

## **A IMPORTANCIA DO ACOLHIMENTO PARA PACIENTES DO CAPS**

Fernanda de Oliveira Branco<sup>1</sup>

Claudia Waltrick Machado Barbosa<sup>2</sup>

### **RESUMO**

O presente estudo tem como propósito abordar o acolhimento realizado dentro do CAPS ad, demonstrando sua efetividade como um dos primeiros atendimentos ao paciente que vai até a instituição. O acolhimento é um instrumento norteador, pois além de um atendimento humanizado, ele busca as reais necessidades do sujeito naquele momento para que a partir daí seja ofertado ao paciente as várias ferramentas para o tratamento que a instituição oferece. Através deste estudo foi possível demonstra que a relação de troca e confiabilidade e escuta qualificada, é capaz de construir um tratamento além de humanizado efetivo.

**Palavras chave:** Acolhimento, Humanização, Relação.

## **A WELCOMING THE IMPORTANCE OF PATIENTS FOR CAPS ad**

### **ABSTRACT**

This study aims to address the reception held within the CAPS ad, demonstrating its effectiveness as one of the first visits to the patient that goes to the institution. The host is a guiding instrument, as well as a humanized care, he seeks the real needs of the subject at that time to that from there be offered to the patient the various tools for the treatment that the institution offers. Through this study, we show that the exchange ratio and reliability and qualified listening, is able to build a treatment beyond effective humanized.

**Keywords:** Commitment, Humanization, Relationship.

### **INTRODUÇÃO**

Durante muito tempo a loucura passou por vários estigmas, culturas, políticas. A partir do despertar dos profissionais da saúde mental se inicia a reforma psiquiátrica, buscando acabar com o modelo manicomial, buscando a desinstitucionalização, assim dar ao doente

---

<sup>1</sup> Acadêmica da 10ª fase do Curso de Psicologia do Centro Universitário UNIFACVEST.

<sup>2</sup> Psicóloga e pedagoga – Professora do Curso de Psicologia do Centro Universitário UNIFACVEST, Mestre em educação, especialista em terapia familiar e de casal.

mental um serviço com humanização, para que dessa forma o indivíduo com transtorno mental recupere sua cidadania.

Para Lima (2009) a reforma psiquiátrica tem construído importantes ações de mediação que vem estabelecer a criação de uma clínica ampliada em saúde mental. A mesma tem como principal destaque a desinstitucionalização e tem como consequência a desconstrução do manicômio e os paradigmas que o sustentam. A mudança progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas, bem como a cidadania do usuário com transtorno psíquico vem sendo muito discutido não só entre profissionais da saúde, mas também por toda sociedade.

Com a criação do sistema único de saúde (SUS), lei n° 8080 de 19 de setembro de 1988<sup>3</sup>, e a defesa de suas diretrizes integralidade, equidade e participação social, a crítica ao modelo de tratamento institucional consolidou-se principalmente por suas características: a de isolamento social, submissão e a de discriminação desses indivíduos. Pertinente a legislação brasileira, seu processo histórico dialoga com as recomendações propostas para as mudanças no cuidado em saúde, construindo importantes conquistas para o impedimento da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, buscando redirecionar os recursos públicos para a criação de serviços alternativos de atendimento em saúde mental, além da informação ao setor judiciário das internações compulsórias

A lei n° 10.216 de 06. 04. 2001, que garante o direito do indivíduo acometido pelo transtorno mental, assegurando sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, religião, nacionalidade família ou grau de tempo ou idade de transtorno mental ou qualquer outra, assim proporcionar a defesa, e garantir os direitos do indivíduo internado involuntariamente, fazendo com que essa função tenha resultados positivos nos serviços de internação e na vida das pessoas com transtorno mental.

