



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PSICOLOGIA**

**JÉSSICA JAQUEIRA GOMES NOGUEIRA**

**ACOLHIMENTO NO CAPS:**  
**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO**

Santo Antônio de Jesus - Bahia

2019

**JÉSSICA JAQUEIRA GOMES NOGUEIRA**

**ACOLHIMENTO NO CAPS:**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO**

Relatório apresentado como avaliação final do componente curricular CCS257 Estágio supervisionado II do curso de Psicologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia sob orientação da Prof. Dr. Rafael Coelho Rodrigues.

Santo Antônio de Jesus - Bahia

2019

## TERMO DE APROVAÇÃO

JÉSSICA JAQUEIRA GOMES NOGUEIRA

ACOLHIMENTO NO CAPS:

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

### BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Rafael Coelho Rodrigues  
Pós-doutorado em Psicologia, Universidade Federal Fluminense (UFF)  
Professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – Orientador

---

Profa. Dra. Ana Flávia de Souza Santana  
Doutorado em Psicologia, Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

Profa. Ma. Lidiane de Fátima Barbosa Guedes  
Mestrado em Psicologia Social, Universidade Federal de Sergipe (UFPE)  
Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

## SUMÁRIO

Apresentação .....	05
1. Reforma Psiquiátrica .....	06
1.1 Portarias e Políticas no Campo da Saúde Mental .....	07
2. Atenção Psicossocial e Serviços Substantivos .....	08
3. O Cuidado em Saúde Mental .....	09
4. Política Nacional de Humanização .....	11
5. A Vivência no CAPS II Nova Vida .....	12
6. Considerações Finais .....	19
Referências .....	21

## APRESENTAÇÃO

O presente relatório é fruto do estágio supervisionado, disciplina obrigatória para conclusão do curso de Psicologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, realizado no Centro de Atenção Psicossocial II localizado em Santo Antônio de Jesus, Bahia, sob orientação do professor Dr. Rafael Coelho Rodrigues.

A prática desse estágio teve como objetivo colaborar com a descentralização do CAPS e contribuir com a clínica compartilhada. Dentro de instituições como essa faz-se necessário a circulação no serviço. É fundamental estar com os usuários, ouvi-los, acompanhá-los em suas atividades para que as possíveis demandas de cuidados possam surgir, o que entendemos não ser possível quando o profissional se restringe a curtos atendimentos, focados apenas na doença.

Escrito em formato de relato de experiência, esse trabalho abordará aspectos sobre a reforma psiquiátrica, portarias, políticas e o cuidado no campo da saúde mental, atenção psicossocial e serviços substitutivos e sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), focando em uma das suas diretrizes, o acolhimento, que possibilita uma atenção resolutiva ao usuário e sua família, o que se configura, inclusive, como uma forma de promoção da saúde.

Antes de aprofundar as discussões, faz-se necessário falar sobre a escolha de estar no CAPS e de falar sobre acolhimento. Dentro da universidade, nós somos apresentadas a várias teorias, perspectivas e modos de lidar com os fenômenos da vida. Muitas dessas disciplinas possuem momentos práticos, mas, enquanto estudante, não tive a oportunidade de conhecer o CAPS na prática e sentia que as discussões teóricas não eram suficientes para me preparar para essa realidade. Por isso, escolhi realizar o meu estágio supervisionado nesse local.

A escolha de falar sobre o acolhimento foi surgindo durante a vivência no CAPS e nas supervisões do estágio, que eram realizadas coletivamente. Nesses espaços fui percebendo momentos em que o acolhimento não era efetivo, o que me causava um grande incômodo. Além da prática no serviço, a disciplina Psicologia e Práticas de Humanização em Saúde, que cursei quando estava iniciando o estágio supervisionado, influenciou minha escolha, pois nela abordamos profundamente a PNH.

## **1. REFORMA PSIQUIÁTRICA**

A luta pela Reforma Psiquiátrica foi iniciada no Brasil na década de 1970. O Conselho Federal de Psicologia descreve esse movimento como um “processo político de transformação da assistência pública ofertada aos portadores de sofrimento mental” (CFP, 2013, p. 46), que, de acordo com Melo (2012), teve início em um período complexo e importante da história política brasileira. A autora afirma que após duas décadas de ditadura, o Brasil deu início a um processo de “redemocratização dos espaços de decisão política”, no qual houve uma expansão dos “movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora” além do ressurgimento da luta por um Sistema Único de Saúde (MELO, 2012, p. 85).

O modelo existente antes da Reforma Psiquiátrica caracterizava-se como “essencialmente hospitalocêntrico e excludente” (YASUI, 2006, p.27). Silvio Yasui (2006) aponta que no Rio de Janeiro “para solucionar o problema dos alienados abandonados à sua sorte pelas ruas da cidade, ou internados indevidamente no Hospital Santa Casa” foi criado o Hospício de Alienados Pedro II, em 1952. Em São Paulo, Franco da Rocha fundou o Hospício de Juqueri, em 1989, que visava “resolver o problema dos loucos que lotavam as cadeias da cidade” (YASUI, 2006, p.21). Ainda de acordo com esse autor, “desde a inauguração do Hospício Pedro II até os anos 60 do século XX, a assistência psiquiátrica brasileira caracterizou-se por sua oferta exclusiva e compulsória de internação em hospitais psiquiátricos públicos” (YASUI, 2006, p.27).

