Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.1,
2021/01
ISSN 2178-6925

MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE: challenges of welcoming users of mental health services in a municipality in the Jequitinhonha Valley

Dayana Nunes dos Santos
Graduada em Psicologia- ALFA UNIPAC - Brasil
E-mail: dayanandsantos@gmail.com

Alcilene Lopes de Amorim Andrade
Psicóloga, Pós-graduada em Psicologia Clínica,
Mestre em Educação, Professora na ALFA UNIPAC TO – Brasil.
E-mail: alcileneaguia@hotmail.com

Recebido: 16/03/2021 – Aceito: 16/03/2021

Resumo

O estudo aborda a saúde mental na atenção básica, discutindo as dificuldades encontradas no acolhimento aos usuários nesses serviços, visto que o processo de acolhimento é essencial para criar vínculos, favorecer a identificação correta das demandas e realizar encaminhamentos necessários. A pesquisa tem por objetivo identificar as dificuldades encontradas no acolhimento aos usuários nos serviços de saúde mental na Atenção Básica de um município do vale Jequitinhonha-MG. Para tanto, além da revisão de literatura realizou-se pesquisa de campo e análise documental, de abordagem qualitativa, classificada como exploratória quanto aos fins. Por envolver seres humanos, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, em janeiro de 2019, sendo encaminhado ao CONEP e submetido à avaliação do Conselho de Ética e Pesquisa, tendo o Parecer Consubstanciado de número 3.289.359, favorável à realização do estudo, expedido em 26 de abril de 2019. Os resultados apontam a existência de entraves que contribuem para que o acolhimento não seja efetivo, resolutivo e humanizado nos serviços de saúde mental na atenção básica. Conclui-se que há pouca discussão e informação sobre o acolhimento nos serviços de saúde e que os profissionais sentem-se despreparados para atender os usuários. Ademais, a falta de capacitação da equipe contribui para distorção ou fragmentação da compreensão e prática do acolhimento. Isso acarreta a não permissão do encontro real entre profissionais e usuários com escuta qualificada, diálogo e rede socioafetiva, favorecendo a permanência dos atendimentos baseados no modelo biomédico.

Palavras-chave: Saúde Mental. Saúde Pública. Atenção Básica. Acolhimento

Abstract

This study addresses mental health in primary care, discussing the difficulties found in welcoming users to these services, since the welcoming process is essential to create bonds, to propitiate the correct identification of demands and make necessary referrals.The research aims to identify the difficulties encountered in the welcoming of users to mental health services in Primary Health Care in a municipality in the Jequitinhonha Valley, in Minas Gerais. Therefore, in addition to the review of literature, field research and documentary analysis with a qualitative approach (classified as exploratory for purposes) were carried out. As it involves human beings, the project was registered at Plataforma Brasil in January 2019, being forwarded to CONEP and submitted for evaluation by the Ethics and Research Council, having a favorable Consubstantiated Opinion to the conduction of the study (number 3,289,359), issued on April 26, 2019. The results point out the existence of obstacles that contribute to the reception not being effective, resolutive and humanized in mental health services in primary care. It is concluded that there is little discussion and information about the reception in health services and that the professionals feel unprepared to serve users. Furthermore, the lack of team training contributes to distortion or fragmentation of the understanding and practice of welcoming. This results in the non-permission of the real meeting between professionals and users with qualified listening, dialogue and socio-affective network, favoring the continuity of care based on the biomedical model.

Keywords: Mental health. Public health. Primary Care. Welcome.

1.Introdução

Desde a Reforma Psiquiátrica o conceito de loucura e os atendimentos do sujeito com algum transtorno vêm se transformando, mas ainda há muito a se discutir e refletir sobre os serviços de saúde mental e seus atendimentos. Atualmente é na Atenção Básica que ocorre o primeiro acesso aos serviços de saúde do SUS, permitindo inserir no território da população de forma estratégica, desenvolvendo ações que possibilita redução de danos, prevenção, intervenção e promoção de saúde e por orientar-se pelos princípios de descentralização e integralização, permite ver o usuário de forma subjetiva (BRASIL, 2017), além de facilitar o acesso e encontro das equipes com os usuários.

Assim, esta pesquisa aborda a saúde mental na atenção básica discutindo os desafios encontrados no acolhimento aos usuários nesses serviços, uma vez que o processo de acolhimento é de suma importância para criar vínculos,

favorecer a identificação correta das demandas e realizarem encaminhamentos necessários.

A escolha do tema se deu por ainda existirem elevados equívocos e incompreensão das demandas, dos encaminhamentos e dos sintomas trazidos pelos usuários com algum transtorno mental na atenção básica, advinda tantas vezes pela falta de um bom acolhimento nos atendimentos desses usuários. Assim sendo, o objetivo principal deste estudo é verificar junto aos profissionais e usuários as dificuldades encontradas no acolhimento aos usuários dos serviços de saúde mental na atenção básica de um município do vale Jequitinhonha-MG.

É relevante esta discussão, pois, poderá contribuir para compreender as dificuldades e impasses ainda encontrados no acolhimento aos usuários e as possíveis mudanças e intervenções necessárias para que haja inclusão do sujeito com uma escuta qualificada e compreensão das demandas e necessidades de forma idiossincrática.

2.Revisão de Literatura

Percebe-se que as políticas públicas de saúde mental são de total relevância para garantir proteção e promoção dos direitos das pessoas com algum transtorno mental. A atenção básica tem tornado um ponto estratégico para ações e práticas da saúde mental, facilitando a aproximação maior com o usuário, promovendo cuidado sem o isolamento social e também por oferecer flexibilidade para criar práticas e ações de saúde.

Assim sendo, serão apresentados conceitos relevantes para a discussão da inserção da saúde mental na atenção básica e a necessidade do acolhimento para um atendimento desinstitucionalizado e efetivo dos serviços da saúde mental.

