



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE PSICOLOGIA**

OLIZAN PEREIRA DE SOUSA

**O CONCEITO DE ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E A SUA
RELAÇÃO COM O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UMA CONTRIBUIÇÃO
DA PSICOLOGIA**

**Miracema do Tocantins, TO
2021**

Olizan Pereira de Sousa

**O Conceito De Acolhimento Na Unidade Básica De Saúde E A Sua Relação
Com O Projeto Terapêutico Singular: Uma Contribuição Da Psicologia**

Artigo apresentado à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação da Professora Dra. Kênia Soares Maia.

Miracema do Tocantins, TO

2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

S725c Sousa, Olizan Pereira de.
 O conceito de acolhimento na psicologia a partir da experiência da
 unidade básica de saúde . / Olizan Pereira de Sousa. – Miracema,
 TO, 2021.
 42 f.

 Artigo de Graduação - Universidade Federal do Tocantins –
 Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2021.
 Orientadora : Kenia Maia

 1. Conceito de Acolhimento . 2. Unidade Básica de Saúde . 3.
 Projeto Terapêutico Singular . 4. Psicologia . I. Título

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de
qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que
citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime
estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**


OLIZAN PEREIRA DE SOUSA

O CONCEITO DE ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E A SUA
RELAÇÃO COM O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UMA CONTRIBUIÇÃO
DA PSICOLOGIA

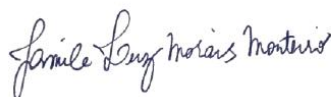
Artigo apresentado à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia, foi avaliado para obtenção do título de Bacharel em Psicologia e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação 23/04/2021

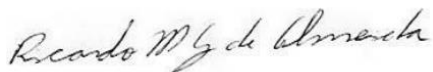
Banca examinadora:



Kenia Soares Maia, UFT



Jamile Luz Morais Monteiro, UFT



Ricardo Monteiro Guedes de Almeida, UFT

Dedico este trabalho aos meus filhos Jonas, Gabriel e Pedro Henrique, que durante toda esta trajetória esteve ao meu lado, me fornecendo todo apoio me fortalecendo para que eu não fraquejasse e pudesse alcançar este objetivo de cabeça erguida. A meus pais Carleon e Terezinha que são meu alicerce meu apoio nas horas difíceis. Agradeço a Deus por essas pessoas estarem presente em minha vida, pois seu apoio e dedicação me fez forte para enfrentar os desafios na certeza de dever cumprido, a minha graduação. Obrigado sempre.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por sempre estar ao meu lado, me fortalecendo nessa caminhada que não trilhei sozinha.

Agradeço a todos os meus colegas da graduação, mas em especial a Diana, Yanna, Nilza, Fernanda e Maria de Fatima, que me incentivaram e em nenhum instante deixou de acreditar e de me apoiar.

A minha professora orientadora Kenia Soares Maia pela sua competência, atenção e compromisso para comigo neste trabalho e aos docentes desta instituição (Universidade Federal do Tocantins – Campus de Miracema) que contribuíram para minha graduação.

Agradeço aos colegas pelos incentivos e críticas ao longo deste caminho, pois resultou na realização deste trabalho, sabendo-se que o importante e jamais desistir.

A Deus por tudo!

Como fica forte uma pessoa quando está
segura de ser amada!

Sigmund Freud.

RESUMO

O acolhimento nos diversos níveis da assistência em saúde constitui-se numa das bases para o cuidado, pautado nos princípios doutrinários do SUS- Sistema Único de Saúde - integralidade, universalidade e equidade. No campo da saúde mental, os CAPS- Centro de Atenção Psicossocial, serviços de atenção diária substitutivos ao antigo modelo de internação em hospital psiquiátrico, atendem clientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes e o acolhimento é a abordagem inicial a quem procura estes serviços. A demanda que surge é diversificada, o que exige do profissional uma versatilidade para lidar com cada situação. Produto de tecnologias leves, o acolhimento é entendido na relação com diversos aspectos que perpassam as políticas de atenção, as relações, as práticas e os discursos, ou seja, integrando todos os processos de trabalho em saúde. Foram objetivos deste estudo a Atuação do Psicólogo em Unidades Básicas de Saúde (UBS), analisando a atuação profissional através do processo de acolhimento e o processo de institucionalização da psicologia na saúde pública e tendo como objetivos específicos estudar a história do SUS e da Rede Psicossocial; estudar a ideia de Acolhimento para a Saúde Pública Brasileira e pesquisar o Acolhimento na Rede de Atenção Psicossocial. Para a discussão dos dados foi utilizada a análise de conteúdo temática com autores, tais como Merhy, Foucault, Carl Rogers, dentre outros. Foram encontradas algumas categorias tais como o acolhimento como ferramenta de escuta, o acolhimento facilitando a formação do vínculo e o acolhimento visto como uma ajuda. Concluiu-se que esses sujeitos percebem o acolhimento como um processo que transcende uma triagem, apontando percepções que vão ao encontro da - escuta, ajuda e vínculo.