Nesse modelo de atenção à saúde mental, segundo Guimarães e Colaboradoras (2013), a instituição hospitalar tinha como objetivo eliminar todo e qualquer sintoma de desordem psíquica trazendo assim o indivíduo considerado louco ao que era considerado normalidade. Para alcançar esses objetivos várias técnicas eram utilizadas, como “hidroterapia, administração excessiva de medicamentos, até aplicação de estímulos elétricos ou o uso de procedimentos cirúrgicos” (GUIMARÃES E COLABORADORAS, 2013, p. 362). A partir da Reforma, foram criados os serviços substitutivos aos manicômios, que serão abordados mais à frente.

Segundo Hirdes (2009), o movimento da Reforma Psiquiátrica é repercutido nas políticas públicas de saúde brasileira que possuem como referência teórica e política a Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e a Primeira, Segunda e Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental ocorridas em 1987, 1992 e 2001 respectivamente. Melo (2012) salienta que a Primeira Conferência de Saúde Mental (1987), é um marco da Reforma Psiquiátrica brasileira, por ter orientado aos profissionais da área da saúde mental que

trabalhassem em conjunto com a população com o intuito de redirecionar as práticas institucionais, mas também de proporcionar a democratização desses espaços. Além disso, a autora aponta que essa Conferência formulou e programou, juntamente com os usuários, políticas na área da saúde mental, “reconhecendo, assim, os espaços de mobilização popular” (MELO, 2012, p. 86).

Segundo Amarante (2007) o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é considerar esse movimento como um processo social complexo. Para esse autor, a Reforma Psiquiátrica não pode ser reduzida a reestruturação de serviços. Esse passo é importante, porém “não deve ser o objetivo em si, e sim a consequência de princípios e estratégias que lhes são anteriores” (AMARANTE, 2007, p. 63). Um processo social complexo, de acordo com Amarante (2007, p. 63), “se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes, que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos e tensões”.

## **1.1 PORTARIAS E POLÍTICAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Apesar de todo o movimento da Reforma Psiquiátrica ter sido iniciado na década de 1970, a Política Nacional de Saúde Mental foi publicada apenas em seis de abril de 2001. A lei 10.216/01 regulamenta os direitos e a proteção de pessoas em sofrimento mental; aponta o dever do Estado na elaboração de políticas públicas de saúde mental, salientando a participação da sociedade; e retira a centralidade dos manicômios.

A portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 define que os Centros de Atenção Psicossocial serão compostos “nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional”. Sendo que essas três modalidades “deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo” (BRASIL, 2002).

Em 23 de dezembro de 2011 foi lançada a Portaria N° 3.088/11, que “institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011d). Essa Rede de Atenção possui como objetivo a ampliação e a promoção do acesso da população em geral e de pessoas em sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas à atenção psicossocial; além da

garantia da “articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (BRASIL, 2011d).

A RAPS é composta por vários serviços e equipamentos que estão presentes na Atenção Básica, na Atenção Psicossocial Estratégica, na Atenção de Urgência e Emergência, na Atenção Residencial de Caráter Transitório, na Atenção Hospitalar, na Estratégia de Desinstitucionalização e na Reabilitação Social. Sendo que o ponto de ação da atenção psicossocial especializada é o CAPS em suas diversas modalidades (BRASIL, 2011d).

## **2. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS**

Segundo Yasui, Luzio e Amarante (2018), a atenção psicossocial, baseada no processo da Reforma Psiquiátrica, “trata-se de uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, que reduz o funcionamento psíquico exclusivamente a processos cerebrais”. Esse modelo de atenção indica que deve-se “olhar para o sofrimento humano em articulação com o plano da vida”, ou seja, na atenção psicossocial, “o objeto deixa de ser a doença e passa a ser a complexidade da vida” (YASUI, LUZIO E AMARANTE, 2018, p. 174 - 175). A partir dessa perspectiva, entende-se que é preciso enxergar o sujeito como um cidadão que possui direitos, deveres, singularidades e que não deve ser reduzido a um diagnóstico. É preciso levar em consideração todas as suas particularidades para que o cuidado seja realmente efetivo. Através do modelo psicossocial de atenção à saúde, o usuário torna-se “sujeito e não objeto de saber” (YASUI, LUZIO E AMARANTE, 2018, p. 176).

Os serviços substitutivos, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013), visam a superação do modelo manicomial através de “novas bases e valores éticos que venham a produzir uma nova forma de convivência solidária e inclusiva” (CFP, 2013, p. 27). Esses dispositivos priorizam a atenção e o cuidado destes sujeitos como um ser biopsicossocial.