2.1 O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a se inspirar nos princípios alienistas franceses, inaugurando seu primeiro manicômio no Rio de Janeiro,

através do Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841 (BRASIL, 1841). Os manicômios foram expandindo pelo país tornando a única alternativa de tratamento da pessoa que possuía algum transtorno mental. Neste sentido, também expandiram a violência, cronicidade, segregação e maus tratos em todo o país, onde as práticas médicas eram orientadas para lucratividade e privilégios do setor privado.

As imposições do mercado e do governo foram grandes contribuintes para o isolamento asilar e expansão dos manicômios. A antipsiquiatria busca desmistificar essa imposição através do diálogo entre a razão e a loucura, para que esta seja vista entre os homens e não dentro deles. (AMARANTE, 1998).

Surgem várias denúncias das situações precárias dos manicômios do Brasil e dos atos desumanos que esses praticavam e cresce a insatisfação com o modelo hospitalocêntrico, iniciando a partir década de 70 o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RP). Emerge em meio às lutas democráticas e frente à ditadura militar do país, através de manifestações e movimentos dos trabalhadores de saúde, sendo fortalecida pela Reforma Sanitária e posteriormente, com a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) ganhando domínio público. (OLIVEIRA, ET AL, 2011).

Foram muitas manifestações, participações e reformas que tornaram possível o processo da RP no Brasil, como por exemplo, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte, com participações internacionais, entre elas Franco Basaglia em 1979, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru, onde é lançado o tema: “Por uma Sociedade sem Manicômios” (BARROSO E SILVA, 2011). A luta antimanicomial buscava, para além da extinção dos hospícios e lógica manicomial, o resgate do sujeito para inseri-lo na sociedade com direitos e deveres. Essas iniciativas foram marcos com a finalidade de enfrentar e superar as práticas e os pressupostos teóricos da instituição psiquiátrica tradicional.

Para Maciel (2012), a RP é o movimento que surgiu para questionar as instituições asilares, as segregações e as práticas médicas, para que houvesse ênfase na reabilitação ativa do sujeito e humanização nas assistências. Na perspectiva de buscar novos horizontes para a saúde mental, surge o Projeto de Lei 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção

dos hospícios por programas substitutivos servindo de base para a atual lei 10.216, aprovada em 06/04 de 2001, que defendem os direitos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 2001)

Estas mudanças permitiram um novo olhar sobre a loucura e o sofrimento psíquico, fazendo com que deixassem de ser exclusividade da medicina para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos; principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas. (AMARANTE, 1998).

A RP transformou o modo de enxergar a saúde mental, baseando no enfoque psicossocial, em que o sujeito é enxergado antes da doença e contribuindo para transição entre a prática de cuidado hospitalar e a incorporação de novos dispositivos substitutivos para cuidado em saúde mental (SILVA E AZEVEDO, 2011).

Os dispositivos substitutivos são serviços alternativos que oferecem cuidados intensivos aos usuários com algum transtorno mental, que além de descentralizados e distribuídos pelo território, também contempla outras dimensões e demandas da vida, tais como: moradia, trabalho, lazer e cultura. O CAPS foi um dos primeiros dispositivos criados, para substituir o Hospital Psiquiátrico, destinado a acolher os pacientes, estimular sua autonomia e integração social e cultural.

Dentre os dispositivos substitutivos também estão: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NASP), Residências Terapêuticas, Programa de Volta Para Casa, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), compondo a rede de atenção psicossocial (RAPS). O RAPS tem objetivo de articular os serviços e fortalecer o novo modelo de cuidado em liberdade, próximo ao território de vida das pessoas, com a participação da família e da sociedade, garantindo direitos e cidadania. (MEDEIROS *et all,* 2017).

Os avanços da RP dependeram também da contribuição do processo de desinstitucionalização das ações em saúde mental, propondo transformações tanto na mentalidade engessada do diferente, quanto nas práticas de serviços de saúde, facilitando a criação de meios terapêuticos funcionais e o incentivo de vínculos autênticos. As reformas aconteceram além das relações dentro dos hospitais psiquiátricos, mas, sobretudo, ao revolucionar as ligações do

manicômio com seu exterior, as instâncias econômicas, políticas, sociais e ideológicas. (OLIVEIRA, ET AL, 2011).

Apesar dos avanços no cuidado em saúde mental, a RP é um movimento recente que ainda está em construção, exigindo atenção e novas estratégias para continuar avançando em seu processo. Mesmo com todas as intenções reformistas e transformadoras, é possível perceber ainda na contemporaneidade uma repetição e a persistências dos modos tradicionais para tratar e acolher aqueles que possuem algum transtorno mental, como as classificações psiquiátricas e os indivíduos dependentes de instituições de cuidado (BRASIL, 2015).

As reformas precisam continuar acontecendo, de forma que não haja retrocesso e declínio, pois ainda há muito a ser conquistado e transformado no cuidado e tratamento das pessoas que buscam o serviço de saúde mental. Para isso, há necessidade tanto do Estado quanto dos profissionais, famílias e usuários dialogarem e posicionarem nessa luta pela consolidação de direitos construídos. As lutas e as reformas não podem parar.

2.2 A saúde mental na Atenção Básica

A atenção básica é fundamentada pela lei SUS de 1988 e atua como estratégia da família, através de programas governamentais e serviços de equipe multidisciplinar nas comunidades de forma acessível à população. A Política Nacional de Atenção Básica, a qual faz a revisão e diretrizes que organizam a rede de atenção básica a define como ações de promoção, proteção e prevenção de saúde individual e coletiva, atuando no diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, manutenção da saúde com atenção integral, responsabilização e autonomia do sujeito (BRASIL, 2017).

Dentre as ações da Atenção básica estão o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que está diretamente na comunidade, sendo importante mediador entre a população e as equipes de saúde; as Equipes de Consultórios de Rua, que são responsáveis pela atenção à saúde da população de rua e por facilitar o acesso desses usuários à rede de atenção; Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; Programa Brasil Sorridente de

Saúde Bucal; Os NASF que tem o objetivo de ampliar a abrangência e as atividades das ações da atenção básica, bem como sua execução, formados por equipe multidisciplinar que atuam de maneira integrada, apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família e das Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (BRASIL, 2017).