Em meados do século XIX, ocorreram a inauguração dos primeiros manicômios brasileiros. Essas instituições surgiram para “higienizar” as cidades, ou seja, eram confinados os indesejáveis – inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. O tratamento ao doente incluía medidas físicas, os loucos eram confinados em hospitais destinados a morte. Nessa época a loucura fazia parte do imaginário da população de várias formas, o doente era motivo de chacotas e possuído por demônios, assim não se enquadrava as ‘normas’ da sociedade e eram internados contra sua vontade nessas instituições

---

<sup>3</sup> Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Os trinta anos após à ditadura brasileira onde os modelos tradicionais, como os que se apresentam como inovadores, substitutivos, caracterizando o que entendemos como transição, rumo a uma política não excludente. Costa (1987, p.69) esclarece bem essa situação que qualificamos como tradicional, quando se referiu à estrutura assistencial psiquiátrica dos anos oitenta como uma “rede de desumanidade, de humilhação”, especialmente quando se tratava da rede hospitalar privada. Segundo ele, “situação absolutamente abastarda e sórdida é a situação do brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos três “pês”: pobre, preto e psicótico.

Para Costa (1987) a rede assistencial a qual o mesmo se fez referência, neste trecho, passa a ser ofertada, no Brasil, de forma massiva, nos anos sessenta e cresce até meados da década de oitenta, sustentada por recursos advindos da unificação da Previdência Social, esta rede assistencial operava com um modelo terapêutico precário, que se apoiava no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos. Seus resultados mais palpáveis foram: superlotação dos hospitais psiquiátricos, iatrogenia, cronificação, altos índices de mortalidade e segregação dos usuários

Esta situação se respaldava numa legislação, datada de 1934 (Decreto n°.24.559) - em vigor no Brasil até o ano de 2000 – que tratava os doentes mentais como sujeitos desprovidos de direitos civis. As internações se processavam de forma automática e arbitrária, convertendo-se em verdadeiras autorizações de sequestro e condenações a encarceramento - alguns perpétuos que se processavam, apoiadas em dispositivos superficiais e facilmente manipuláveis. Nos artigos 9°, 10° e 11° da legislação de 1934, para ilustrar bem a situação vamos ilustrar com os artigos:

Art. 9° Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a permanência do psicopata (doente mental) em domicílio, o mesmo será removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10° O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11° A internação de psicopatas, e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita: a) por ordem judicial ou requisição de autoridade policial; b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões que determinantes da sua solicitação.

Goulart (2006, p.85) diz que não é difícil entender porque acontecia a superlotação dos estabelecimentos psiquiátricos hospitalares. A indefinição na qualificação do que seja um comportamento doentio que justifique um "sequestro", o ato de negar alguém o direito de liberdade retendo-o em cativeiro sem a análise de um processo legal, e a possibilidade de qualquer pessoa poder efetivá-lo não merece maiores comentários. A suspeita de doença mental significou, nos padrões tradicionais de assistência, precisamente um contraponto à cidadania. Os doentes mentais, sob a falta de análise de um registro médico, que nem sempre se fazia acompanhar de um esforço diagnóstico consistente, perdiam seus direitos civis e eram convertidos ao status de problema de segurança pública, amparados na fantasiosa periculosidade que lhes era atribuída a priori.

Para Machado (1978) a resposta assistencial para o mal-estar psíquico ou mental era o internamento. Lugar de doido era mesmo o hospício, colônias, hospitais psiquiátricos, manicômios, enfim, todas as estruturas que preconizavam o tratamento através do afastamento do doente mental do convívio social prolongado, quando não definitivo, e submeter a força à ação técnica e assistencial.

No entendimento de Tenório (2002), na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, explodem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além disso, surgem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o movimento posterior da reforma, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram expostos, os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país.

Para Goulart (2002), isso acontecia ainda em um momento em que vivíamos ainda a repressão às formas de associação e participação que foram típicas do regime de ditadura militar brasileiro. Mas o ano de 1979 foi também o da luta por anistia e revitalização da sociedade civil brasileira, com o ressurgimento dos movimentos de protesto, a multiplicação dos movimentos sociais, a reorganização da sociedade política, a partir da clandestinidade, que daria forma, posteriormente, ao novo político-partidário.