O principal serviço substitutivo criado a partir da Reforma Psiquiátrica foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que tem o objetivo de “acolher pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, estimulando sua integração social e familiar, aproximando suas iniciativas de busca de autonomia” (CFP, 2013, p. 28). O primeiro CAPS do Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, foi inaugurado em São Paulo em março de 1986 (BRASIL, 2004b). De acordo com Melo (2012), na mesma época da criação do primeiro



CAPS foi implementado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos. Esse serviço, afirma a autora, também foi criado como uma opção substituta as instituições asilares, funcionando todos os dias da semana, vinte e quatro horas por dia, com foco no acolhimento a pessoas em estado de crise. Além do CAPS e do NAPS, Melo (2012) aponta também a criação das residências terapêuticas e das “cooperativas de trabalho e associações de usuários e familiares” no contexto de sofrimento mental (MELO, 2012, p. 88). Os CAPS e os NAPS foram formulados a partir da Portaria GM 224/92. Porém esses e outros serviços substitutivos são regulamentados, atualmente, pela Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004b).

Existem seis tipos de Centros de Atenção Psicossocial: o CAPS I, II, III, IV, CAPSi e CAPSad. Eles se diferenciam em relação “ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas” e em relação ao público, que podem ser “crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves” (BRASIL, 2004b, p. 22). A prática deste estágio foi realizada em um CAPS II, que é direcionados a municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes, fornecendo atendimento diário a adultos em sofrimento mental severo e persistente (BRASIL, 2004b). Ainda de acordo com Brasil (2004b), os CAPS II devem funcionar de segunda a sexta, pelo menos, em dois períodos (08:00 as 18:00), podendo se estender a um terceiro turno, funcionando até as 21:00.

O CAPS II Nova Vida, fundado em 2006, é localizado, atualmente, no Largo São Benedito em Santo Antônio de Jesus, Bahia. Atende, de acordo com a gestão do serviço, aproximadamente 300 pessoas, sendo a maioria do sexo feminino. O período de atendimento ocorre de segunda a quinta-feira das 07:00 as 16:00. Dentre as atividades ofertadas estão grupos terapêuticos, horta, coral, artesanato, futebol, além de práticas realizadas por estagiárias do curso de Psicologia e de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Durante o período de estágio supervisionado também foram observados ações pontuais de outras instituições.

### **3. O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

De acordo com Yasui (2006, p.107), o CAPS “deve ser entendido como uma estratégia de transformação de assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidado em saúde mental”. A prática de cuidado no CAPS deve seguir algumas orientações, como o “direito à liberdade, o consentimento com o tratamento, o respeito à cidadania e aos direitos

humanos e a participação do usuário no serviço” (CFP, 2013, p. 92). Além dessas diretrizes, o Conselho Federal de Psicologia salienta que as práticas no CAPS são articuladas “aos conceitos de território, desinstitucionalização, porta aberta, vínculo, trabalho em equipe e em rede” (CFP, 2013, p. 92).

Ao planejar o cuidado em qualquer instituição de saúde faz-se necessário compreender que aquele serviço está posto em um dado território, em uma determinada localização geográfica, mas é preciso considerar também que ali é um local de troca, onde pessoas com costumes, saberes e modos de viver diferentes vão conviver, sejam elas profissionais ou usuários. Lancetti (2015) fala em territórios existenciais, “que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si” (LANCETTI, 2015, p. 18).

Além do conceito de território, compreender os conceitos de vínculo, de trabalho em equipe e de rede são fundamentais. Sem vínculo não há possibilidade de troca. É necessário que o usuário e o profissional estabeleçam uma relação de confiança para que qualquer ação possa ser pensada. O trabalho em equipe é imprescindível visto que, independente da especialidade, o objetivo é o mesmo: o cuidado. Ao trabalhar em equipe os profissionais ativam a rede, que, de acordo com a Política Nacional de Humanização, é “uma estratégia indispensável para permitir a criação de múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença” (BRASIL, 2009, p. 33).

O processo de desinstitucionalização, segundo Melo (2012), “pautado na tradição basagliana, defende formas diferenciadas e ampliadas de acolher, cuidar e tratar do sujeito, em sua existência concreta de vida” (MELO, 2012, p. 87). Basaglia propõe que a doença seja colocada entre parênteses. Ao desviar o foco da doença, é possível compreender o sujeito como um ser complexo, que independentemente de estar em sofrimento mental, possui muitas outras características que precisam ser consideradas em seu processo de cuidado. Amarante (2007, p. 67) salienta que essa proposta não visa negar a existência da doença, mas “uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana”.

#### 4. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em março de 2003 e seus princípios e diretrizes devem fundamentar toda e qualquer ação em saúde, porém essa política “depende da decisão política e também da adesão dos trabalhadores, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para existir” (OLIVEIRA, 2010, p. 08). A PNH define a humanização no campo da saúde como

uma aposta ético-estético-política: ética, porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética, porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; e política, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (OLIVEIRA, 2010, p. 05).