Por facilitar o acesso aos serviços dos SUS e estar posicionada próxima à vida das pessoas, a atenção básica torna-se um ponto privilegiado também para ações e práticas da saúde mental, a qual pode oferecer acesso de forma equânime dos seus serviços, permitindo o vínculo, acolhimento, integralidade e autonomia do usuário.

A inclusão na saúde mental na atenção básica ganhou destaque com a declaração de Caracas em 1990, uma política para os serviços de saúde mental, que reconhece os sistemas locais de saúde como meio de oferecer melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva (OMS/OPAS, 1990). E a III Conferência Nacional de Saúde Mental intensifica a importância da inclusão de saúde mental na atenção básica, como método de alcançar ações que abarquem eixos territoriais e alcancem a integralidade nos atendimentos (BRASIL, 2001). A partir de então a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, promoveu vários eventos com o objetivo de discutir a inclusão da saúde mental na atenção básica.

A atenção básica manifesta-se como articuladora da rede de saúde mental, na tentativa de superar a herança do modelo hospitalocêntrico e avançar no processo de desinstitucionalização, amplificando as práticas substitutivas em saúde mental, em direção a uma rede de cuidado com atendimentos inovadores, em que em cada encontro é possível criar meios de promoção de saúde mental com as redes existentes no território (SOUZA, 2015).

Dessa forma, percebe-se que a atenção básica pode oferecer suporte para o desenvolvimento dos processos advindos da Reforma Psiquiátrica, pois, permite acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, ouvindo suas queixas e demandas e realizando encaminhamentos necessários. Permite a aproximação maior com o paciente, promovendo cuidado sem o afastamento

social, criatividade para transformar e criar novas formas e práticas no campo da saúde, considerando às complexidades dos usuários e as suas diversidades.

São inúmeros avanços que a Política Nacional de Saúde Mental tem alcançado com a inserção na rede de atenção básica, e para que estes continuem, faz-se necessário o desvio do modelo tradicional de atenção em saúde mental, onde haja envolvimento coletivo, sustentação das redes, dos relacionamentos, a junção com os territórios e equipes que ofereça atenção integral e qualificada, com abertura para as possibilidades de reinventar e desenvolver outras formas de olhar, tratar e conviver com a loucura. (SOUZA, 2015).

É necessário compreender que a saúde mental não está separada da saúde em geral e que precisa de equipes preparadas para acolher, perceber e intervir nas inúmeras demandas que aparecem nos serviços de saúde. Que a atenção seja redirecionada ao cuidado, onde o sujeito seja visto além da doença e os encontros entre os profissionais, serviços e usuários sejam de forma humanizada, com conexão, vinculo, equidade e integralidade.

2.3 Acolhimento nos serviços de saúde

A inclusão da saúde mental na atenção básica tem se tornado um meio para constituir de forma efetiva os equipamentos substitutivos, advindos da Reforma Psiquiátrica, tornando possível o contato com os usuários em seu território e ampliando as possibilidades de acesso aos serviços dos quais eles necessitam. No entanto, impasses precisam ser superados nesse movimento, sendo um deles a forma de acolher e atender as demandas dos usuários, pois, se sabe que a efetividade do processo de atendimento se dá quando o sujeito está na centralidade do processo, em que há acolhimento de todas as suas multiplicidades.

Nos serviços de saúde, o acolhimento é processo inicial para aproximação dos profissionais e usuários, não se limitando apenas na triagem, mas como uma ação que precisa ocorrer em todos os locais dos serviços de saúde, seja na recepção, nos atendimentos e encaminhamentos, possibilitando que o usuário seja incluído de forma humanizada e integral. (FERREIRA, 2009).

O acolhimento é incluído na Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003, com objetivo de construir relações de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, que potencializam a qualidade dos serviços prestados e contribuam para desmistificação da loucura. (BRASIL, 2015).

Acolhimento pode ser compreendido como prática constitutiva presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários e nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de varias formas. (BRASIL, 2013).

O acolhimento permite receber com mais prontidão aqueles que buscam um serviço de saúde, facilitando o vinculo do sujeito profissional com o sujeito demandante, no qual as suas queixas e expectativas são ouvidas, estabelecendo uma comunicação efetiva e resolutiva, responsabilização e autonomia do usuário. (ARAÚJO, 2012).

Segundo Garuzi, Miriane *et al* (2014), o acolhimento merece mais atenção, devendo ser visto como ferramenta que beneficia tanto profissionais como usuários, pois, há criação de vínculo, fortalecimento da equipe multidisciplinar, qualificação da assistência de saúde e corresponsabilidade no autocuidado, além de favorecer ações para combatem o preconceito.

Sendo assim, o acolhimento é um fator importante no atendimento ao usuário, facilitando o processo de tratamento, vínculos e fortalecendo a luta por uma sociedade sem manicômios e tratamentos segregados. O acolhimento contribui para unir forças em defesa das políticas públicas e na luta contra os retrocessos nos serviços de saúde mental.