Palavras-Chave: Conceito de Acolhimento. Unidade Básica de Saúde. Projeto Terapêutico Singular. Psicologia.

ABSTRACT

Reception at the different levels of health care is one of the bases for care, based on the doctrinal principles of the SUS - Unified Health System - integrality, universality and equity. In the field of mental health, the CAPS- Psychosocial Care Center, daily care services that replace the old model of hospitalization in a psychiatric hospital, serve clients with severe and persistent mental disorders and reception is the initial approach to those who seek these services. The demand that arises is diversified, which demands versatility from the professional to deal with each situation. Product of light technologies, reception is understood in relation to several aspects that permeate care policies, relationships, practices and discourses, that is, integrating all health work processes. The objectives of this study were the Psychologist's Performance in Basic Health Units (UBS), analyzing the professional performance through the reception process and the process of institutionalization of psychology in public health and having as specific objectives to study the history of SUS and the Psychosocial Network ; to study the idea of Reception for Brazilian Public Health and to research Reception in the Psychosocial Care Network. To discuss the data, thematic content analysis was used with authors such as Merhy, Foucault, Carl Rogers, among others. Some categories were found, such as the reception as a listening tool, the reception facilitating the formation of the bond and the reception seen as a help. It was concluded that these subjects perceive the reception as a process that transcends a screening, pointing out perceptions that meet the - listening, helping and bonding.

Keywords: Reception Concept. Basic health Unit. Singular Therapeutic Project. Psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial
CAPSI – Centro de Atendimento Psicossocial
CAPSAD – Centro de Atendimento Psicossocial - Álcool e outras Drogas
CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CNS – Conferencia Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atendimento Psicossocial
NASF – Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
ONGs – Organizações não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
PNH – Política Nacional de Humanização
PSF – Programa de Saúde da Família
RAPS – Rede de Ação Política pela Sustentabilidade
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SUS – Sistema Único de Saúde
STR – Serviços Residenciais Terapêuticos
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
	CAPITULO I	12
2	A HISTÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A HISTÓRIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL	12
2.1	A História do Sistema Único de Saúde.....	12
2.2	A História a Rede De Atenção Psicossocial	17
	CAPITULO II	28
3	O ACOLHIMENTO NA SAÚDE E O ACOLHIMENTO NA REDE PSICOSSOCIAL.....	28
3.1	O Acolhimento na Saúde	29
3.2	O Acolhimento na Rede Psicossocial.....	33
4	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIA	40

1 INTRODUÇÃO

Este estudo é realizado no âmbito do Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Psicologia, da Universidade Federal do Tocantins – UFT e aborda acerca do “O Conceito de Acolhimento na Unidade Básica de Saúde e a sua Relação com o Projeto Terapêutico Singular: uma contribuição da psicologia” sendo muito importante pois, o cuidado com paciente vai além da prestação de assistência e os cuidados técnicos e sim a preocupação e a responsabilização em ouvir, tocar, o cuidar da parte emocional desse paciente.

O trabalho em questão, parte da noção de acolhimento no contexto da reorientação da assistência em diversos serviços de saúde, tais como: Atenção Primária, UBS. Trata-se de um objetivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde – Humaniza SUS.

A atuação do psicólogo na Unidade Básica de Saúde (UBS) é justamente para a prestação de cuidados e manutenção de um quadro favorável ao desenvolvimento diário da recuperação e manutenção do paciente. O aspecto humano do cuidado da psicologia, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária que envolve o ambiente da UBS faz com que os membros da equipe, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

A rotina diária de cuidados faz parte da vivência e rotina do meu trabalho, de uma experiência vivenciada durante alguns anos como agente comunitária de saúde. No primeiro contato do usuário com a atenção primária à saúde é essencial que haja um acolhimento, pois é no primeiro atendimento que são realizados os processos de cuidados tanto técnicos como humanitários. O acolhimento é dado por toda a equipe, assim o paciente se sente seguro e acolhido dentro das suas necessidades, facilitando um melhor tratamento e continuidade do mesmo procurando sempre a unidade básica de saúde quando necessário.