Esse compromisso é baseado “nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão” (OLIVEIRA, 2010, p. 05).

O Ministério da Saúde destaca como princípios norteadores desta Política

[a] valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS [...]; [o] fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional [...]; [o] apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; [a] construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; [a] corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; [o] fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; [além do] compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004c, p. 17).

A PNH possui sete diretrizes, que são orientações gerais para a participação dos usuários, gestores e profissionais na produção de saúde. São elas: o acolhimento; a clínica ampliada; a cogestão; a defesa dos direitos dos usuários; o fomento de grupalidades, o coletivos e redes; e a valorização do trabalho e do trabalhador. Dentre essas, apenas uma será abordada no presente relato de experiência, por ter sido escolhida como tema pela autora.

O acolhimento é uma diretriz fundamental nos serviços públicos de saúde que visa a recepção do usuário, que pode ser realizada por qualquer profissional do serviço, em qualquer momento, onde sua queixa, preocupações e angústias são ouvidas cuidadosamente, pautada em uma atenção resolutiva, na qual busca-se uma resposta para a demanda apresentada pelo usuário ou seu familiar, incluindo a articulação com outros serviços de saúde (BRASIL, 2004c).

Essa diretriz pode ser entendida como “um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde” (OLIVEIRA, 2010, p. 11). O acolhimento inclui o aspecto ético e político da saúde, visto que é de responsabilidade de toda equipe, direito do usuário e dever do Estado; propõe um novo modo de produção de saúde; e se configura como “uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços” (OLIVEIRA, 2010, p. 11).

## **5. A VIVÊNCIA NO CAPS II NOVA VIDA**

Com o decorrer das práticas do estágio, percebi por parte dos profissionais uma confusão conceitual em relação ao termo acolhimento.

Em uma reunião de equipe, essa palavra foi utilizada para descrever momento de desejar boas-vindas as usuárias, que deveria ser realizado todas as manhãs, cada dia por um técnico diferente. Essa atividade foi apontada como o momento do bom dia, dos informativos, de desejar parabéns as aniversariantes, das orações e de ouvir as queixas. Outro profissional utilizou o termo acolhimento para explicar primeiro momento de escuta, no qual é analisado se aquela pessoa possui a necessidade de estar no CAPS ou de ser acompanhada pelo ambulatório (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

É possível perceber que essas descrições não são referentes ao acolhimento preconizado pela PNH. Em relação ao primeiro momento, entendo como compreensível a confusão em relação aos termos, visto que o acolhimento é entendido no senso comum como ato de cuidar, de recepção, de ser abrigo. Dentro do serviço, o ato de desejar boas-vindas as usuárias não se configura como um problema em si, porém é preciso pôr em análise qual a função dessa atividade. Essas ações não devem seguir a lógica do “fazer por fazer”, elas devem ser pensadas de acordo com cada sujeito que faz parte do serviço, respeitando suas diferenças, pois o cuidado em saúde ocorre também nos detalhes. Inclusive, com uma atividade bem planejada, com os profissionais atentos ao que ocorre naquele espaço (ou mesmo, ao que não ocorre), é possível perceber como as usuárias estão e se há alguém que aparente precisar de mais atenção naquele momento, por exemplo, para que possa ofertar um cuidado específico aquela pessoa. Em relação ao segundo momento descrito na citação, percebe-se que o profissional confunde o acolhimento com a triagem. O acolhimento, diretriz da PNH, não se restringe a uma ação pontual, a uma etapa de um processo, como ocorre na triagem ou no ato de desejar boas-vindas. Ele é referente a uma postura ética que deve ocorrer em qualquer local, a todo momento e por

qualquer profissional do serviço com o objetivo de um atendimento resolutivo e de responsabilização (BRASIL, 2010).

Além dessas confusões conceituais, em outros momentos, senti que havia uma lacuna em relação ao acolhimento e observei que as usuárias só procuravam os técnicos quando precisavam resolver questões pontuais, como problemas ou dúvidas com os medicamentos e marcações de consulta com o psiquiatra. Os assuntos pessoais eram conversados com as outras usuárias ou com as estagiárias que as acompanhavam no serviço. Entendo que esse comportamento pode ser reflexo de uma falta de acolhimento por parte dos profissionais. Assim, passei a me fazer mais próxima, por entender o acolhimento como uma postura essencial no cuidado em saúde e por acreditar que estando com as usuárias, as possíveis demandas surgiriam, como, de fato, ocorreu.

Havia uma rotina dentro do serviço. Algumas atividades foram estabelecidas para cada dia da semana e nos dias em que estava lá, era realizado um grupo sobre tabagismo com algumas usuárias. Optei por acompanhar as usuárias que não participavam de nenhuma atividade. Conversávamos sobre os mais diversos temas, sempre propostos por elas. Às vezes, falávamos em grupo, com algumas mulheres relatando sobre suas histórias, sobre o cotidiano, sobre o próprio CAPS, outras vezes, conversava individualmente com algumas pessoas, sendo que essas conversas ocorriam de forma espontânea. Esses momentos eram sempre anotados no diários de campo e discutidos durante a supervisão. Quando necessário, contatava um técnico do serviço sobre alguma situação mais problemática.