2 Método

Para realização deste estudo, quanto aos procedimentos técnicos, além da revisão de literatura e levantamento documental, foi realizada pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, classificada como exploratória quanto aos fins. Para preservar pessoas e instituições na divulgação dos dados, optou-se por não caracterizar a instituição e o município.

a. Universo

A pesquisa de campo e levantamento documental foi realizada na Atenção Básica, mais especificamente em um PSF e uma UBS de um município do vale Jequitinhonha, interior de Minas Gerais, mediante termo de autorização (ANEXO I). A escolha pelo município deu-se por ser de pequeno porte, facilitando o desenvolvimento da pesquisa. Sendo que em observações preliminares, boa parte da população com transtorno mental faz o acompanhamento pelos PSF e UBS desse município.

b. Amostra / Participantes

Participaram dessa pesquisa, 02 enfermeiros, 01 Psicólogo, 04 agentes comunitários de Saúde, 01 médico e 10 usuários jovem-adultos dos serviços de saúde mental do PSF e UBS mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

c. Critérios de Inclusão/ Exclusão

Participaram os profissionais que estão diretamente envolvidos no atendimento da saúde mental do PSF e UBS, e usuários jovem-adultos (entre 20 a 40 anos) inicialmente escolhidos aleatoriamente pelos prontuários e considerando as observações das ACS (responsáveis pela área na qual residem) acerca do nível de comprometimento quanto à saúde física e mental[1].

Não puderam participar os profissionais que não estavam diretamente envolvidos no atendimento da saúde mental do PSF e UBS; e usuários com idade inferior a 20anos ou superior a 40 anos.

[1]Além da dificuldade / impossibilidade de fornecerem informações, registra-se o aspecto ético de não causar prejuízos de nenhuma natureza ao entrevistado.

d. Aspectos Éticos / Submissão ao CEP

Por envolver seres humanos, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, em janeiro de 2019, sendo encaminhado ao CONEP e submetido à avaliação do Conselho de Ética e Pesquisa, tendo o Parecer Consubstanciado de número 3.289.359 (ANEXO II), favorável à realização do estudo, expedido em 26 de abril de 2019.

e. Instrumento de Coleta/ Procedimento

A coleta de dados foi feita de junho a agosto de 2019. Nos prontuários, foram coletadas as informações mais objetivas, como exemplo: idade, sexo, prescrição[2].

Todos os participantes responderam á entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A) gravadas e posteriormente transcritas, em um local com condições favoráveis, como: luz apropriada, arejado, sem interrupções e silencioso. Esse instrumento foi aplicado pela própria pesquisadora. A opção por esses procedimentos possibilitaram a obtenção de dados qualitativos, prezando pela maior fidedignidade dos resultados.

f. Análise de Dados

O tratamento dos dados teve base na argumentação indutiva, que parte da experiência particular para chegar a enunciados universais, levando a conclusões cujo conteúdo excede os das premissas.

Foi feita análise dos conteúdos conforme Bardin, que é a análise por conjuntos de técnicas e procedimentos sistemáticos e critérios previamente definidos por classes que reúnem em grupo de elementos com caracteres comuns. Visando os seguintes desfechos: primeiro a pré-análise que é organização e contato com material, onde acontece a leitura geral e elaboração de indicadores. As respostas abertas foram submetidas à análise de conteúdo

[2] O intuito original seria coletar diagnóstico, entretanto nos prontuários não há este dado. Conforme relato dos profissionais e verificação no documento registram-se os medicamentos prescritos.

(BARDIN, 2001), enfatizando a descrição do conteúdo expresso pelos sujeitos através da codificação e categorização, procurando verificar que códigos estão presentes nas respostas, e organizando-osconforme seu conteúdo.

A análise de algumas respostas de cunho mais objetivo foi realizada com auxílio do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences versão 19, para Microsoft Windows); por permitir obtenção de estatísticas descritivas e cruzamentos de dados importantes para o trabalho. Os resultados obtidos através das entrevistas receberam o seguinte tratamento: com auxílio do Microsoft Word, foi feita correção gramatical e ortográfica das palavras, diminuição das frases e expressões homogeneizando o corpus. As palavras que possuíam o mesmo significado foram agrupadas priorizando as mais frequentes. Cumpre ressaltar que a análise qualitativa visa “apreender” o fenômeno dentro de todo o seu contexto e interpretar seu significado, portanto, pautou no estabelecimento de relações entre o conteúdo expresso no conjunto das falas dos participantes, a percepção do pesquisador ao entrar em contato com eles e suas informações.

3 Resultados e Discussão

Segundo dados do PSF e UBS do município, são 35 profissionais que fazem parte das ações da Atenção Básica e 544 usuários da saúde mental, a organização e identificação dos usuários são feitas através de planilhas em Excel, na qual constam nome, endereço e as classes dos medicamentos utilizados.

Os prontuários pesquisados indicam dados dos pacientes, porém, em sua maioria não há registros de diagnósticos ou hipóteses diagnósticas de acordo com o CID (Classificação Internacional de Doenças), apenas o medicamento prescrito, justificado[3] pela ausência de sistema para referenciar e contrarreferenciar os usuários a partir do acolhimento, aos outros níveis de

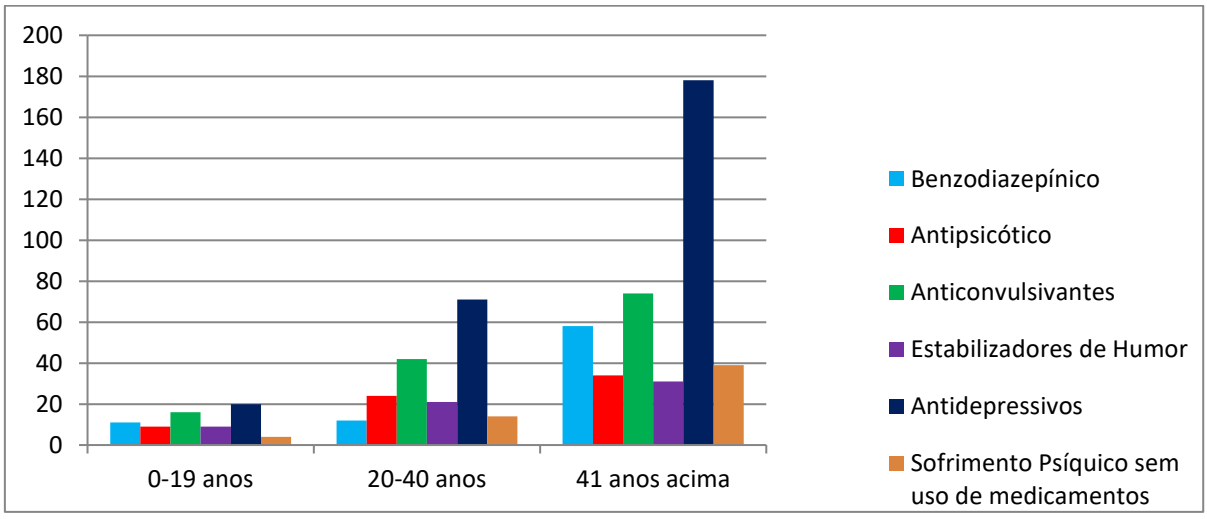
[3] Esclarecimento feito durante a entrevista com os profissionais.