Goulart (2002) ainda comenta que, as denúncias e reivindicações de reforma combinados com a crise previdenciária que já não estava suportando os custos do sistema que ela mesma incentivou, a crise que se configurou e se mostrou como corrupção, desassistência e violência, resultados de uma política de privatização, de transferência de responsabilidade assistencial ao setor privado, amplamente financiado pelo Ministério da Assistência e

Previdência Social, seja na compra de serviços psiquiátricos, como no financiamento da construção de hospitais privados.

De acordo com Amarante (2001) a partir do fim da década de 80, profissionais de saúde mental uniram-se em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios” e assim estimularam um amplo debate nacional sobre a loucura, a psiquiatria e a violação de direitos humanos nos manicômios, e passaram a impulsionar processos de desinstitucionalização e criação de novas propostas assistenciais.

Para Basaglia (1985) essas ações na cultura foram fatores estratégicos e fortalecedores do processo de desinstitucionalização, já que se tratava não apenas de desospitalizar os pacientes, mas de romper com o saber psiquiátrico enquanto ideologia desconstruir todo um aparato manicomial que se estende às atitudes sociais, à intolerância frente às diferenças, às relações de poder, dominação e exclusão que se estruturam em torno da loucura

Tenório (2002) comenta que através de ações que foram muito perspicazes na cultura e da ampliação dos atores sociais envolvidos, o Movimento da Luta Antimanicomial extrapola o contorno das ações institucionais e de assistência e passa a difundir a crítica ao manicômio e as discussões sobre o tema da Reforma Psiquiátrica, chamando a sociedade a reconstruir sua relação com o louco e com a loucura, condição fundamental para o sucesso das iniciativas de reabilitação psicossocial.

Este estudo tem por objetivo verificar a importância do acolhimento na inserção dos pacientes no tratamento do CAPS, bem como pesquisar de que forma é realizado o acolhimento e sua eficácia na construção do vínculo entre paciente e profissional da saúde; avaliar se o acolhimento acontece de uma forma satisfatória e integrada com a equipe e se a forma de acolhimento garante uma melhor assistência a esses pacientes. Para tanto cabe questionar: o acolhimento realizado no CAPS realmente traz resultados positivos no tratamento dos pacientes?

A partir deste pressuposto, a saúde pública no Brasil tem demonstrado grandes avanços no que diz respeito a descentralização/regionalização, universalidade, integralidade, equidade e controle social, mas observa-se uma fragilidade nos processos de trabalho e nas relações entre profissionais e os usuários do serviço. Então a PNH (Política Nacional de Humanização) surge como uma proposta para as questões de Atenção e Gestão de Saúde. “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p.6).

Segundo o Ministério da Saúde primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

Assim como o CAPS outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadoras de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Os usuários dos CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios etc.). O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas e saibam o que são e o que fazem os CAPS.

Para assegurar a integração entre os diversos atores envolvidos na co-responsabilização e qualificação dos vínculos entre os profissionais e os usuários na produção de saúde, é necessária a formação de uma Rede de Humanização em Saúde (RHS), comprometida com a defesa da vida, tendo como sujeitos: gestores, trabalhadores da saúde, usuários e todos os cidadãos. Esta considera diretrizes como: Clínica Ampliada; Co-gestão; Saúde do trabalhador; Acolhimento; Direitos dos Usuários; Ativação de Redes sociais e Educação permanente em serviço. “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2008, p.6).

O acolhimento é o primeiro contato com quem nos procura, ou seja, a porta de entrada do serviço. Como ressalta Matumoto (1998) e Merhy (1994 - 1997) o acolhimento é a reorganização do serviço de saúde que garante o acesso universal, não é apenas receber bem, mas também prestar um atendimento humanizado buscando assim trazer a resolutividade da necessidade de saúde de cada usuário que procura o serviço, pois o acolhimento permeia todo processo de trabalho.