Certa vez, uma usuária me relatou algumas dificuldades que estava enfrentando em relação ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Escutei suas preocupações, apontei algumas possibilidades e passei a acompanhá-la, não apenas em relação a essa questão, mas procurei ofertar uma atenção em relação aquela pessoa, me preocupei em estar com ela. Sobre os problemas que ela estava enfrentando em relação ao INSS, tentei fazer ponte com uma profissional do CAPS, relatando o caso e combinando que pediria a usuária para procurá-la. A ideia de fazer com que a usuária procurasse a técnica e não ao contrário, nesse caso específico, foi uma aposta de exercitar a autonomia daquela pessoa. Nas nossas conversas, a todo momento, ela falava que “*não tinha ninguém por ela, visto que não podia contar com seu marido ou com sua filha*”<sup>1</sup>. Então era ela quem resolvia os possíveis problemas que surgiam. Como o estágio tinha um prazo programado, pensei que não fosse interessante assumir esse papel naquele

---

<sup>1</sup> Citação do diário de campo

momento, até porque, a usuária, realmente, estava tomando a frente na situação, buscando o apoio do pastor da igreja que frequentava e do representante comunitário de onde morava. Quando a orientei a procurar a profissional do serviço para conversar sobre o INSS, sua resposta foi: “*mas e a doutora resolve isso? Falar com ela pra que?*”<sup>2</sup>. Expliquei que seria mais uma pessoa para auxiliá-la no processo, que poderia ajudar com as dúvidas e orientá-la. Percebi durante nossa conversa que para ela não fazia sentido levar essa demanda para o CAPS, visto que em outros espaços (na igreja e no centro comunitário), ela já havia se sentindo acolhida.

De acordo com o documento “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”, publicado pelo Ministério da saúde,

as equipes técnicas [do CAPS] devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade (BRASIL, 2004b, p. 27).

As dificuldades que a usuária do caso relatado enfrentava sobre o INSS, pode a princípio, não ser demanda para o CAPS, porém certamente influencia no cotidiano daquele indivíduo e entendo que cabe ao serviço buscar meios de auxiliá-los para o seu bem-estar e de não contribuir para o seu sofrimento. Para isso, faz-se necessário o trabalho interdisciplinar, como a parceria com a assistente social, por exemplo. A escuta qualificada, o atendimento resolutivo e a responsabilização não são direcionados exclusivamente as questões que competem ao serviço. Esses “princípios” são direcionados ao usuário e não a sua condição, são características de um cuidado em saúde humanizado. Como afirmam Silveira e Vieira (2005, p. 98), “a postura ética é acolher o sofrimento, seja ele de que ordem for”.

A ideia de exercitar a autonomia dessa usuária vai ao encontro com o objetivo do CAPS e com os princípios da PNH, já apontado anteriormente. Ainda, no documento publicado pelo Ministério da Saúde, intitulado “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”, é ressaltado que “o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005, p. 25). Porém, é preciso salientar que cada caso é único. Não se deve partir do princípio de promoção da autonomia sem antes, conhecer a história daquela pessoa. A postura de orientar a usuária a procurar a técnica não foi tomada de qualquer forma, agi assim por apostar que, naquele momento, aquela pessoa possuía condições de tal atitude. Essa minha

---

<sup>2</sup> Citação do diário de campo

postura é fruto do acompanhamento da usuária e das discussões realizadas durante as supervisões do estágio.

O cuidar em saúde, de acordo com Yassui (2006, p. 112), “significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro”. A responsabilização é uma atitude imprescindível no cuidado em saúde. O termo “responsável”, segundo Ferreira (2004), refere-se a ação de responder pelos próprios atos ou pelos atos de outra pessoa. Na área da saúde, principalmente, na saúde mental, é preciso estar atento para não confundir a responsabilização com a tutela. Nosso dever é de nos responsabilizarmos pelo outro, porém buscando sempre promover a sua autonomia e sua liberdade. Do contrário, cairíamos na lógica manicomial, compreendendo aquele indivíduo como um ser incapaz.

Segundo Yasui (2015, p. 18), “na perspectiva basagliana, liberdade não é resultado e sim base da prática terapêutica”. O cuidado em liberdade, de acordo com o autor citado, “significa atuar na transformação da subjetividade e dos modos de viver”, trata-se de “um ousado projeto de um cuidado que se constrói a partir de criações produzidas em encontros que coproduzem sujeitos e projetos de vida” e essa “coprodução” só pode ser realizada “em liberdade regida pela ética da autonomia” (YASUI, 2015, p. 18).