A partir da perspectiva de que o cuidado ultrapassa as dimensões das práticas técnicas, entende-se que espaços estimuladores do diálogo, que valorizem a história de vida, a crença e a cultura de cada indivíduo, proporcionem o desenvolvimento de práticas de cuidado. Assim, torna-se importante estudar como o psicólogo oportuniza espaços de cuidado na UBS, uma vez que ela propõe a aproximação do profissional de saúde à realidade de vida da população.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo realizar um estudo sobre a Atuação do Psicólogo em Unidades Básicas de Saúde (UBS), analisando a atuação profissional através do processo de acolhimento e o processo de institucionalização da psicologia na saúde pública e tendo como objetivos específicos estudar a história do SUS e da Rede Psicossocial; estudar a ideia de Acolhimento para a Saúde Pública Brasileira e pesquisar o Acolhimento na Rede de Atenção Psicossocial. E tendo como pergunta norteadora: Como o conceito de acolhimento no contexto das UBS se articula ao campo da psicologia, o que pode a psicologia contribuir com o conceito de acolhimento nessa perspectiva?

Dado o objetivo da pesquisa, optou-se por um estudo bibliográfico, por meio de pesquisa de levantamento, onde segundo Oliveira (2002) é utilizada para que consista na observação dos acontecimentos tais como ocorrem fluentemente, na coleta de dados e no registro de fatos que supostamente serão analisados depois. Sendo então assim feito, para que após a coleta de informações em livros e sites, possa ser construída uma reflexão crítica sobre os resultados encontrados.

Em sua vertente qualitativa, a análise de conteúdo, a partir destes pressupostos, serve como suporte à captação do sentido simbólico presente no texto. Para que se possa realizar a delimitação dos dados de maior significância os objetivos do estudo devem estar claramente definidos. Do mesmo modo, importante esclarecer que a percepção do conteúdo, especialmente as inferências dependem também dos objetivos propostos.

O presente trabalho está estruturado em 3 partes. A primeira parte apresenta uma visão do tema investigado, especificando a fundamentação teórica desenvolvida a partir da bibliografia pesquisada, onde será analisado o conceito de SUS e da Rede de Atenção Psicossocial. A segunda parte descreve o Acolhimento no SUS e na Rede Psicossocial, e o função do psicólogo ao longo da história; e a terceira e última parte a apresenta a conclusão do TCC.

CAPITULO I

2 A HISTÓRIA DO SUS E A HISTÓRIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL

2.1 A história do sistema único de saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de debates relacionados à política de saúde realizados no decorrer dos anos de 1980 e 1990. O novo sistema vinha com a ideia de igualdade social e seria um sistema que atenderia a todos, ou seja, um sistema único e universal de saúde pública brasileira. Desta forma, contrapondo-se ao sistema anterior que dividia a sociedade brasileira em três classes: 1) a classe dos que podiam pagar pelo atendimento médicos; 2) os que recebiam tratamento através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo estes apenas os trabalhadores formais e seus dependentes; 3) os que não tinham direito algum (ALVES, 2009).

As ações que promoviam a saúde e preveniam doenças, cabiam ao Ministério da Saúde e eram realizadas por meio de campanhas de vacinação e controle de endemias que geralmente eram realizadas em caráter universal (Idem).

O movimento da reforma sanitária consolidou-se em 1986, na 8ª conferência nacional de saúde pela primeira vez mais de 5 mil pessoas estavam reunidas em busca da construção da cidadania, e lutando contra o modelo e as práticas de saúde preponderantes vigentes no atual sistema de saúde, nesta conferência foram decididas as mudanças necessárias para gerar um novo sistema de saúde mais acessível para população (Idem).

Os resultados apareceram no dia 05 de outubro de 1988, onde a nova constituição atestava as teses apresentadas e defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde. A mesma foi reconhecida como um direito de todos os cidadãos brasileiros, o artigo 196 também garantia ser dever do Estado promover o direito e instituir um sistema único de saúde que validaria o acesso igualitário e universal aos serviços de saúde (Idem).

A lei N.º 8.080/90 salienta que o sistema único de saúde deve ser constituído por normas que levem ao atendimento integral, garantindo ações e serviços públicos igualitários, sem preconceitos ou privilégios, deixando claro que o novo sistema se

livraria das barreiras econômica, a de distância dos serviços, o tempo de espera entre outras (Idem).

O sistema único de saúde promove a ideia de que paciente não deve ser visto como um sistema fragmentado e que é necessário vê-lo como ser complexo, que é formado por elementos biológicos, sociais e emocionais (Idem).

O SUS, até então, era visto como o protagonista das políticas públicas de saúde e o maior movimento sanitarista do país, tendo apresentado grandes desafios para as construções das políticas de estado da época. Isso significou a representação do SUS como um acordo entre Estado e Sociedade, selado na Constituição Federal, garantido a sua imutabilidade, mesmo ocorrendo mudanças de poder. Contudo a relação dos governantes com a máquina pública e a apropriação das políticas sociais tornam esta uma ação complicada (ELIAS, 2004).