[4]Alguns pacientes faz uso de mais de uma classe de medicamentos.

atenção, e atualização no prontuário serem feitas pelas receitas levadas às consultas.

Conforme GRAF 1. É possível observar como os usuários estão organizados na atenção básica do município[4], sendo que os usuários em terapia medicamentosa prevalecem em relação àqueles que não fazem uso de medicamentos e que as classes dos antidepressivos é mais prevalente, seguida pelos anticonvulsivantes, antipsicóticos, benzodiazepínicos e estabilizadores de humor.

Gráfico 1: usuários dos serviços de saúde mental da atenção básica



Fonte: a partir dos dados da pesquisa

É possível verificar que apesar das transformações advindas da Reforma Psiquiátrica, há ainda uma terapêutica reduzida a psicotrópicos, em que a resolubilidade do cuidado é remetida ao uso de medicamentos, e que a atenção básica utiliza poucas tecnologias leves, leves-duras de cuidado em sua prática, fragilizando o funcionamento e comunicação entre as redes e usuários. (BEZERRA *et al*, 2014)

3.1 A compreensão do acolhimento

Ao serem indagados sobre a compreensão do acolhimento, os profissionais revelam que acolher “é inserir no ambiente do usuário, recebê-los

sem discriminação, sabendo conversar, ouvir, ter um olhar empático e assim realizar os encaminhamentos necessários", o que converge com concepções da cartilha da PNH (BRASIL, 2015) ao enfatizar que o acolhimento é um meio dos profissionais atenderem a todos que procuram os serviços de saúde, com escuta qualificada e atendimentos com resolutividade, responsabilização, articulações com outros serviços e eficácia dos encaminhamentos. Esta concepção está presente nos relatos de alguns profissionais entrevistados:

> Eu acho que acolhimento é eu aceitar, um tipo de aceitação da pessoa, preciso acolher, porque eu tenho que ir ao encontro dessas pessoas, saber cumprimentar, saber conversar, eu preciso saber ouvir, não somente falar. (ACS IV)
> O acolhimento é você chegar, conversar com o paciente, entender o que esta acontecendo, perguntar o que esta passando, o que ele esta precisando, é isso acolher, pra você poder encaminhar. (ENFERMEIRA I).
> Eu entendo que para acontecer um acolhimento assim que realmente vai fazer sucesso, vai prosseguir com atendimento, tem que ter a questão do olhar empático, você se colocar no lugar do outro. (PSICÓLOGA).

O acolhimento também é compreendido como ação que precisa acontecer em todos os setores; e nesse aspecto Ferreira (2009) afirma que o acolhimento só possível se a gestão for participativa, democrática havendo interações das equipes, pois, acontecem antes, durante e depois do atendimento, em ação coletiva dos profissionais envolvidos que atendem e inclui o usuário de forma humanizada e integral. "O acolhimento para mim no sistema básico de saúde ele funciona, por partes, começa desde a parte da sala de espera da pessoa" (MÉDICO).

A cartilha Humaniza SUS também aponta que o acolhimento é construído de forma coletiva e deve sustentar a relação entre equipes, serviços e usuários para construção de relações reais, com confiança, compromisso e vínculo. (BRASIL, 2015).

3.2 O acolhimento na prática

A indagação sobre como é feito o acolhimento dos usuários e como deveria ser, evidencia a diferença entre acolher na prática e como poderia acontecer, sendo possível afirmar que os profissionais encontram dificuldades

em conciliar as suas práticas com a proposta de serviços de saúde humanizados e integralizadores do cuidado, como mostra o QUADRO 1:

QUADRO 01: Acolhimento dos Usuários na Perspectiva dos Profissionais

Como acontecem na prática	**Como acreditam que deveria ser / mudanças a ocorrer**
Normalmente a gente sempre chega receoso, sempre é assim, porque quando se trata de saúde mental, sempre tem mais um receio, mas nos tentamos chegar aos poucos, compreender a pessoa (ACS I).	Em minha opinião é ter mais psicólogos, reuniões nas comunidades, às vezes ate ir junto às visitas domiciliares. (ACS I).
Então, geralmente a gente chega ate eles no processo de triar, ou o agente de saúde que comunica, ou eles que vem ate a gente e reclama, ou vem nas consultas médicas e relatam algumas coisas, a gente vai acolher esses pacientes e encaminhar para o psiquiatra. (ENFERMEIRA I).	A equipe toda precisa ser capacitada, trazendo essa educação continuada, tanto o PSF como na comunidade geral. E também estar acontecendo palestra nas comunidades, pra estar educando o pessoal a isso, porque muitos ainda rejeita, e não há coisa pior do que a pessoa sentir rejeitado. (ACS IV).
Eu procuro atender os pacientes com esse olhar empático, mostrando que ser diferente é uma coisa normal, que ninguém é igual, todo mundo tem seus problemas. (PSICÓLOGA)	Precisamos quebrar muito o preconceito em relação ao nosso fazer do psicólogo. (PSICÓLOGA).
Vou tentar ouvir e depois ver o que eu vou ajudar, encaminhar, orientar e resolver o problema. (ENFERMEIRA II).	Hoje todos os profissionais deveriam estar preparados para acolher a saúde mental e os demais usuários também, mais a saúde mental principalmente, porque é um sofrimento acima de todo. (ENFERMEIRA II).
O sistema básico de saúde ele não é para emergência e urgência, ele é para atendimento de consultas agendadas, que o médico conversa, então não estou tendo isso aqui ainda e tenho muitos pacientes, o meu acolhimento fica um pouco falho, às vezes não dou muita atenção como deveria. (MÉDICO).	As pessoas têm muito preconceito ainda, eu acho que nos precisamos melhorar, tentar entender que o paciente mental, ele é muito mais especial que qualquer paciente, eu acredito. Em minha opinião o paciente mental precisa ter preferência para ser atendido. (MÉDICO).