A aposta de não acompanhar o grupo terapêutico que era realizado no dia em que estava no CAPS diz respeito a estratégia de conviver com aquelas pessoas dentro daquele espaço, ouvi-las, compartilhar momentos, criar vínculos. Quando falei sobre o cuidado em saúde mental, apontei o vínculo como uma ferramenta indispensável. Para que haja a possibilidade de cuidado em saúde, é fundamental a relação de confiança entre os profissionais e as usuárias. E essa relação é construída aos poucos, no dia-a-dia, no “estar com”, e o acolhimento é uma ferramenta tecnológica que contribui, entre outras coisas, para a criação dele (BRASIL, 2010). Além disso, acredito que as usuárias que optam por não acompanhar as atividades desenvolvidas no serviço podem ficar invisibilizadas, já que, enquanto ocorre um grupo com uma parte delas, as outras ficam em outra área da instituição sem a presença de nenhum técnico, conversando entre elas e esperando a hora do serviço fechar para ir para casa. Ressalto aqui a proximidade entre as usuárias como algo positivo, acredito que os laços criados entre elas são promotores de saúde, muitos desses laços, inclusive, ultrapassam os muros do CAPS e, durante nossos encontros, ouvi muitos relatos sobre as amizades construídas ali. Para exemplificar essa aproximação, trago a descrição de um desses momentos:

Com a proximidade do recesso de fim ano, estávamos em um momento bem descontraído, conversando, contando piadas, ouvindo músicas... com os olhos marejados, uma senhora de uma cidade vizinha que frequenta o CAPS disse: não sei o que vou fazer esses dias sem ver vocês (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Os encontros promovidos naquele espaço só podem ser considerados como promotores de saúde quando o profissional compreende aquelas pessoas como seres biopsicossociais. A promoção desses momentos, que possibilitam vínculos, são fundamentais para a prática do cuidado. Porém apenas a criação desses laços não é suficiente. Entendo as amizades ali criadas como uma consequência, até porque, o CAPS não influencia diretamente nesse processo. O serviço deveria focar em ofertas de atividades variadas, que contemplassem o público daquele espaço ou, mesmo que não houvesse a programação de uma atividade, mas que os técnicos passassem mais tempo junto com as usuárias, participando desses momentos.

Nesta perspectiva do “passar mais tempo com as usuárias”, do “compartilhar momentos”, e do “estar com” que no documento “Acolhimento nas práticas de produção de saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde, é apontado que o “acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da PNH”:

ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, 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 do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; [e] política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010, p. 06).

“Estar com as usuárias”. Essa ação possibilitou que eu tivesse acesso a informações que outras pessoas não tiveram e ao fazer ponte com a técnica do serviço, busquei colaborar com a descentralização do mesmo e contribuir com a clínica ampliada e compartilhada. Esses conceitos são referentes a uma postura de ruptura com o modelo biomédico e são pautados na atenção biopsicossocial. A clínica ampliada é definida pela Política Nacional de Humanização como “um trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade” (BRASIL, 2004c, p.39). Para alcançar esse objetivo, faz necessário “a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença” (BRASIL, 2004c, p.39). A descentralização visa a melhora da qualidade do cuidado, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a maior eficiência dos recursos dos territórios (MACEDO E COLABORADORAS, 2017). Nesse processo, ao invés



de um profissional, há uma equipe responsável pelo caso, composta por diferentes pessoas, com diferentes formações que, juntamente com o sujeito, construirá formas de cuidado e, eu, enquanto estagiária de psicologia, busquei fazer parte dessa equipe, me preocupando em estar atenta ao que surgia, buscando uma forma de complementar esse cuidado em saúde daquelas pessoas e de auxiliar o trabalho realizado pelos profissionais do CAPS.

É preciso salientar que para que a equipe multiprofissional seja eficiente, é necessário a boa comunicação entre os integrantes dela. Daí a importância das reuniões de equipe, momentos em que devem ser discutidos os casos acompanhados, analisando as ações que contemplem as necessidades das usuárias, fazendo rede com outros serviços, com os familiares e com a comunidade. Quando iniciamos a prática do estágio, procuramos participar das reuniões de equipe com o objetivo de conhecer como essa estratégia funciona na prática e também para poder colaborar com a descentralização e contribuir com a clínica compartilhada, visto que estávamos no serviço acompanhando as usuárias. Porém não existia a reunião de equipe no serviço. Apontamos essa questão aos técnicos e nos foi explicado que eles se encontravam no decorrer da semana e acabavam discutindo os casos nesses encontros e, por isso, não achavam necessário um momento específico com essa finalidade. Sabe-se que essa não é a forma adequada de discutir o plano de cuidado das usuárias. As reuniões de equipe devem ocorrer no horário de trabalho dos técnicos, semanal ou quinzenalmente, porém em um tempo específico para ela (OLIVEIRA, 2010). Esse espaço se caracteriza com um momento de troca, onde “cada membro da equipe, a partir do vínculo que construiu com o usuário e com sua família, trará para a reunião os aspectos que foram observados” (OLIVEIRA, 2010, p. 59). Isso demonstra a importância da presença de *todos* os profissionais do CAPS nesses momentos. A partir dessa situação, percebemos que que esses profissionais pareciam não compreender do que se trata a reunião de equipe, como ela deve ser realizada e sua importância para organização do serviço e promoção do cuidado. Assim, os professores, as estagiárias de psicologia e as internas de medicina da UFRB, que estavam ofertando/realizando a prática no CAPS, utilizaram como estratégia participar dessas reuniões, com o objetivo de demonstrar aos profissionais do serviço alguns caminhos que poderiam ser seguidos. Um exemplo disso foi a elaboração do cronograma de atividades do CAPS, que apontava o que deveria ser realizado em cada dia/turno e seu responsável, que deveria ser fixado em um local acessível as usuárias, com o intuito de facilitar a compreensão do funcionamento do serviço. Nesses encontros percebemos que os profissionais do serviço desconheciam termos e estratégias fundamentais para a organização do

