

# Grupo de Acolhimento em Saúde Mental e Reabilitação na Atenção Básica: uma reflexão sobre a potência de dispositivos grupais

*Anamelia F. Prado Zara\**

*Carmen T.G. Trautwein\*\**

*Jaize C. de Aquino\*\*\**

*Lourdes A. D'Urso\*\*\*\**

*Marisa C. Siebert\*\*\*\*\**

## Resumo

*O texto relata o processo de construção de um dispositivo de recepção para a demanda de Saúde Mental e Reabilitação em uma Unidade Básica de Saúde localizada na periferia de São Paulo, território marcado por alto índice de violência e pela exclusão social dos moradores. A implementação na Unidade Básica de Saúde “Jardim Seckler” de um grupo de Acolhimento – com a proposta de ser “porta-de-entrada” para os serviços de Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Psiquiatria – buscou inicialmente organizar a grande demanda que chegava e garantir o acesso com equidade, um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Aos poucos, essa estratégia passou a ser elemento central na reorganização de todo o processo de trabalho, por fazer repensar a prática e as propostas terapêuticas à partir das necessidades*

---

\* Fonoaudióloga – Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo . Email: zara-zeus@uol.com.br

\*\* Psicóloga - Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo Email: carmentereza@bol.com.br

\*\*\* Psicóloga - Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo Email: jaize\_aquino@uol.com.br

\*\*\*\* Fonoaudióloga – Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo. Email: lourdesdurso@yahoo.com.br

\*\*\*\*\* Terapeuta Ocupacional - – Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo Email: mcsiebert@bol.com.br

identificadas. Ao mesmo tempo, permitiu a transformação do modelo de atendimento vigente na Atenção Básica. Discutem-se as possibilidades abertas por esta experiência que, ao valorizar a perspectiva grupal, incrementa potências tanto do usuário como dos profissionais da equipe de trabalho.

**Palavras-chave:** Grupo de Acolhimento; Saúde Mental e Reabilitação; Atenção Básica em Saúde.

## Abstract

*The text reports the construction process of a reception device for the Mental Health and Rehabilitation demand in a Basic Health Unit located in the outskirts of São Paulo city, a territory marked by a high index of violence and the inhabitants' social exclusion. The implementation of a heeding group at Basic Unit of Health called "Jardim Seckler" with the purpose of being the first step for services in Speech Therapy, Psychology, Occupational Therapy and Psychiatry initially sought to organize the great demand from the population and to guarantee the access to the services, with equity, which guides the basic health system device. Little by little, this strategy became the central element in the reorganization of the working process, as it forced a reconsideration of the practice and the therapeutic proposals from the needs previously identified. . At the same time, it allowed the transformation of the service model on the Basic Health Care. It is debated the possibilities opened by this experience which, when valuing the group perspective, develops both the user' and the work team professionals' powers.*

**Keywords:** Heeding Group; Mental Health and Rehabilitation; Primary Health Care.

## I) INTRODUÇÃO

A questão do acolhimento nos serviços de saúde do Brasil vem sendo intensamente debatida no momento atual. Várias experiências no âmbito da Saúde Mental discutem também a importância estratégica do momento de recepção da demanda, enfatizando, inclusive, um possível efeito terapêutico.

O texto a seguir relata o processo de construção do dispositivo grupal "Acolhimento em Saúde Mental e Reabilitação", que foi implantado na Unidade Básica de Saúde Jardim Seckler a partir de 2004. Trata-se de um relato que busca compartilhar as discussões e reflexões da equipe de Saúde

Mental e Reabilitação dessa UBS realizadas a partir do curso “Dispositivos grupais na rede pública de saúde: sistematização e análise”, promovido pela Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Inicialmente apresentamos, através de indicadores demográficos e de saúde, a UBS Jardim Seckler, seu território, as características da população que o compõe e a forma como essas pessoas vivem e adoecem.

Em seguida, descrevemos o funcionamento do dispositivo Acolhimento e o histórico de sua implementação na UBS, configurando-se como um novo modelo de atendimento. Neste momento, é inevitável a comparação entre o modelo anterior, frequentemente utilizado por profissionais da área de Saúde Mental e Reabilitação, e o novo modelo construído a partir das mudanças geradas pela nova estratégia de recepção. Tal comparação possibilitou vislumbrar as transformações no atendimento prestado pela equipe de Saúde Mental, já que esse dispositivo grupal passou a ser elemento central na reorganização do processo de trabalho, por permitir repensar a prática e as propostas terapêuticas a partir das necessidades identificadas.

O processo de transformação do “Acolhimento” é explicitado a seguir. O que era, inicialmente, um agrupamento pode constituir-se num grupo terapêutico, quando a equipe se aprofundou na busca de subsídios teóricos; correlacionando a teoria à prática vivenciada nos grupos. Aqui a intenção é traduzir como a equipe incorpora o status de “terapêutico” a um espaço que antes era entendido apenas como “porta de entrada” para o serviço de Saúde Mental e Reabilitação.