Fonte: a partir dos dados da pesquisa

Os usuários entrevistados[4] apresentam visões contrastantes ao serem indagados sobre seu acolhimento na prática, visto que se dividem em sentirem e não sentirem bem acolhidos, conforme descrição no QUADRO 02:

QUADRO 02: O Acolhimento na Ótica dos Usuários

Sentiram bem acolhidos	**Não sentiram bem acolhidos**
Eu fui ao médico eu e ele (esposo) e o médico passou remédios, marcou o CAPS, e aí nós ficamos até bem. Sim, senti acolhida e ouvida, e eles mim receberam bem, eu ia 2 a 3 vezes atrás deles no PSF para nossas medicações. (MELANIE).	O médico nem queria me atender porque falou que era normal o que eu estava sentindo, que aquilo era do momento pós-parto, que ia passar. (ELEANOR).
Eu senti acolhida, eu cheguei, fiz a ficha aferiu a pressão e fez aquele procedimento todo né, eu aguardei e o médico me chamou. Eu fui bem atendida porque foi uma época que eu estava assim bem necessitada mesmo. Tanto da medicação como de uma atenção. (ANNA).	Em minha opinião no momento que eu estava passando, eles deveriam ter mim dado um encaminhamento ou no mínimo passar no psicólogo, porque eu estava ansiosa preocupada, foi um momento muito ruim da minha vida. (LETA).
Eu cheguei ao PSF, conversei com a enfermeira e ela me indicou um psiquiatra, porque ela disse que ele ia passar um remédio que ajudaria um pouco amenizar, eu fui bem atendida e acolhida para aquele momento difícil. (MARY).	Eles não querem escutar. A gente apresenta um problema e eles querem arrumar uma solução, como remédio, para gente sair logo. (NISE).

Fonte: a partir dos dados da pesquisa

Os usuários satisfeitos relacionam o acolhimento ao fato de serem rapidamente atendidos nos serviços de saúde, encontrarem uma equipe que os atenda e terem recebido respostas positivas para seus problemas de saúde. Embora a PNH ressalte que o acolhimento dialoga com todas essas concepções, é preciso considerar as dificuldades enfrentadas pelos usuários insatisfeitos, como a falta de humanização, escuta qualificada, compreensão da demanda e encaminhamentos necessários. Tais relatos convergem com a PNH (Brasil, 2015), ao enfatizar que apesar dos avanços alcançados, ainda existem grandes

[4] Para garantir sigilo das informações e a identidade dos participantes, os nomes dos usuários citados são fictícios.

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; que as atitudes de acolhimento tomadas isoladamente se restringem apenas a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

3.3 A relação dos profissionais e usuários

No que se tange à percepção da relação entre o profissional e os usuários dos serviços de Saúde Mental e como eles recebem o discurso desses pacientes, observou-se que há otimismo com as mudanças e avanços nessa relação, embora os participantes reconheçam que existem muitas falhas no acolhimento, decorrentes da incompreensão, preconceito, impaciência, principalmente pela quantidade de demanda e os constantes retornos dos usuários ao PSF, além da falta de capacitação das equipes.

> Você sabe, muitos acham que tudo são coisas do capeta, os delírios as alucinações, aí eles começam a virem todos os dias nos serviços de saúde aí começam a crítica, todos os dias aqui, não conseguem entender o que esta procurando, com desculpa de um dor em algum lugar e, na verdade não é, eles estão precisando de ajuda. (ENFERMEIRA I)
> Assim, aqui na nossa cidade eu vejo de maneira positiva, eu vejo que as pessoas têm se preparado, tem oportunidade para ter esse esclarecimento. (PSICÓLOGA)
> Eu acho que poderia ser melhor, a gente nunca pode falar que estar bom, então se não a gente não tem uma margem para melhorar. Dentro do nosso conceito a gente faz o que pode, mas acho que poderíamos ser um pouquinho melhor. Mais capacitação, mais treinamento para mexer com esse tipo de usuário. (MÉDICO).
> Às vezes tem dias que eles são bem acolhidos e tem dias que às vezes não, porque a gente tem que estar preparada emocionalmente, então é uma equipe e a equipe toda precisa ser capacitada, trazendo essa educação continuada, tanto o PSF quanto a população em geral. (ACSII).

As entrevistas com os usuários vão de encontro às falas dos profissionais, visto que eles também reconhecem que houve mudanças positivas, embora haja muitos insatisfeitos pela forma como sua demanda foi recebida e seus atendimentos realizados. Dentre as dificuldades na relação, os usuários

destacam: falta de experiência das equipes, desmotivação, incompreensão, falta de resolutividade e comunicação maior entre equipe.