No Brasil, ocorreram intervenções do Estado na saúde pública, desde o século XIX, porém só se mostrou mais atuante durante o período republicano. Como exemplo, dessas ações, podemos citar as intervenções sanitárias-urbanas realizadas no Rio de Janeiro e em Santos, no início do século XX, e as campanhas contra a febre amarela que devastavam estas cidades neste período, ações que resultaram em revoltas populares contra a vacina e seu criador Oswaldo Cruz (Idem).

O estado brasileiro queria um modelo de assistência à saúde, marcado pela Lei Eloy Chaves, a mesma sendo responsável, por regular metas para as pensões, aposentadorias e assistências médicas. O modelo imitava o já utilizado por estados europeus, mas com uma grande diferença, atendia apenas os trabalhadores dos polos mais ativos da economia (Idem).

A assistência médica previdenciária, foi utilizada pelo governo, como uma forma de regular a sociedade deixando claro a divisão social e colocando a população urbana, como privilegiada em relação à população rural, que na época era a maioria. A forma de gestão foi mantida até 1980, chegando ao ápice com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), após o golpe militar de 1964, o estado direciona suas atenções para o setor privado, visando a obtenção de maiores lucros (Idem).

Na década de 80, o setor privado começa a se consolidar na saúde, graças ao fim do ciclo de industrialização que vinha acontecendo desde 1930. Exatamente nesse mesmo período de indefinição econômica e com o ressurgimento da democracia, é que ocorreu uma importante mudança, nas políticas públicas de saúde, e em 1988, a

Constituição pela primeira vez, reconheceu a saúde como direito de todos, colocando assim como inerente à cidadania e o dever do Estado, mudando drasticamente as políticas públicas de saúde (Idem).

Essa mudança ao mesmo tempo que muda a relação estado/sociedade por desmercantilizar a saúde torna o setor privado menos forte, ou seja, a saúde, que era uma ótima forma de obtenção de lucro, passa a ser estendida a toda a população de forma universal e equitativa. O SUS sendo a política pública que visava combater a desigualdade social, torna-se o maior aliado da saúde pública brasileira, pois com sua criação, o governo legaliza os planos e seguros de saúde, deixando o SUS para população menos favorecida (ELIAS, 2004).

O SUS teve a sua efetivação a 28 anos, por conta da lei da Norma Operacional Básica (NOB 01-93). O SUS só se tornou realmente efetivado, após 10 anos de ter sido colocado na Constituição Brasileira, com a efetivação da lei NOB 01-93, e só então estados e municípios receberão transferências financeiras do fundo Nacional de saúde (Idem).

O Sistema Único de Saúde tem como fundamento, o atendimento médico a toda população, porém, para funcionar corretamente precisa de uma mudança no estado, ou seja, o Estado precisa deixar de incentivar a mercantilização da assistência médica e apenas desta maneira, a saúde deixaria de ser vista como mercadoria e passaria a ser uma necessidade social básica (Idem).

Segundo Paim (2009), quando o Brasil era uma colônia portuguesa, raramente um profissional via alguma vantagem em migrar para o Brasil, devido a necessidade de ser subordinado ao exército Português. Por conta dessas grandes dificuldades, o país só teve uma Santa Casa em 1543, graças a uma ação da igreja, pois, o governo omitia-se, com relação a saúde pública.

No ano de 1964, a época do regime militar teve início, e as mudanças na área da saúde foram para pior. Com o golpe militar, medidas antidemocráticas foram adotadas, o estado tornou-se mais omissivo, com a saúde da população e apenas os trabalhadores considerados legais, pelo governo tinham acesso a saúde (Idem).

A saúde não estava ligada a nenhum ministério específico, pois, está não era vista como um direito de todos os cidadãos, e as ações, ou projetos relacionados a saúde, eram inseridos em outros ministérios. Até que nos grandes centros urbanos, a saúde passou a ser vista, como uma questão social (Idem).

De acordo com Paim (2009), a saúde pública brasileira era dividida em três vertentes: a saúde pública, a medicina previdenciária e a medicina do trabalho. As três vertentes eram vistas como subsistemas, trabalhando de forma paralela, mas cada qual seguia um caminho diferente, antes do SUS, o acesso a tratamentos médicos era uma forma de divisão social. As instituições e organizações que realizam atendimentos médicos, tanto públicas, quanto privadas, atendiam apenas um grupo seletivo de pessoas, deixando milhões de brasileiros sem acesso a saúde.

Em 1975 a V Conferência Nacional de Saúde, foi realizada em Brasília, onde pesquisas e estudos foram realizados, estes mostravam que o Brasil possuía cerca de 71 órgãos, que realizavam ações ligadas a saúde. Os estudos realizados, apontavam uma insuficiência no sistema de saúde, ou seja, o mesmo estava mal distribuído e não solucionava os problemas da população, o governo militar censurou o estudo (PAIM, 2009).