As considerações finais tecem questionamentos resultantes do próprio exercício de reflexão. O grupo de “Acolhimento” permitiu estabelecer uma relação diferente entre profissionais e usuários, com quebra das tradicionais relações de poder e busca de soluções compartilhadas, o que permitiu a equipe da UBS a descoberta de novas possibilidades e potências, transformando tanto usuários como trabalhadores.

## II) O TERRITÓRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Seckler está situada na Coordenação de Saúde Sudeste do município de São Paulo, mais precisamente

na Supervisão Regional do Ipiranga. A unidade oferece serviços nas áreas de Pediatria, Clínica Geral, Ginecologia, Odontologia e Saúde Mental (Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional). Além disso, são realizados procedimentos de Enfermagem (curativos, coletas de exames laboratoriais, consultas de enfermagem etc.) e toda a vigilância epidemiológica do território de responsabilidade da UBS, constituído por aproximadamente 32.000 pessoas (IBGE, 2000).

A UBS tem, em seu território diferentes tipos de moradia o que conseqüentemente implica em diversos modos de adoecimento da população. Parte da favela de Heliópolis, a maior da cidade de São Paulo com uma população estimada em 100.000 habitantes, é de responsabilidade da UBS Jardim Seckler. Cerca de 40% da população de Heliópolis é formada por crianças e jovens na faixa etária de 0 a 24 anos (IBGE, 2000).

Mesmo no território da favela as condições de moradia não são homogêneas, já que há barracos construídos sobre córregos convivendo com casas de alvenaria com coleta de esgoto, água encanada, eletricidade e ruas asfaltadas.

É importante lembrar que os moradores de Heliópolis, em sua grande maioria, dependem do atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Devemos, ainda, ressaltar que a UBS Jardim Seckler não é a única responsável pelo atendimento dessa imensa população que habita a favela. Existem outros serviços de Atenção Básica próximos à Heliópolis.

A Unidade também é responsável por uma área onde reside uma população de “classe média”, formada basicamente por adultos e idosos. Além disso, há no entorno da unidade diversos equipamentos sociais como: escolas, creches, organizações não-governamentais, etc.

Dados sobre a mortalidade na região do Ipiranga possibilitam entender, com maior profundidade, as diversas circunstâncias a que estão submetidas essa população que frequenta a UBS. Nessa região a taxa de homicídio está entre as maiores do município de São Paulo, com 49,62 homicídios por cem mil habitantes. Esta taxa se eleva ainda mais na região do Sacomã, onde está situada a UBS. Quando considerada a faixa etária entre 15 e 24 anos, o número de óbitos alcança o índice de 111,77 por 100.000 habitantes (São Paulo, PRO-AIM, 2002). Isto, ao contrário do que é alardeado pela mídia,

nos faz pensar que, os jovens desta e outras regiões carentes na cidade de São Paulo, apesar de serem protagonistas da violência urbana, são muito mais vítimas do que autores deste tipo de crime.

Outro recurso que nos permite conhecer o perfil do morador, atendido na Unidade de Saúde, é o Mapa de Exclusão Social (São Paulo, SAS/CEBRAP, 2000) com o qual é possível verificar o “grau” de vulnerabilidade desta população. Os indicadores foram construídos a partir de um conjunto de variáveis (sexo, idade, escolaridade e renda do chefe da família e número de filhos), de cada setor censitário. Baseados nesses dados, podemos dizer que, grande parte da população da Helópolis – cerca de 76% das famílias - está situada nas faixas denominadas de alta e altíssima privação social.

Portanto, a realidade vivida por essas pessoas demonstra uma história de constante exposição à situações extremas: de violência e privações de diferentes ordens, o que lhes confere o status de “excluídos de grande parte dos direitos”, que deveriam estar legalmente garantidos aos cidadãos.

Considerando o atendimento em Saúde Mental e Reabilitação, o cenário torna-se mais complexo, pois existem nas UBSs da região pouquíssimos profissionais, que atuam de forma isolada e adotam o modelo de atendimento tradicional<sup>1</sup>. Neste contexto, a equipe da UBS Jardim Seckler acaba se tornando praticamente referência para toda região da favela e bairros vizinhos nos atendimentos de Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

### III) O GRUPO DE ACOLHIMENTO: SEU FUNCIONAMENTO

O grupo de Acolhimento em Saúde Mental e Reabilitação tem como proposta ser um grupo de recepção para aqueles que procuram os serviços

---

1 Denominamos forma tradicional de atendimento aquele que se pauta no isolamento dos profissionais; ênfase nos atendimentos individuais, prioridade no diagnóstico e remissão de sintomas; baixa efetividade com longas listas de espera, dificultando o acesso dos usuários aos serviços ofertados.

nas áreas de Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, além de Psiquiatria<sup>2</sup>. O grupo é um espaço semanal aberto e, desta forma, a Unidade e a própria comunidade já o incluíram em sua rotina.

Nesses grupos, estão presentes crianças, adolescentes e adultos, não havendo a princípio, nenhuma restrição quanto à participação de qualquer indivíduo, desde que este esteja envolvido na situação trazida. Algumas vezes verifica-se a presença de famílias inteiras, casais e até representantes de instituições, acompanhando as pessoas para quem buscam o atendimento.