serviço de saúde mental, o que demonstra a necessidade da formação continuada da equipe, aspecto que será abordado adiante.

A delimitação do presente trabalho é o acolhimento, porém aponto outros vários termos, como vínculo, atenção biopsicossocial, trabalho em equipe, promoção da autonomia, cuidado em liberdade, criação de laços, entre outros. O acolhimento, aqui focado, é uma diretriz da Política Nacional de Humanização e entendo esses termos citados como conceitos-chaves para sua efetivação e todos eles estão interligados. Ora, temos um SUS que propõe um atendimento universal, equânime e integral; e temos a PNH, que surge como uma aposta de “re-encantamento do SUS” (PASCHE E PASSOS, 2008, p. 92) e que fala de uma postura, de um jeito de ser dos profissionais de saúde. Dentro da universidade repetimos a todo momento que o vínculo é o primeiro passo no cuidado em saúde mental; saliento que o acolhimento, como já ressaltado aqui e afirmado por Brasil (2010), é uma ferramenta que possibilita a criação deste. Como dito por Yasui (2006, p. 132):

Talvez possamos adaptar uma velha máxima da medicina que afirma que: “todo bom tratamento começa com um bom diagnóstico”, para, “todo bom projeto de cuidado começa com um bom acolhimento e uma boa recepção”, pois é deste momento inaugural que se principia a relação/vínculo entre a equipe cuidadora e o usuário. (YASUI, 2006, p. 132).

Encaminhando para a finalização deste tópico, ressalto a importância da formação em saúde mental dos técnicos que atuam nestes serviços para um cuidado efetivo, pautado nos conhecimentos sobre reforma psiquiátrica, diretrizes do SUS, atenção psicossocial, cuidado centrado no usuário, PNH, entre outros. Faz-se indispensável a educação continuada, além da constante atualização através de cursos, congressos, seminários, etc., o que poderá melhorar a oferta do cuidado em saúde. Aponto também a necessidade de apoio aos profissionais. Como lidar com os próprios problemas e ofertar uma escuta atenta e resolutiva? Os profissionais de saúde são pessoas como todas as outras e precisam também de atenção. Dentro do serviço, há uma perceptível falta de qualificação para atuar nesses espaços, e há também uma postura violenta de cobrar deles atitudes que eles nem se quer sabem como ofertar.

Mello e Paulon (2015), fazem uma ponte entre os princípios do SUS e da PNH que vão ao encontro da proposta da reforma psiquiátrica, como a “a promoção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos; a inclusão das diferenças, como incremento às experiências coletivas; e a mudança nos modos de produção do cuidado em saúde”. Essas autoras salientam que existe atualmente uma “fragmentação da rede de assistência e do processo de trabalho, onde

o baixo investimento na qualificação profissional incide sobre o despreparo das equipes para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e, não raro, resulta em desrespeito aos direitos dos usuários” (MELLO E PAULON, 2015, p. 87). Essa fragmentação é agravada pelo desconhecimento dos usuários sobre seus direitos e sobre as próprias políticas. Além disso, em relação a PNH, o fato dessa não ser uma política obrigatória e depender do comprometimento e disponibilidade da equipe para implementá-la, contribui para o não entendimento de atitudes, que considero básicas, no cuidado em saúde. A PNH não se trata de passos ou simples diretrizes, ela se configura como uma postura, um jeito de ser do profissional e de estar com os usuários, e por isso, acredito, que ela deveria ser base para qualquer serviço na área de saúde.