> Então não tem nada a reclamar, apesar de haver algumas falhas principalmente nas pessoas que não tem nenhuma experiência. (JUNG)
> Tem gente que a gente sabe que atende com prazer e tem pessoas que está ali mesmo para receber salario. (LETA)
> Os atendimentos deixam muito a desejar, porque eu só tinha aquela ansiedade, sabe de como seria o parto, como eu ia cuidar e criar o bebe, porque foi uma gravidez de alto risco que a pressão subia muito então eu estava praticamente todo final de semana no hospital, tivemos que pagar o parto, porque demorou demais ser atendido, então era só um momento que eu precisava ser acolhida. (ELEANOR)
> Eles sempre ficam passando a gente de pessoa para pessoa. Eles perceberam que não podia me tratar e nem passou para outro médico. Não quiseram investigar bem e nem deu suporte. (NISE)

Nesse sentido, Clementino FS et al. (2015, p.73-74) afirma que “todo profissional da equipe de saúde deve participar do acolhimento, tendo em vista que requer ações articuladas e envolvimento dos diversos trabalhadores, contribuindo com os saberes específicos, no entanto, pensando o cuidado do indivíduo a partir do todo”.

3.4 As dificuldades no acolhimento aos usuários

Souza (2015), afirma que muitos profissionais não recebem qualificação e capacitação para acolher os usuários da saúde mental e que ainda reside o estigma de periculosidade do louco no imaginário dos profissionais de saúde, além de também haver precariedade do processo de desinstitucionalização, no qual a sociedade e familiares continuam com uma visão limitada para lidar com a loucura; o que configura um desafio para as articulações de ações de saúde mental e desenvolvimento de práticas e tecnologia do cuidado e do acolhimento.

Os profissionais entrevistados apontam como dificuldades para acolhimento efetivo nos serviços de saúde: o preconceito quanto ao fazer do psicólogo, a não aceitação da doença, falta de colaboração da família, ausência de psiquiatra e precário funcionamento da rede. Já os usuários destacaram como dificuldades: desinteresse em cuidar, capacitação para recepção, ética de alguns profissionais, realizar encaminhamentos corretos, ouvir e compreender a

demanda, dar continuidade ao tratamento, não ter profissionais capacitados para compreender e ver o paciente como ele é e como sente e o preconceito.

QUADRO 03: Dificuldades no Acolhimento

Dificuldades apresentadas pelos profissionais em acolher	**Dificuldades sentidas pelos usuários em seus acolhimentos**
A dificuldade é que a gente nunca estar preparado, a gente precisa muito de capacitação. (ACS III).	Na recepção, não com os profissionais lá dentro que te atende, mas com aqueles que estão no pré-atendimento, por que existe uma espécie tipo preconceito. (MARY).
A dificuldade maior é não aceitação do paciente, ele não quer aceitar a doença, a medicação, o tratamento, ele não aceita que tem um problema, e a maior dificuldade e também em aderir o tratamento, muitas vezes você encaminha o paciente para o tratamento, ele não vai ao especialista. (ENFERMEIRA I).	Eu acho que deve mudar principalmente porque quando a gente vai às consultas eles passam um retorno e às vezes nem é culpa do município e tal, mas a gente não consegue fazer o tratamento corretamente à gente não consegue voltar nos retornos e isso agrava mais. (ANNA).
A dificuldade como te falei é quebrar muito o preconceito em relação ao nosso fazer psicólogo, porque as pessoas ainda tem aquele olhar que a saúde física é bem mais importante que a saúde mental. (PSICÓLOGA).	Eu acho, acho não, deveria ter alguém capacitado, todas as policlínicas deveriam ter alguém capacitado, um profissional, porque eles vêem a gente com outros olhos, não apenas como médico e paciente, mais como a gente é, como a gente realmente esta passando entendeu. (NISE).
A dificuldade é mais relacionada à família dos usuários, que eles não colaboram, a maioria dos usuários vem sozinhos, eles não têm acompanhante não tem como orientar familiares, muitos tomam a medicação errada, ou chega com a medicação a mais, então a dificuldade além da ausência de psiquiatra é também dos familiares. (ENFERMEIRA II).	Fazer os encaminhamentos corretos para as pessoas que chegam à unidade, porque às vezes a gente busca o serviço de Saúde Mental e é só momento, como foi como o meu caso e aí não dá tanta importância com o que a gente fala e aí só vai agravando. (ELEANOR).

Fonte: a partir dos dados da pesquisa

É possível observar que as dificuldades encontradas pelos profissionais, afetam diretamente a qualidade da forma como os usuários são acolhidos, pois os profissionais de saúde devem demonstrar além de conhecimentos técnicos, habilidade, sensibilidade e empatia para lidar com cargas emocionais e enxergar o usuário em sua singularidade, e para isso podem fazer o uso de tecnologias leves disponíveis.

Os profissionais relataram não sentirem preparados para acolher o usuário de saúde mental e nem amparados em sua prática. Nessa perspectiva, Braz (2013), aponta como um dos principais problemas para o acolhimento os recursos humanos, principalmente na capacitação e integração do ensino-serviço, qualificação pessoal, incoerência na composição das equipes e falta de planos de carreiras para os trabalhadores, interferindo na implantação e na qualidade do acolhimento.

Oliveira, C. V.S.; Coriolano-Marinus, M. W.L. (2016), ressaltam ainda que é difícil encontrar um consenso na melhor forma de acolher os usuários, visto que há tanto a desinformação por parte dos usuários em relação aos objetivos do acolhimento e a relevância deste para a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade, quanto às dificuldades de criar vinculo entre a equipe de saúde e os usuários, que consequentemente influencia no processo de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde.

4.Considerações Finais

Diante da análise realizada e apoiada nos depoimentos de profissionais e usuários dos serviços de saúde mental, pode-se afirmar a existência de dificuldades que colaboram para que o acolhimento não seja efetivo, resolutivo e humanizado nos serviços de saúde mental na atenção básica, que é vivenciado tanto pelos profissionais de saúde, quanto na qualidade do acolhimento dos usuários.

A maioria dos profissionais diverge sua prática de acolher com a concepção de como ele deveria acontecer. Há culpabilização do usuário, da família e mesmo da precariedade enfrentada pelos serviços públicos, para justificar a falta de práticas e processos de acolhimento nos serviços. O que não

justifica, uma vez que o acolhimento não depende somente de ações regulamentadas e burocráticas e não poder ser restringido, nem reduzido a uma só etapa ou lugar; sendo uma estratégia do cuidado praticado em todos os setores e por todos que compõem os serviços de saúde.