A opção de escutar os diversos atores de uma situação no próprio encontro de Acolhimento possibilita a equipe compreender, de forma mais ampla e aprofundada, as múltiplas circunstâncias envolvidas na problemática. Permite ainda que, todos tenham espaço para apresentarem sua própria versão da história, modificando e ressignificando a mesma.

Há sempre dois profissionais responsáveis pela coordenação do grupo, havendo um rodízio na equipe de Saúde Mental e Reabilitação. Eventualmente, há a participação de estagiários de Psicologia, Medicina ou Fonoaudiologia. Este arranjo foi pensado inicialmente como uma forma dos profissionais se ampararem mutuamente diante de questões complexas e inesperadas que surgem nestes encontros. Além disso, com essa prática, procura-se ampliar a visão para além da especialidade, buscando um olhar mais global do sujeito que ali se apresenta e assim construir referenciais teóricos comuns para toda a equipe.

O tempo médio de duração do grupo de Acolhimento é de quatro horas. Não há agendamento prévio e, por isso, há flexibilidade em sua duração dependendo do número de participantes.

O trabalho ocorre em dois momentos distintos. Inicialmente, são dadas informações básicas sobre o período de duração do grupo e suas re-

---

2 O atendimento de psiquiatria é feito na forma de matriciamento, ou seja, há um psiquiatra da Supervisão Técnica do Ipiranga que faz visitas sistemáticas à UBS para avaliar e definir condutas medicamentosas, caso haja necessidade, dos pacientes previamente agendados pela equipe de Saúde Mental e Reabilitação. Os pacientes medicados passam a ser seguidos pelo clínico geral da unidade, sob a supervisão desse psiquiatra, tornando-se referência para aquele paciente. Os usuários que necessitam acompanhamento psiquiátrico sistemático são referenciados para unidades que têm Psiquiatria.

gras de funcionamento. Uma delas é a garantia do espaço para falar assim como a necessidade de sigilo em relação ao que for falado, considerando que são pessoas que habitam o mesmo território.

Alguns usuários demonstram e verbalizam sua surpresa com o atendimento grupal, já que esperavam uma consulta individual. Outros questionam se serão obrigados a falar em grupo e é, então, esclarecido que a pessoa poderá fazê-lo individualmente, após o término da fala dos demais. Porém ressalta-se a importância da participação de cada um e da necessidade de ouvir os demais participantes.

Em seguida, as pessoas se apresentam e iniciam o relato de suas histórias e queixas. Durante esse momento, os coordenadores costumam estimular a participação dos demais usuários, seja através da colocação de experiências semelhantes, bem como opiniões, perguntas e explicações sobre alguma reação por eles esboçada como expressões de surpresa, riso, conversas paralelas etc.

Após o relato, há um intervalo de cerca de 40 minutos, quando a equipe discute os casos e os encaminhamentos a serem propostos.

O segundo momento, denominado “devolutiva”, ocorre com o retorno do grupo. Nesse momento são dadas algumas orientações e apresentadas propostas de intervenção ou encaminhamento.

A grande maioria dos casos é absorvida em alguma modalidade de atendimento na própria unidade, com ênfase nos atendimentos grupais. Esta opção da equipe baseia-se na crença de que o grupo potencializa sentimentos como solidariedade, reciprocidade e identificações que ajudam aos seus integrantes na busca de ações emancipatórias e de auto-cuidado. Do mesmo modo, a não priorização das consultas individuais, possibilita romper com a ênfase que o modelo anterior dava ao diagnóstico nosológico e, conseqüentemente, a identificação e remissão de sintomas. No entanto, em algumas situações também são indicadas consultas individuais, contato com as instituições encaminhadoras ou visitas domiciliares.

Os grupos ofertados, após esse momento inicial do “Acolhimento”, são: avaliação interdisciplinar para crianças e famílias, terapia comunitária, grupo de relaxamento e meditação, psicoterapia grupal, grupo de cuidadores (pais e/ou responsáveis pelas crianças trazidas para o serviço) e oficina

de leitura e escrita. Além dessas ofertas, há a possibilidade de se construir constantemente novos grupos, já que há a preocupação de traçar projetos terapêuticos flexíveis e adaptados às necessidades detectadas, priorizando os casos de maior risco.

Outra preocupação é a relação com outros setores da UBS e, logo na fase inicial de implementação do grupo, ocorreram duas reuniões com os demais profissionais da unidade para divulgar e integrá-los na nova modalidade de atuação. Tais encontros se repetem ocasionalmente, seja com um ou todos os profissionais da Unidade, desde que haja interesse ou necessidade de atualizar informações sobre o espaço do grupo, além de possibilitar eventualmente discussões de casos.

Atualmente há uma maior integração com a UBS, inclusive formalmente, já que o preenchimento de dados básicos de identificação nas fichas, a divulgação das datas e regras básicas de funcionamento dos grupos, está sob a responsabilidade do setor de recepção da unidade.

Um depoimento da auxiliar de chefia revela que o fato de haver um grupo fixo semanal alivia a angústia dos profissionais da Unidade causada pela demanda de Saúde Mental. Esses usuários circulam dentro da Unidade nos espaços da recepção, farmácia e outros. Por sua vez os profissionais, não raramente, acabam se envolvendo em conflitos, gerados pelo comportamento e história desses diferentes usuários.