Para Campos (1994), o acolhimento vai desde a abertura dos serviços públicos para a demanda, até a responsabilização de todos os envolvidos no tratamento de problemas de saúde, e acordo com Merhy (1994) essa responsabilização é a formação de um compromisso entre a equipe e usuário/família, tornando a equipe mais sensível com o sofrimento do usuário. Assim o acolhimento poderia estabelecer relações de proximidade entre o profissional/usuário, onde a escuta deveria estar presente, e de modo que possa transformar o usuário em um co-responsável por sua saúde possibilitando, assim, sua autonomia e cidadania.

Amarante refere-se ao atendimento aos sujeitos com sofrimento psíquico: “devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais (AMARANTE, 2007, p.69). O mesmo também enfatiza a importância de abordagem às pessoas, e não as doenças. Também chama atenção às condições de observação em que é possível escutar e acolher angústias e experiências vividas: espaços de cuidado e acolhimento, de produção de subjetividade e de sociabilidades possíveis na Atenção Psicossocial. “As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em rede, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p.86).

## **METODOLOGIA**

Toda pesquisa realizada necessita de uma metodologia. GIL (1999, p. 2) define método científico como: “conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir um conhecimento”. Para a realização dessa pesquisa será utilizada a modalidade de pesquisa exploratória. Segundo Gil (1999) a pesquisa tem como principal objetivo desenvolver, esclarecer e por fim modificar os conceitos e idéias. Ela pode proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Sendo usada quando o tema escolhido e ainda é pouco explorado.

Os participantes dessa pesquisa foram os profissionais da equipe multiprofissional dos CAPSad de uma cidade e médio porte de Santa Catarina. O acesso aos participantes foi pela técnica de Snoll Ball. Baldin e Munhoz (2011 *apud* Bergamaschi 2015), a composição dos participantes será feita por conveniência em meio da técnica Snoll Ball (bola de neve), que consiste em uma técnica de coleta de dados a qual, de acordo com Baldin e Munhoz (2011) é uma técnica não probalística utilizada em pesquisas sociais, nas quais os participantes de uma pesquisa indicam novos participantes, que por sua vez indicam também novos participantes até que seja alcançado o número de sujeitos desejado ao estudo ou então até que seja encontrado o ponto de saturação.

O instrumento que foi utilizado para a coleta de dados é a entrevista, que será composta por dez perguntas a se realizar com aproximadamente cinco a seis profissionais da equipe multiprofissional do CAPSad. A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional (MARCONI; LAKATOS, 2003).

O método utilizado nesse projeto é a pesquisa bibliográfica, que abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo livros, teses, publicações, monografias, etc. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre o tema da pesquisa.

Para Manzo (1971, p32), a bibliografia pertinente “oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, mas também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizam suficientemente” e tem por objetivo permitir ao cientista “reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações” (Trujillo, 1974 p,230). Dessa forma a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem chegando a conclusões inovadoras.



. Para análise de dados será utilizado a análise de conteúdo. De acordo com Minayo (2001, p. 74), a análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”. Para a mesma autora constituem-se na análise de informações do comportamento humano as quais dá a possibilidade de aplicação bastante variada, tendo duas funções: verificações de hipóteses e/ou questões de descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Essas funções podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o Ministério da Saúde (2006), o acolhimento é uma postura profissional pautada em práticas e ações de atenção e gestão dos serviços, que visa fortalecer a construção de vínculos de confiança e compromisso entre usuários e as equipes de saúde.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher implica, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Por isso, é uma tecnologia do encontro, que implica afetar e ser afetado (LONDERO, 2010, p. 21).