Há desintegração das relações entre os profissionais e a rede assistencial, que dificulta a comunicação e complementação entre a atenção básica e o sistema de referência. É escassa a utilização de tecnologia de cuidado para acolher e receber os usuários. Há pouco investimento para capacitação e qualificação dos trabalhadores, gestão e equipes.

O acolhimento é reduzido a atendimentos clínicos, com terapia medicamentosa. Visto que grande parte dos usuários são somente “medicados” e não tem nenhum suporte para lidar com o sofrimento psíquico, não são esclarecidos, nem estimulados a responsabilização e autonomia, o que facilita o processo de dependência dos serviços de saúde e a incapacidade de envolver na gestão de seu próprio cuidado.

Os usuários não apontaram muitas dificuldades no acesso aos atendimentos e nas formas como os serviços são organizados, mas relataram deficiência no trabalho de alguns profissionais, como falta de empatia, afeto e compreensão da demanda. Embora seja o principal objetivo dos serviços à resolução do problema de saúde do usuário, este não será totalmente efetivo, sem acolhimento e envolvimento de todos os níveis de atenção e gestão que trabalhe na coletividade. É preciso a integração de todos os profissionais e capacitações, treinamentos, educação continuada e suporte para que esses possam oferecer continuidade da assistência e acolhimento a todos os usuários.

Deste modo, confirmaram-se as hipóteses que há pouca discussão e informação sobre o acolhimento nos serviços de saúde, contribuindo para uma distorção ou fragmentação da compreensão do acolhimento, não permitindo um encontro real entre profissionais e usuários, com escuta qualificada, diálogo e rede sócioafetiva, favorecendo assim a vigência dos atendimentos baseados no modelo biomédico.

Em suma, o estudo mostrou a necessidade de discussões sobre o acolhimento e os seus desafios nos serviços de saúde mental na atenção básica, pois, o acolher é uma estratégia potente tanto para aproximação dos

profissionais, serviços e usuários, evitar retrocessos da Reforma Psiquiátrica, quanto para ampliação das práticas dos serviços em saúde mental em direção à clínica ampliada do cuidado atrelado aos processos relacionais, técnicos, científicos, éticos e solidários.

Referências

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. P. 1-136.

ARAUJO, Adriano Kasiorowskide. **Avaliação em saúde mental:** o processo de acolhimento. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Doi: 10.11606/D.6.2012.tde-15032012-101652 Acesso em maio/2019.

BARDIN, Laurence. **Analise de conteúdo**. (Reto, L. A.; Pinheiro A.) São Paulo; edições 70, 2016 (Obra original publicada em 1977).

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida**. Reforma Psiquiátrica Brasileira:** o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008 Acesso em: 26 maio.

BEZERRA, Indara Cavalcante *et al.* "**Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá":** processo de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. Botucatu - SP2014, v. 18, n. 48, pp. 61-74. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650. Acessado em 14 de outubro 2019.

BRASIL. **Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841**. Fundando um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados com a denominação de Hospício de Pedro II. *Coleção das leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, p. 49, 1841. Disponível em http://legis.senado.leg.br/norma/385725/publicacao/15742236 acesso jul/2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 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. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/cciVil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm Acesso em Jun/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf acesso em out/2019.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf Acesso em: out/2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Humanização:** PNH. 1ª. Ed.2ª reimpressão – Brasília, 2015. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf acesso em Jul./2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htmlacesso em Nov./2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudementalacesso em Jan 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno HumanizaSUS ; v. 5.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf acesso em out/2018.

_____. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental.** "Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social"**.** Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf acesso em: mai/2019.

BRAZ, Flávia de Ávila Fonseca. **A importância do acolhimento aos usuários na atenção básica**: uma assistência humanizada. Campos Gerais/ MG. 2013. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4179.pdf acesso em out/2019.

CLEMENTINO FS *et al*. **Acolhimento na Atenção Básica**: Análise a partir da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). UFCG, Campina Grande, PB. RSC Online. v. 4, n. 1, p. 62-80, 2015. Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/229/160 acesso em: set/2019.

FERREIRA, Giovanna Martins. **Acolhimento:** um processo em construção. UFMG: Belo Horizonte. 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2258.pdf Acesso: 14 de out de 2018

GARUZI, Miriane et al. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família:** revisão integrativa. Rev. Panam Salud Publica. São Paulo. 2014; 35(2): 144–9. Disponível em: https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149/pt acesso em: out/2019.

MACIEL, Silvana carneiro. **Reforma Psiquiátrica no Brasil:** algumas reflexões. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, jan./jun. 2012. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2021/2307Acesso em: jun./2019.

MEDEIROS *et al*. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS):** Eixo políticas e fundamentos. Portal de informação à distância sujeito, contextos e drogas. Aberta: Portal de Formação a Distância. Florianópolis: UFSC. 2017. Disponível em: http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdfAcesso em: 18 set. 2019.

OLIVEIRA. *Et al*. **Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil:** contextualizando o conceito de desinstitucionalização. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 587-596, out./dez. 2011. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341765011.pdfAcesso: Set/ 2018

OLIVEIRA, C. V.S.; CORIOLANO-MARINUS, M. W.L. **Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família**: uma revisão integrativa. Saúde em Redes, v.2, n. 2, p. 211-225, 2016. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/678/pdf_3 acesso em out/2019.

OMS - OPAS. **Declaração de Caracas.** Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. 14 de novembro de 1990. Caracas, OMS/OPAS, 1990. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf acesso em jun./2019. Acesso em jul/2019.

SILVA, Danielle Souza; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. **A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 587-594, Set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300021Acesso em Jun./2019.

SOUZA, Ândrea Cardoso de. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica**: um movimento de marés. 1. Ed. São Paulo: Hucitec, 2015.158 p.