Em relação ao SUS, no documento “Acolhimento nas práticas de produção de saúde”, já mencionado anteriormente, é apontado que apesar dos avanços e conquistas desta política, “ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública”, sendo apontados como principais problemas em relação ao tema, “a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas” (Brasil, 2010, p. 10). No quinto volume do “Caderno HumanizaSUS”, documento que enfoca a Saúde Mental e que foi publicado pelo Ministério da Saúde, é afirmado que “temos um longo e robusto percurso de construção de um sistema público de saúde que já não comporta silenciosamente formas de cuidar excludentes, nem saberes e poderes absolutizantes, como os que marcaram a vida de milhares de pessoas nos mais de 200 anos de história dos manicômios” (BRASIL, 2015, p. 08). Trilhar esse caminho se torna ainda mais complicado e mais necessário em tempo de desmonte e retrocessos, como os que estamos vivendo atualmente.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Escrever o trabalho de conclusão de curso é uma atividade que mexe com a gente. Há um misto de euforia por estar concluindo o curso, ansiedade e insegurança em relação a escrita e apresentação do trabalho; a formatura; a vida profissional... o TCC não é apenas o *trabalho de conclusão de curso*, é como se fosse um último passo na graduação, o que nos leva a um mar de possibilidades.

Além deste misto de sensações, há também a novidade do modelo de texto utilizado: o relato de experiência. Desde que ingressei na universidade, nos dois cursos que fiz (Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Psicologia), fui moldada a escrever artigos teóricos, de forma

impessoal, e quando precisei escrever em outro formato, enfrentei bastante dificuldades. Repeti várias vezes: *como é possível escrever um TCC em primeira pessoa?! Porém, a medida que fui avançando na escrita, compreendi a importância deste exercício. Escrevendo sobre o que fiz, como fiz e porque fiz, consegui refletir sobre minha postura enquanto estudante e futura profissional e percebi o quanto aprendi nesta jornada.*

Sobre estar no CAPS. Quando procuro palavra para descrever o estágio, penso em **transformação**. Estar no CAPS é transformar-se enquanto estudante e quanto pessoa. Antes de ir a campo, nós passamos por diversos sentimentos, inclusive o medo: medo de não saber o que fazer, de não conseguir se vincular, de fazer algo errado, de não saber o que vamos encontrar. A transformação vai ao encontro a uma ampliação de horizontes, de perceber que aquele local é um espaço de encontros. De encontros que possibilitam o (re)pensar, o refletir.

Acredito que para trabalhar em um serviço de saúde mental, além da formação e da constante especialização, é necessário, acreditar e defender a proposta de um cuidado amplo e em liberdade. É preciso sair das caixinhas das especialidades que enxergam o ser humano em fragmentos e se perceber como parte de uma equipe, que precisa pensar e agir em conjunto com os outros profissionais e, principalmente, com o usuário. Ainda mais em tempos de incertezas como os de hoje, o “estar no CAPS” deve se configurar como uma postura de ser contra o modelo manicomial, a favor da reforma psiquiátrica e defensor dos direitos humanos.

Enfim, procuro agora uma palavra para descrever o que sinto e, apesar de achar-la bem clichê, só lembro de **GRATIDÃO**. Gratidão pelos encontros, pelo aprendizado, pela transformação.

## 7. REFERÊNCIAS

- AMARANTE, PAULO. Estratégias e Dimensões do Campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, PAULO. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. pp. 61 a 80.
- BASAGLIA, FRANCO. As Instituições da Violência. In: BASAGLIA, Franco. **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- BRASIL. **Lei 8.080** de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 04/01/2018.
- BRASIL. **Lei 10.216**, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em 25/09/2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em <[portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus](http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus)>. Atualizado em 2017. Acessado em: 04/01/2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde - 2. ed.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS. Saúde Mental**. Volume 05. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASILc. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\_19\_02\_2002.html>. Acesso em 25/09/2018.

BRASILd. **Portaria N° 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\_23\_12\_2011\_rep.html>. Acesso em 29/11/2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013.

GUIMARÃES, A. N.; BORBA, L.O; LOROCA, L.M; MAFTUM, M. A. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias Narradas por Profissionais de Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 22, n. 02, 2013. pp. 361 a 369.

FERREIRA, AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio** – versão 5.0. Editora Positivo, 2004.

HIRDES, ALICE. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 01, 2009. pp. 297 a 305.

LANCETTI, ANTÔNIO. Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental: **o projeto terapêutico singular e o trabalho do matriciamento**. Universidade federal de São Paulo. Universidade Aberta do SUS, 2015.

MACEDO, J.P; ABREU, M.M; FONTENELE, M.G; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.26, n.1, 2017, p.155-170.

MELO, ANASTÁCIA. Apontamentos Sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v. 08, n. 09, 2012. pp. 84 a 95.

MELLO, V.R.C; PAULON, S.M. Travessias de Humanização na Saúde Mental: tecendo redes, formando apoiadores. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS. Saúde Mental**. Volume 05. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 14-22.

OLIVEIRA, OLGA VANIA. **Política Nacional de Humanização: o que é e como implementar** (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

PASCHE, D. F; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

SILVEIRA, D. P; VIEIRA, A. L. S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Ano 05, n. 01, 2005. pp. 92-101.

YASUI, SILVIO. Entre o Cárcere e a Liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS. Saúde Mental**. Volume 05. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 14-22.

YASUI, SILVIO. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. Dissertação (Doutorado em Ciências na área da Saúde) – Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

YASUI, S; LUZIO, C. A; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**. v. 08, n. 01, 2018.