Nessa mesma época, o movimento social, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB), reuniu estudantes, professores, estudiosos, entidades, servidores da saúde, entres outros, todos buscando a democratização da saúde e lutando para que a saúde fosse um direito de toda a população brasileira (Idem).

O SUS, foi instituído graças a Reforma Sanitária Brasileira, que reuniu diversas pessoas, de diferentes classes sociais, em busca do bem comum, ou seja, o SUS surge graças a sociedade, a proposta foi debatida no Congresso Nacional, algumas diretrizes e princípios do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), foram mantidas e em 19 de setembro de 1990, com a Lei Nº 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde e pela Lei Nº 8.142/90 (28/12/1990) o SUS, foi instituído no país (Idem).

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Esse direito está ligado à condição de cidadania. O SUS surge com a ideia de igualdade, onde todos devem ser tratados da mesma maneira, pois, todos são cidadãos e devem ter acesso a saúde, sendo este um dever do Estado (Idem).

1. O SUS é um sistema que é definido com um agrupamento de serviços e ações públicas, tendo uma rede regionalizada e com base hierárquica, possuindo diretrizes descentralizadas, íntegras e com participação popular. O sistema deve auxiliar e tratar todas as formas de doença. O Artigo 198 define o SUS como, "Ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
 - I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade". (PAIM, 2009, p. 43).

O SUS tem três principais princípios, a Universalidade, a Equidade e Integralidade, ou seja, o atendimento deve ser direcionado a todas as pessoas, deve ser imparcial e justo e deve ser completo. O SUS é organizado em um sistema hierárquico, descentralizado e com participação popular (Idem).

As formulações das políticas nacionais de saúde, ficam a cargo do Ministério da Saúde, colocando o Governo Federal, como o principal provedor econômico da rede pública de saúde, o restante do financiamento ficando a cargo de estados e municípios (Idem).

No ano de 2006, foi realizado um Pacto pela Saúde, sendo estabelecido que os municípios são responsáveis por aplicar os recursos próprios e os repassados pelo Estado e o Governo Federal. É importante ressaltar que o SUS não é apenas um projeto, onde há repasse de verbas do governo federal até o municipal, ou que este, é um sistema de saúde, destinado somente aos pobres e indigentes. O SUS vai além disso e auxilia na resolução de problemas da sociedade brasileira, dando e assegurando o direito à saúde a todos os cidadãos do país (Idem).

A vigilância epidemiológica é responsável por desenvolver atividades que levem a conhecer, detectar ou prevenir, fatores determinantes ou condicionantes, ligados a saúde de um indivíduo, ou de toda uma comunidade, com a intenção de proporcionar uma forma de prevenção, contenção e domínio da doença e seus agravantes. Já a vigilância sanitária, está voltada a produção de ações, que viabilizem o controle de produtos, que possam levar a eliminação ou a prevenção de riscos à saúde, como por exemplo, o controle sanitário de medicamentos, cigarros, bebidas, alimentos, etc. A saúde do trabalhador é propiciada e amparada pelas vigilâncias sanitária e epidemiológica. A assistência farmacêutica é responsável por procurar manter em bom estado, controlar, assegurar a qualidade, acompanhar e assegurar a obtenção de medicamentos (Idem).

O SUS possui uma base doutrinária que garante a Universalidade, a Equidade e a Integralidade do mesmo. Partindo deste ponto foi desenvolvido outros princípios de organização, como a hierarquização, participação popular e a descentralização. O SUS é constituído por órgãos municipais, estaduais e federais, podendo ser gerido de

maneira direta Ministério de Saúde (MS) e as secretarias municipais e estaduais) ou indireta (as fundações, autarquias e empresas públicas) (Idem).

O SUS é visto como um dos maiores programas de saúde pública do planeta, sendo um modelo diferenciado que possui ações preventivas e curativas, indo contra modelos tradicionais que apenas tratam das enfermidades. O MS desenvolveu o Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 1994, este garante uma assistência primária, fornecida por uma equipe, que possui uma médica, uma enfermeira e uma técnica em enfermagem e por agentes comunitários da saúde (ACS) (Idem).

As políticas nacionais de saúde são desenvolvidas pelo MS. Desta forma o Governo Federal Brasileiro arca com 50% das despesas do SUS, os outros 50% são responsabilidade de estados e municípios. Planejamentos, normativas, testes de controle para o SUS e a realização de tais projetos necessita do engajamento de toda a rede pública de saúde, tais como, Estados, Municípios, Organização não Governamentais (ONGs), entre outros (Idem).

O Sistema Único de Saúde é uma das maiores e melhores formas desenvolvidas pelo Estado como uma forma de solucionar e resolver os problemas da sociedade brasileira como um todo, garantindo o direito a saúde de toda a população e não só de “pobres e necessitados” como muitos creem (Idem).