## IV) O ACOLHIMENTO ALICERÇANDO A MUDANÇA DE MODELO

A implementação do grupo de Acolhimento foi uma iniciativa da equipe de profissionais da área de Saúde Mental e Reabilitação da UBS Jardim Seckler. Teve início em agosto de 2004, época em que se organizou na UBS um grupo de profissionais que tinha como compromisso ético e político, transformar o modelo de atendimento em saúde mental vigente na Unidade; o qual não se diferenciava daquele tradicionalmente efetivado nas demais Unidades Básicas de Saúde.

O quadro abaixo tenta ilustrar as transformações que a implantação do modelo de Acolhimento ocasionaram no modo de atendimento desenvolvido pela equipe de Saúde Mental e Reabilitação, da UBS.

**Quadro 1: Mudança de modelo no Atendimento em Saúde Mental e Reabilitação na UBS Jardim Seckler**

<b>Modelo anterior</b>	<b>Modelo atual</b>
Acesso via <b>lista de espera</b>	Acesso via acolhimento
Atendimento conforme a <b>Procura</b>	Atendimento à partir da <b>avaliação de risco</b> e vulnerabilidade
Atenção ao usuário - resultado de <b>somatória das intervenções</b> de cada profissional <b>isoladamente</b>	Busca da <b>construção de referenciais</b> teóricos <b>comuns</b> , da integração dos saberes e práticas junto a clínica.
Ênfase na oferta de <b>consulta individual</b> , priorizando o diagnóstico da patologia com remissão de sintomas.	Ênfase nos <b>atendimentos grupais</b> priorizando sentimentos como solidariedade e reciprocidade, buscando ações emancipatórias e de auto-cuidados
Tendência a valorização do saber dos profissionais e <b>reprodução de relação autoritária</b> e de dependência do usuário	<b>Construção de vínculos</b> , e a busca de compartilhar <b>responsabilidades com o usuário</b> , valorizando sua <b>autonomia</b>
<b>Insatisfação dos profissionais</b> em relação à sua prática	Satisfação dos profissionais com a prática, criação de <b>Potência na equipe</b>

É evidente que transpor para uma tabela toda a “riqueza” envolvida neste processo pode acarretar reduções e omissões importantes. Porém, nossa intenção é apresentar de forma simples informações que possam

auxiliar no entendimento das mudanças de paradigma de trabalho para, no decorrer do texto, contemplar e aprofundar as circunstâncias que envolvem cada um dos itens expostos no quadro.

A proposta da equipe<sup>3</sup> estava alicerçada nas diretrizes do SUS e discussões do Projeto Acolhimento<sup>4</sup>, que na ocasião era uma das prioridades da Secretaria Municipal de Saúde e, por sua vez, também estava de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão, do Ministério da Saúde. (Brasil, 2006). Além disso, no âmbito da UBS a gerência local assumiu a implementação desse projeto nas atividades desenvolvidas por toda a Unidade, tendo como princípios norteadores o acesso com equidade.

No caso dos serviços de Fonoaudiologia e Psicologia, o desafio era transformar o acesso feito através de listas de espera em uma “porta aberta” para a recepção desta demanda, utilizando o grupo semanal de “Acolhimento”.

Pensar na acessibilidade como nos diz Fekete (1997) permite “aprender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ações de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-las” (p. 116). A autora afirma ainda que para entender esse conceito de forma ampla deve-se “superar o entendimento de que a mera presença ou disponibilidade dos recursos em um lugar, em determinado momento assegura sua plena utilização” (ibid).

Uma das mais conhecidas possibilidades de oferecer acesso era o atendimento em grupo. Porém como transformar este grupo em um dispositivo, aqui entendido como aquilo que serve para fazer com que algo funcione? Saidon (1987) nos deu algumas dicas sobre aquilo que buscávamos:

*Interessa-nos ultrapassar a concepção de grupo como um conjunto de indivíduos com uma mútua representação interna, quase sempre sentadas*

---

3 A equipe teve diversas composições, contando com profissionais como psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social

4 O projeto Acolhimento, proposto pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tinha como objetivo “tecer uma rede de confiança e solidariedade entre os cidadãos e os profissionais que atendem no serviço público de saúde” (SMS, 2002)

*em círculo. ... Assim nos interessam os grupos, na medida em que colocam em funcionamento alguma coisa no interior da instituição, ou no interior deles mesmos. (p. 14).*

Porém este desafio de encontrar um modelo “ideal” de funcionamento grupal foi algo que aos poucos se construiu, no fazer cotidiano. Além disso, este dispositivo grupal, agora denominado “Acolhimento de Saúde Mental e Reabilitação”, se propunha a desenvolver uma escuta mais qualificada junto aos usuários, buscando identificar questões para além da queixa trazida, e assim apreender possíveis riscos. Esta forma de trabalhar possibilitou-nos definir as prioridades no atendimento da equipe, isto é, alocar com critério os recursos disponíveis, sempre com o desafio de considerar o máximo de circunstâncias envolvidas frente à demanda trazida. Neste processo, o grande desafio é analisar a diversidade e a complexidade de determinada situação, buscando possibilidades para sua transformação.