Na Cartilha da Política de Humanização do SUS publicada em 2006 é apresentado como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política, ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida; e política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Entende-se que o acolhimento pode ser uma das primeiras intervenções após a chegada do usuário no serviço, conforme Merhy *et al* (2006), uma tecnologia leve de cuidado (pautada nas relações) que se estabelece no trabalho vivo em ato, que visa o processo da escuta das necessidades e produção de autonomia do usuário a medida em que ele pode opinar sobre essa produção de saber/fazer.

Segundo o autor, o acolhimento constitui-se como elemento norteador e deflagrador do processo de trabalho em saúde, e por ser centrado em tecnologias leves, não se referem ao cuidado no seu sentido mais “tecnológico”, não exigindo conhecimentos profissionais específicos, ou seja, pode ser realizado por qualquer membro da equipe (MERHY *et al*, 2006).

O acolhimento deve ser um modo de operar o processo de trabalho em saúde a fim de atender a todos que buscam o serviço, avaliando suas reais necessidades para além de uma eficaz recepção, requer um ambiente terapêutico para a realização da avaliação do estado de saúde de cada usuário, não atuando apenas como uma etapa do processo, mas como uma ação (SILVA & ALVES, 2008).

Aliado a essas questões, o contato com a literatura na área revela que a temática do acolhimento nos serviços de saúde vem sendo discutida no SUS, Brasil, e vem ganhando importância nos diferentes espaços de saúde, sobretudo, vem promovendo movimentos e possibilidades de se repensar a respeito do acesso dos usuários aos serviços, que envolve também o problema contemporâneo da ética e da democracia (TEIXEIRA, 2003).

Neste sentido, segundo Lima *et al* (2007), é preciso que sejam desenvolvidas habilidades para abordar o usuário, buscando estabelecer desde o início, uma relação de troca e de confiabilidade por meio da empatia, disponibilidade, escuta qualificada, de modo a lidar com as subjetividades, as expectativas e sentimentos dos usuários.

Assim, a postura acolhedora dos profissionais de saúde é fundamental para que se estabeleça o vínculo e a humanização da assistência, capaz de construir um clima no qual o usuário possa sentir-se partícipe e desta forma personalizar a relação (SILVA E ALVES, 2008).

## **REFERÊNCIAS**

GOULART, M. S. B. **A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica**, 2004.

TENÓRIO, F.: **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan. abr. 2002.

MASSIMI, M. **História da psicologia brasileira**. São Paulo, EPU, 1990.

MARCONI, Maria de Andrade, LAKATO, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ROSA, Almeida Godinho Wallisita; Labate, Curi Renata. **Programa de saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência.** 2005.

TANAKA, Yoshimi Oswaldo; Ribeiro, Laurensen Edith. **Ações da saúde mental na atenção básica: caminho da ampliação da integralidade da atenção.** 2009.

MACHADO, R. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

LIMA, O. B. Vanessa; Neto B. C. Jofre. **Reforma psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil: Resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais.** 2009.

CAMPOS, T. O. Rosana; FURTADO, Pereira Juarez. **Entre saúde coletiva e saúde mental: Um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.**

COSTA, J. F. **Os interstícios da lei.** In: **Saúde mental e cidadania.** São Paulo, Mandacaru, 1987.

GOULART, M. S. B. **A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica Pesquisas e Práticas Psicossociais,** v. 1, n. 1, São João dele Rei, jun. 2006.

AMARANTE, Paulo. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil.** In: **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v.25, n.58: p.26-34, 2006.

MINISTERIO DA SAUDE. **Saúde mental no SUS: Centros de Atenção Psicossocial,** Brasília-DF, 2004.

MARCONI, M.A. LAKATOS, M.E. **Fundamentos de Metodologia Científica,** São Paulo, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília; 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção Imaginária da Demanda in PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.) “**Construção Social da Demanda**”; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A. **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.; organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, p. 113-50, 2006.

LONDERO, S. **Reinventando o acolhimento em um serviço de saúde mental.** 2010. 87p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2010.