2.2 A história da rede de atenção psicossocial

A história mostra que a saúde era conceituada como sendo o tratar de alguma enfermidade física ou não apresentar uma doença física. Não se falava em doenças mentais, a loucura era considerada uma maldição divina, referente a pactos com demônios, bruxarias, entre outras classificações (RIBEIRO, 1999).

As pessoas que apresentavam alguma anormalidade mental, eram consideradas fora dos padrões pré-estabelecidos, pois, não existiam dados científicos que justificassem tais disfunções mentais, os indivíduos que sofriam de alguma doença mental eram colocados em manicômios, onde passavam por diversos experimentos, que podiam ser considerados como métodos de tortura, muitas vezes levando ao óbito (Idem).

Loucos, deficientes físicos, portadores de doenças crônicas, entre outras diferenças, que fugiam ao padrão social do considerado aceitável, era tido como disfunção, por não colaborar para com a economia. Os manicômios foram criados com

a intenção de excluir as pessoas com distúrbios mentais da sociedade, por serem consideradas um perigo para sociedade (Idem).

O Hospício de Dom Pedro II, por ordem do imperador, foi aberta em 1852, sendo a primeira organização social, para lidar e tratar pessoas consideradas loucas. Segundo Ribeiro (1999) as instituições foram abertas por conta do crescimento populacional excessivo, o que deu origem a muito moradores de rua, que representava perigo para sociedade e foram levados para a instituição. A instituição, não era legalmente considerada um local de assistência e cuidados mentais, pois os indivíduos internados sofriam maus tratos, abusos e viviam em condições miseráveis.

Karl Marx foi um filósofo, sociólogo, economista, jornalista e teórico político alemão. Junto a Friedrich Engels, elaborou uma teoria política que embasou o chamado socialismo científico. Suas contribuições para a Filosofia Contemporânea incluem, além da análise social e econômica, um novo conceito de dialética, baseado na produção material da humanidade. Marx influenciou o pensamento crítico em relação aos métodos de tratamento brasileiro, Belmonte (1996) declara que a primeira Reforma Psiquiátrica do Brasil aconteceu graças a influência do ideal liberal da República. A primeira Reforma teve como base as já realizadas em colônias europeias, estas declaravam e incentivaram uma relação entre o “louco” e a sociedade pois, acreditava que essa forma de inclusão, funcionava como tratamento terapêutico.

A Liga Brasileira de Higiene Mental posicionou-se a favor do aprimoramento e reconstrução da assistência psiquiátrica apenas no ano de 1923. O Serviço de Assistência aos Doentes Mentais só começou a atuar quatro anos depois gerindo hospitais do Rio de Janeiro, em sequência, no ano de 1930, o Ministério da Educação e Saúde integra-se com a assistência à saúde mental (RIBEIRO, 1999).

O país sempre apresentou problemas na área da saúde, neste período de 1960 a 1989, a inflação estava alta, o país enfrentava uma crise econômica, sofrendo com um regime militar e apenas os contribuidores da medicina previdenciária e seus dependentes, tinham acesso à saúde. Neste período, diversos movimentos começaram a surgir, cobrando um melhor posicionamento em relação às questões sociais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Um dos movimentos que receberam mais destaque foi o da Reforma Sanitária, movimento composto por trabalhadores da área da saúde e pela sociedade, o movimento promovia a ideia de uma reforma na assistência médica, oferecida pelo

país, com o intuito de garantir o acesso de todos, a uma boa rede de saúde, de forma gratuita, igualitária e universal (Idem).

Nesse contexto, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a oitava CNS, em 1986. Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 25).

A partir da criação do SUS, o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) evidenciou a importância sobre a ampliação do conceito de saúde:

(...) a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

Com todo o movimento da Reforma Sanitária, as conferências e encontros relacionados com a busca da construção de um novo sistema, acabaram impulsionando a discussão sobre o papel do profissional da saúde mental, iniciando-se assim a Reforma Psiquiátrica. De acordo com Belmonte (1996) a Reforma Psiquiátrica foi inspirada pelos experimentos realizados por italianos, fazendo com que novos métodos de tratamento fossem desenvolvidos nos anos 70 no país. O modelo baseava-se na ideia de criar postos de atendimento 24 horas por dia, para atender toda a população. O movimento da Reforma Sanitária fortaleceu-se ao unir-se ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), os movimentos denunciaram os maus-tratos sofridos pelos indivíduos internados em manicômios e elaboraram uma proposta de uma nova assistência à saúde mental no II Congresso Nacional de MTSM em Bauru – SP, em 1987. O Ministério da Saúde (2011) declara que o lema do movimento era “Por uma sociedade sem manicômios”, a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1995).