Assim, o “Acolhimento”, possibilitou transformar o antigo modelo centrado no agendamento por ordem de chegada em um atendimento em que efetivamente se considerasse o risco e a vulnerabilidade.

Mas apesar do acesso ao serviço, a população que ali chegava, nos era desconhecida!

## **V) DE AGRUPAMENTO PARA GRUPO – PRODUZINDO EFEITO TERAPÊUTICO NA IMPREVISIBILIDADE DOS ENCONTROS**

As filas de espera para atendimento em saúde mental não nos permitiam conhecer nosso usuário. O dispositivo grupal denominado “Acolhimento” veio como uma possível resposta a esse “desconhecido”, além de ressignificar o incômodo que sentíamos frente à prática que era desenvolvida na UBS. Com este “acolher”, não tínhamos clareza do que fazer depois, mas ele possibilitava que o encontro entre profissionais e usuários acontecesse. Concordamos com Mehry (2004) que este encontro é o objeto primordial do trabalho em saúde. (p 2. )

Assim, quando iniciamos o grupo de Acolhimento, pensávamos que ele poderia funcionar como um dispositivo técnico que transformaria o

modelo de atenção vigente, garantindo o acesso ao serviço, conceito amplamente discutido no campo da Saúde Coletiva. Acreditávamos que não haveria mais filas, e que priorizaríamos os usuários a partir de critérios de risco e vulnerabilidade, pois a “porta” do serviço estaria sempre aberta. Porém, seria nossa pretensão que este dispositivo de recepção funcionasse como uma panacéia para a resolução de todos os problemas envolvidos no ato de acolher?

Tenório, Oliveira e Levcovitz (2000) expressaram essas nossas angústias ao comentarem a importância estratégica dos dispositivos de recepção em Saúde Mental semelhantes ao que aqui apresentamos:

*A criação de uma nova estrutura, com um novo nome e um novo funcionamento institucional, não garante em si a resolução definitiva dos problemas colocados pelo desafio de atender com qualidade e eficiência a clientela usuária dos serviços de saúde mental. (p.7).*

Os mesmos autores também ressaltam as dificuldades inerentes ao momento de recepção por ser “a expressão dramática do sofrimento daqueles que procuram os serviços psiquiátricos e das dificuldades inerentes à própria clínica do psíquico, conjugados com a materialização também dramática da falta de recursos e da desarticulação da rede”.

Apesar de ser uma inovação no trabalho que desenvolvíamos até então, a transformação ainda não havia se efetivado. Esta forma de implementação do grupo, fazia com que o técnico decidisse o que era melhor para os “pacientes”<sup>5</sup>, e se por um lado, não era ameaçada a conhecida hierarquia dos serviços de saúde, por outro nos defrontávamos com a impotência em resolver as inúmeras questões trazidas pelos usuários.

Na prática, o Acolhimento era um agrupamento de pessoas com queixas diversas, cabendo à equipe a tarefa de ouvir a demanda trazida pelo usuário, propondo um seguimento na própria UBS ou encaminhando-o para outros recursos. Continuávamos incomodados, porém agora cientes de que perdíamos a oportunidade de conhecer mais amplamente a clientela que ali chegava.

---

5 Paciente no sentido daquele que se mostra passivo frente à determinada situação

Era impossível ignorar a riqueza das relações que se produziam nos encontros. Assim, buscando operar desse modo, encontramos em Saidon (1987) o conceito de transversalidade, ou seja, a possibilidade de nos abirmos para sermos atravessados uns pelos outros. O autor diz que não há encontro, se este já é alguma coisa esperada, “..um encontro como qualquer outro”.

Ainda citando o autor:

*...o grupo como dispositivo é algo que permite, em um determinado momento histórico, aumentar o índice de transversalidade: intensificar um acontecimento e, para isso, ou melhor, e, a partir disso, colocar em funcionamento alguma coisa que estava caminhando de forma excessivamente bem adaptada. (Saidon, 1987, p 14 )*

Dessa forma, queríamos produzir encontros, já que éramos atravessados por situações como as descritas a seguir:

- A mãe que chega contando do filho de 21 anos que há cinco anos não saía de casa, e que agora tinha percebido que o caso talvez fosse grave.
- O senhor de 60 anos, aparentemente distinto, e que choca a todos (profissionais e usuários), contando que tinha abusado sexualmente de crianças que freqüentavam a mesma igreja que ele.
- A esposa que, no meio das preocupações com seu marido alcoolista, conta que seu filho de nove anos tem passado os finais de semana fora de casa. Ela diz não ter nenhum conhecimento dos lugares por onde transita.
- A menina que, apesar de ter visto o pai assassinar a mãe, chega com queixa de trocas de letra para escrever.
- As crianças de três ou quatro anos que mal começaram a falar e já chegam com rótulos, dados pela escola ou família, portadores de gagueira ou de atraso de linguagem.
- As mulheres que, cansadas da violência que sofrem, seja por conta do companheiro, da família de origem ou da sociedade, começam a apresentar sintomas orgânicos. São comuns relatos de violência sexual e outras na infância e adolescência.

