbrio entre a tecnologia que “inclui” – complexa por natureza – e a tecnologia que “organiza” – que muitas vezes estimula a fragmentação, sendo, às vezes, a segunda prevalecendo sobre a primeira.

Esperamos que este estudo sirva de subsídio para repensar os saberes e as práticas no campo da

saúde mental. Acreditamos que isso pode ajudar na ressignificação da loucura, um fenômeno afastado de suas relações durante séculos e que ainda enfrenta o estigma e o preconceito como principais barreiras para conviver na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Botti NCL, Andrade WV. A saúde mental na atenção básica – articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. *Cogitare Enferm.* 2008;13(3):387-94.
2. Pitta AMF. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? *J Bras Psiq.* 1994;43(12):647-54.
3. Lora AP. Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no município de Pedreira – SP [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2004.
4. Listeri J. La representación ortográfica de corpus orales [online]; 1(1). 2008 [acesso em 2009 Mar 13]. Disponível: http://liceu.uab.cat/~joaquim/language_resources/spoken_res/Repres_ortog_corp_oral.html.
5. Pinho LB. Análise crítico-discursiva da prática de profissionais de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
6. Fairclough N. *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press; 2006.
7. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad Saúde Públ.* 2008;24(2):456-68.
8. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saúde Públ.* 1990;24(6):445-52.
10. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 71-112.
11. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da*

integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.
Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2006. p. 89-111.

12. Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
13. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. Reinventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 29-87.
14. Thompson J. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes; 2002.