A reforma Psiquiátrica foi um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, incidindo em territórios diversos tanto nos governos federal, estadual e municipal quanto nas universidades, mercados de serviços de saúde, conselhos profissionais, associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares e nos territórios da opinião pública. (AMARANTE, 1995, p. 103)

O primeiro Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), em São Paulo e outras instituições de atendimento à Saúde Mental, começam a ser criadas neste período, todas com a intenção de reinserir os indivíduos internados na sociedade.

A verdade é que, na prática, propostas começaram a ser construídas e, dentre elas, algumas pioneiras, como: os cinco Núcleos de Atendimento Psicossocial (NAPS) em Santos – SP, dando total cobertura de atendimento 24 horas por dia; o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) em São Paulo, um dos pioneiros a ser criado, em 1984; a Nossa Casa em São Lourenço do Sul (RS); o Hospital-Dia da UFRJ (RJ); a Casa D'Engenho, também no Rio de Janeiro, e ainda o Naps/Jurujuba (RJ), o Cais/Angra dos Reis (RJ), a Pensão Nova Vida (PA) e a Recepção Integrada ao Hospital Psiquiátrico Phillipe Pinel, que trabalha com a emergência psiquiátrica sob uma prisma totalmente diferente. (BELMONTE, 1996, p. 167).

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988, é um marco para a saúde pois a institui como um direito fundamental sendo um direito de todos e dever da união garanti-lo, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

O SUS foi criado em 1990, por meio da Lei Federal 8.080 selando a garantia de saúde como um direito de todos e política pública a ser garantida pelo Estado determina sua organização e reformula a forma de assistência em saúde por meio de sua promoção, proteção e recuperação, reforçando a ideologia da Reforma Psiquiátrica e os direitos dos usuários de saúde mental. O Deputado Paulo Delgado da entrada no congresso em 1989, com um projeto que marca a busca por direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no Brasil (BELMONTE, 1996)

Posteriormente, surge o projeto de lei Paulo Delgado (1989), o qual propõe a substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e discute a cidadania do louco, abrindo o debate não apenas entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. (BELMONTE, 1996, p. 167).

A Lei 10.216 foi sancionada apenas em 2001, sendo apresentada como a Política Nacional de Saúde Mental, responsável por redirecionar a assistência em saúde mental e dispor sobre a proteção e direitos das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2011).

A Reforma Sanitária passou por diversos pontos importantes, uma dessas conquistas foi o governo brasileiro selar a Declaração de Caracas, na Conferência

Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Programas foram criados buscando disseminar o tratamento sem a isolamento do paciente, mas sim apoiando e incentivando o convívio familiar e social com a intenção de reabilitar os pacientes que foram mantidos em manicômios, um exemplo é programa “De volta para a casa” instituído pela Lei no 10.702/2003 (BELMONTE, 1996).

Levando em conta a longa trajetória que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, tiveram para compreender a RAPS, é necessário entender o SUS. O SUS é o sistema de saúde, que vai contra a forma habitual de lidar com as doenças, pois apresenta um foco nos determinantes e condicionantes da mesma, ou seja, antes de tratar a doença leva-se em conta o que a causou, pois o sistema entende que a economia e a sociedade em que o indivíduo está inserido afetam a sua saúde de forma direta ou indireta. Desta maneira, o sistema investe em atos que promovem a prevenção e estabelecem os níveis de atenção primária, secundária e terciária. A LEI 8.080 declara que é fundamental que o SUS garanta a integralidade das ações e serviços de saúde articulado para cada nível de gravidade, ou seja os casos são atendidos de acordo com a gravidade (BELMONTE, 1996).

Os três níveis de atenção devem dialogar entre si, complementando-se com a intenção de atuar de forma integral fornecendo a população um total acesso a saúde. A Rede de Atenção à Saúde – RAS, é formada por ações, programas e serviços de saúde está foi regulamentada pela Portaria No 4.279 de 2010 que estabelece as orientações para sua organização no SUS, intenciona formular estratégias de enfrentamento aos desafios e para proporcionar uma assistência à saúde de maneira eficaz para os usuários.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2010, p. 2)

Após toda a luta, a Lei 10.216 no Art. 4, garante que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares mostrarem-se insuficientes. Com a intenção de garantir que os direitos previstos pela

Lei 10.216 Art. 4, sejam seguidos a RAPS no campo de atuação do SUS (BELMONTE, 1996).

A RAPS foi instituída através da Portaria no 3.088 de 2011 e deixa claro, que a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde mental e objetiva:

- I – ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II- promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III – garantir a 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, 2011).

Como parte do SUS, a RAPS conta com os serviços e dispositivos de atenção baixa, média e alta complexidade, sendo subdividida por Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Provisório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BELMONTE, 1996).