- A creche que vem pedir socorro porque não sabe o que fazer com um menino de 04 anos que bate em todos.
- As crianças com nove ou dez anos de idade, aparentemente independentes, circulando com competência em diferentes espaços, mas que ainda não se alfabetizaram, apesar de estarem na 3<sup>a</sup> ou 4<sup>a</sup> série.
- O moço que dizia estar ouvindo vozes de seres que o estariam vigiando desde que foi demitido do emprego. A irmã que o acompanha diz que desde criança ele era um pouco isolado e esquisito, mas nunca fizera nenhum tratamento.

Era impossível não se sentir incomodado, não sermos marcados pelas inúmeras histórias que ouvíamos. Não só éramos afetados pelo outro como também afetávamos aquele espaço, e assim o Acolhimento que no início se propunha ser um espaço de escuta para o usuário trazer sua experiência singular de sofrimento, próprio de consultas individuais, se transformava em algo novo, diferente!

Ainda havia o fato de que muitos usuários vinham para o Acolhimento trazendo em seu discurso marcas de um jargão “medicalizado” e tecnicista. Por exemplo, a jovem que chega dizendo ter “síndrome do pânico”, a mulher que se diz “deprimida” ou a criança que vem da escola com o rótulo de “hiperativa”. Dessa maneira, os usuários chegavam “portadores de uma doença”, e vinham buscar a “cura”; através de remédio ou da terapia.

O desafio era repensar os projetos terapêuticos a partir das necessidades identificadas, que estavam para além do discurso, da queixa. Isto também foi outro elemento agregado à nossa prática a partir do Acolhimento, já que muitas vezes as atividades que antes eram propostas não contemplavam aquilo que os usuários vinham buscar de fato.

Assim, se o objetivo do grupo de Acolhimento era conhecer amplamente aquele usuário que ali chegava, nossas intervenções também deveriam ser mais amplas. E, no decorrer dos encontros fomos desfocando do diagnóstico, enquanto conceito nosológico, e relativizando a queixa trazida através de ações que pudessem promover reflexões individuais e no grupo.

Ao nos determos sobre a “conversa” que ocorre durante o “Acolhimento”, podemos afirmar que tal diálogo se constitui enquanto ferramenta

que permite buscar, como nos diz Teixeira (2003): “maior ‘ciência’ das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-la” (p.12) .

Ao conversarmos sobre determinada situação no grupo, novas relações emergiam, seja do usuário com os profissionais, seja com o grupo, seja com a própria problemática ali compartilhada, sendo o desafio constante a busca pela real necessidade do usuário. Vale ressaltar que tal necessidade é entendida como a definição de Teixeira:

*... necessidades (aquilo de que precisamos para ter saúde, para viver bem, para ser feliz) não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais estão definitivamente definidas, mas são e desde sempre têm sido objeto de um debate interminável, de uma experimentação continuada, em que o que se refaz sem cessar é a nossa própria humanidade.” (2003, p.12 )*

A problematização de situações trazidas como “prontas e acabadas”, a solicitação de outras opiniões junto ao grupo e os desdobramentos em ações, geralmente não convencionais ao nosso antigo modo de trabalhar buscavam favorecer e fortalecer a grupalidade.

O uso de algumas técnicas simples de ambiência também tinham o intuito de ampliar e aprofundar este acolher coletivo. Outra tônica de nossa intervenção passou a ser o compartilhamento de conhecimentos pautado nas experiências e vivências dos próprios integrantes do grupo, e não só na figura e no conhecimento dos profissionais presentes.

Um exemplo deste tipo de intervenção seria questionar junto à determinada família como uma criança denominada de “hiperativa” consegue se manter sentada e concentrada em alguma atividade por todo o tempo do grupo, isto é, cerca de 4 horas! Ou então, perguntar ao próprio grupo se não faz parte de ser humano sentir-se triste, cansado e com medo, após ter sofrido um assalto. Em geral nesses momentos, surgem outras histórias parecidas. Há ainda a senhora que se auto denomina “deprimida” e que procura um psiquiatra para medicá-la, mas tem sua busca transformada quando passa a frequentar o grupo de terceira idade e o de relaxamento e meditação. O seu isolamento social, objeto de reflexão no Acolhimento, possibilitou deslocar o rótulo que ela mesma havia conferido.

Não queremos com estes exemplos dizer que o sofrimento mental não exista, mas ele também é construído social e culturalmente e, portanto pode ser modificado, ressignificado.

A tendência de valorizar o saber do profissional, no caso a equipe de Saúde Mental e Reabilitação, frente aos usuários vistos até então como seres passivos, "pacientes", vai aos poucos se transformando. É um constante desafio para a equipe mudar as relações autoritárias, reproduzidas historicamente dentro dos serviços de saúde, pela construção de vínculos em que se compartilhem responsabilidades e se valorize a autonomia do usuário.

Como nos diz Teixeira:

*... todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.*  
(2003, p.12)

É como se fosse um quadro onde o cenário e a imagem principal pudessem ser pintados por vários "artistas" (participantes do grupo) que se revezam em diferentes tarefas ao mesmo tempo. Ora alguém pinta a cena principal enquanto os outros confeccionam o fundo, até que uma pincelada inspira um outro a se manifestar e a retornar à cena principal. Nesse jogo de inter-relações, os profissionais se misturam com as tintas e com os artistas, expressando também suas emoções, falando de suas sensações, identificando-se com os pacientes e às vezes diferenciando-se destes ao modificar ou questionar a cena/imagem retratada, como se fosse um mestre de pintura. Mestre não no sentido hierárquico, mas no sentido de construir uma síntese para obter uma compreensão da situação, um entendimento do acolher.

Com o avançar das discussões da equipe, que passou a ter espaços de supervisão, passamos a refletir mais sobre a grupalidade e sua potência terapêutica. Começamos a olhar o movimento do grupo, as reações das pessoas ao que o outro trazia, pensar naquilo que o usuário dizia, não só através das informações objetivas que ele discursava. Dessa forma, fomos

percebendo que havia algo que estava para além, no âmbito do invisível e que atravessava os encontros. Essa dimensão intensiva começou a nos surpreender e nos encantar.

Ainda resistíamos a este caráter terapêutico intrínseco aos encontros do Acolhimento, talvez por restringir o entendimento deste espaço àquela nossa proposta inicial, de ser uma estratégia que garantisse apenas acesso aos serviços. Porém, o que nos deparávamos agora era um grupo em transformação, ou melhor, o entendimento sobre ele é que ia se modificando. Se inicialmente este espaço se propunha a reorganizar a demanda, no decorrer do processo ele não só reestruturou as atividades e propostas terapêuticas, como também possibilitou emergir potências próprias!

Estávamos caminhando em direção à busca de algo que parecia uma força “invisível”, permitindo a expressão do singular de cada participante, da experiência inédita de cada encontro, percebendo sua essência e potência. É essa experiência, carregada de sentido, que se incorpora a cada um dos integrantes do grupo, modificando e reinventando o que está posto.

Nessa trajetória de deslocar o sujeito do lugar daquele que está reduzido à queixa, para uma posição em que ele possa pensar e buscar respostas para suas questões, a partir de reflexões e vivências ali possibilitadas, nós profissionais também passamos a ocupar um novo lugar. Nosso suposto saber se relativizava junto à escuta das experiências dos demais integrantes do grupo. Assim, ao usuário era possibilitado alterar a relação com a problemática por ele trazida e para nós, era permitido construir conceitos e ações fundamentais no exercício da clínica ampliada<sup>6</sup>, evitando assim, posturas reducionistas, favorecendo identificações e reflexões coletivas.

Tínhamos a tendência de considerar que o elemento terapêutico só se daria em grupos de maior continuidade, homogêneos e criados com

---

6 Clínica ampliada refere-se a um conceito da saúde coletiva que redefine e “amplia” os elementos que compõem o trabalho em saúde. Assim, o objetivo continua sendo a saúde, só que ampliada no sentido de aumentar o coeficiente de autonomia e auto-cuidado do sujeito em questão. O objeto deste trabalho refere-se não só a doença, mas também o sujeito (família, outros coletivos) enfermo ou com possibilidade de adoecer. Há de se considerar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais que interferem no processo saúde e doença, o que implica em ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista e a intervenção terapêutica, porém sem negar os vários tipos de clínica. (2001, Colegiado de Gestão SMS/Campinas)

propósitos mais definidos. Talvez considerássemos o Acolhimento um espaço inicial de entrada ou triagem, e nossa tarefa era escutar e encaminhar os casos para diversos projetos de intervenção. Porém, no decorrer do processo a prioridade passou a ser o vivenciar mais profundamente a experiência do grupo.

Acreditamos que, ao oferecer um espaço para que o usuário possa falar de sua dor, estamos não só singularizando seu sofrimento como possibilitando que este sujeito seja escutado e compreendido por diferentes pontos de vista. A compreensão da problemática do outro num espaço coletivo, junto aos seus pares, pode deslocar este sujeito do lugar daquele que se queixa – enfatizado em consultas individuais – para uma experiência que o transforme em alguém crítico, com demandas próprias, capaz de estar inserido e de circular no espaço familiar e social.

## VI) CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo tradicional de atender a demanda de Saúde Mental e Reabilitação causava na equipe não só um desconhecimento da população que procurava os serviços, mas uma insatisfação com o próprio trabalho e impotência frente a crescente demanda que ali chegava.

O cotidiano do trabalho em saúde, como nos fala Merhy (2004) é cercado de dificuldades que não ocorrem apenas devido às precárias condições materiais e salariais em que ele acontece. É cada vez mais comum encontrar trabalhadores em saúde cuja alma de seu fazer se perdeu, ou como diria o autor, fica prejudicado “o sentido do nosso lugar de trabalhador, do ponto de vista de quem aposta na perspectiva de que uma nova relação entre nós, seres sociais, seja possível. E, se, nós não formos apostadores de que uma nova relação entre nós, humanos, seja possível, não há porque ter uma nova perspectiva de futuro.” (Merhy, 2004, p 1. )

Desta forma, esse dispositivo de recepção, pensado inicialmente para responder ao problema de acessibilidade, aos poucos vai se tornando a estratégia estruturante de todo o nosso processo de trabalho, permitindo a transformação do modelo de atendimento.

Nessa trajetória, a equipe foi se deparando com as possibilidades que o grupo de Acolhimento abria, no incremento de potências tanto dos usuários como dos profissionais.

Para o usuário, isso se dá pela possibilidade de ressignificar seu sintoma ou queixa a partir de uma vivência grupal em que experimenta sentimentos de solidariedade e reciprocidade, ou seja, a partir do efeito terapêutico do próprio grupo. Além disso, este espaço favorece a autonomia do usuário, não centralizando as decisões no coordenador e quebrando as relações de poder que usualmente coabitam os serviços de saúde, já que se buscam soluções compartilhadas por todos os integrantes. A reflexão em grupo procura também estimular a capacidade do sujeito enfrentar os próprios problemas, a partir de suas condições concretas de vida.

Como nos colocou um usuário ao término de um grupo: “Que falta faz na vida, momentos de conversa como esse!”. Ou outro que veio, segundo ele, na esperança de “uma receita de calmante”, dizendo que o grupo lhe proporcionou a mesma sensação de quem toma um medicamento desse tipo.

Para os profissionais de Saúde Mental e Reabilitação, apesar da árdua tarefa de acolher e se responsabilizar por demandas tão diversas e complexas, cria-se a possibilidade de sair do lugar solitário de especialista, que o modelo antigo enfatizava. Compartilhar vivências e práticas, priorizando a necessidade do usuário, têm sido vividos como fator motivacional que imprime potência a nós trabalhadores, fazendo com que tenhamos que nos renovar e recriar cotidianamente.

A busca constante de um atendimento mais integrado requer um firme esforço e implica no investimento de momentos coletivos, para análise do processo de trabalho e para a busca de referenciais teóricos comuns. Estes espaços, que solicitam a reconstrução constante das relações e das práticas profissionais no interior da equipe. Trazem inúmeros conflitos, mas, são experiências extremamente ricas em aprendizado.

Refletir sobre o grupo de Acolhimento em Saúde Mental e Reabilitação, como o que implantamos, torna evidente a necessidade de aprofundamento nas discussões e pesquisas, no sentido de continuamente repensar sua validade e potência. Temos pensado em modificações no próprio dispositivo do grupo, no sentido de torná-lo um espaço que permita o retorno

de alguns usuários, para maior aprofundamento antes da definição por um projeto terapêutico. Também sentimos a necessidade de investigar o motivo das desistências, que são da ordem de trinta por cento dos retornos agendados após o grupo de Acolhimento.

Preocupamo-nos ainda, o fato de coexistirmos com outros modelos de atenção em um mesmo território, o que tem tornado nossa demanda sempre crescente. Neste sentido, estamos tentando ampliar a discussão para além da Unidade, com o envolvimento da gerência local da Supervisão Técnica do Ipiranga, a quem nossa UBS está subordinada, do mesmo modo que os demais equipamentos de saúde da região.

Enfim, o dispositivo “Acolhimento em Saúde Mental e Reabilitação” tornou real a possibilidade de manter a “porta aberta” para a demanda de um determinado território e buscar resolutividade para as necessidades da população na Atenção Básica.

Além disso, o grupo, com suas inúmeras possibilidades e desafios tem tornado o cotidiano de nosso trabalho mais alegre, fazendo com que coloquemos em prática aquilo já citado por Mehry, isto é, a possibilidade de construção de uma nova relação com nossos usuários!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde (2006) Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2 ed. , Brasília: Ministério da Saúde.
- Campinas (2001, outubro) *Projeto Paidéia de Saúde da Família*. Colegiado de Gestão da SMS/Campinas – Diretrizes para a Atenção Básica à Saúde. 3ª versão, Campinas, Brasil.
- Fekete, M.C. (1997) Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In J.P. Santana (org). *GERUS - Especialização em gerencia de unidades básicas do SUS*. Organização Panamericana da Saúde. Brasília, Brasil

- IBGE (2000) (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Censo demográfico: Brasil, 2000*. Rio de Janeiro, IBGE.
- Merhy, E.E. (2004, abril) *Acolhimento na rede de serviços*. Comunicação apresentada no Seminário “A prática do acolhimento na atenção à saúde: conceitos e experiências”, São Paulo, Brasil.
- Saidon, O. (org) (1987) *Análise Institucional no Brasil: favela, hospício e escola*. Rio de Janeiro. Editora Espaço e Tempo.
- São Paulo (SP). (2002) PRO-AIM: *Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo: Homicídios em 2000, 2001, 2002*.
- São Paulo (SP). (2002) Secretaria Municipal da Saúde. *Projeto Acolhimento*, publicação mensal nº01, março/2002.
- São Paulo (SP). (2002) Secretaria da Assistência Social (SAS/SP), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). *Mapa da Vulnerabilidade Social*.
- 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*. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, pp.89-111.
- Tenório, F.; Oliveira, R.; Levcovitz, S. (2000) A importância estratégica dos dispositivos de recepção. In *Cadernos IPUB*, Instituto de Psiquiatria–UFRJ. Rio de Janeiro, v 6, n 17, pp. 7-14.