A Atenção Básica em Saúde tem como principal objetivo “desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” atua na RAPS na forma de Unidades Básicas de Saúde e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Das políticas de saúde fornecidas pelo SUS o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) era voltado para que profissionais da psicologia exerçam suas funções, sendo necessário averiguar o lugar do psicólogo em relação a NASF.

O NASF foi desenvolvido pela portaria 154/2008, “tendo por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (BRASIL, 2009, p. 10), essa política divise-se em duas, NASF 1 – onde a equipe é constituída por pelo menos cinco profissionais de nível superior, devendo vincular-se a um número de 08 a 20 equipes de Saúde da Família; e o NASF 2 – composto por três profissionais de nível superior e vinculado, no mínimo, a 03 Equipes de Saúde da Família e, no máximo, a 20.

A equipe da NASF era constituída de acordo com as necessidades dos locais onde estás atuaram, e levando-se em conta os profissionais disponíveis. Mesmo tendo está base a portaria indicava que tivesse um psicólogo em cada equipe, devido ao crescente número de pessoas com transtornos mentais.

Nesse sentido, suas ações foram voltadas para as seguintes áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares. Importante ressaltar que o detalhamento dessas áreas não se configura foco deste estudo.

O NASF atuava de forma diretamente ligada as necessidades encontradas no meio social, procurando promover, prevenir e reabilitar mesmo após a cura (BRASIL, 2009, p. 13).

A Estratégia Saúde da Família teve uma expansão enorme no Brasil por conta, principalmente, dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde que impulsionaram o estabelecimento de equipes. Com o tempo, isso foi incorporado aos NASF.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008, com o intuito de ter mais abrangência, e aumentar o público alvo das atividades de atenção básica a fim de oferecer apoio a saúde familiar na rede pública de serviços. A ideia principal é que profissionais de diferentes áreas do conhecimento trabalhassem conjunto para que compartilhassem o conhecimento da área de saúde entre si (REIS, MENEZES, 2020).

A proposta do NASF foi inovadora, seguindo um caminho oposto ao que estava acontecendo no momento na atenção básica. Contudo no ano de 2016 foi observado diversas disparidades na formação dessas equipes de atendimento o principal problema era a anulação da necessidade de assistência e pedagogia atuarem em conjunto, nas equipes que deveriam ter os profissionais das duas áreas normalmente só apresentava o de uma o que tornava a atuação complexa (Idem).

Em 2017 o NASF é renomeado e passa a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) a base de apoio foi redirecionada, mas ainda assim seu nome a definia. Por fim em 2019 o governo lança o Previne Brasil que interfere de forma direta no NASF-AB (Idem).

Após essa nova mudança o repasse dos recursos necessários para o funcionamento do NASF-AB não dependiam mais do número de pessoas que compunham as equipes ou o número de equipes, fazendo com que os recursos federais não tivessem um número fixo e variassem, levando o NASF-AB ao fim mesmo o Ministério da Saúde afirmando que não (Idem).

No que diz respeito a Atenção Psicossocial Especializada podemos destacar os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial que é uma das políticas de saúde que

compõe o SUS. O CAPS é um ambiente de referência e que promove e possibilita o tratamento de pessoas com diversas enfermidades mentais e dependência de substâncias psicoativas:

(...) constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. (BRASIL, 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial tem por objetivo o fornecimento de atendimento, para a população da área em que atua, com o CAPS, é realizado um acompanhamento, e estes buscam sempre a reinserção do indivíduo na sociedade, através do restabelecimento do vínculo familiar, rerepresentação ao mercado de trabalho, formas de lazer entre outros pontos fundamentais. Serviço criado e desenvolvido para acabar com as internações em hospitais psiquiátricos (Idem).

O CAPS deve fornecer atendimento durante o dia e caso haja necessidade atendimento durante a noite também. O ambiente tem o dever de ser terapêutico, porém deve promover um conforto e transmitir acolhimento aos usuários desestruturados e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O paciente precisa ser acolhido e aceito principalmente em um momento de crise sendo umas das principais funções do CAPS acolher e evitar que o paciente seja internado em instituições que procurem retirá-lo da sociedade (Idem).

Os diferentes tipos de CAPS são:

- CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (Idem).

A Portaria Nº. 3.088 (2011) define os serviços de Atenção à Urgência e Emergência como “responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. São elementos deste ponto de atenção, o SAMU 192, Salas de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Prontos Socorros.

A Atenção Hospitalar é realizada em Enfermarias especializadas dos Hospitais Gerais que oferecem tratamento hospitalar para casos graves e o Serviço Hospitalar de Referência que oferece suporte aos usuários por meio de internações de curta duração e atendimento com indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica até sua estabilidade, respeitando-se os direitos dos usuários garantidos pela Lei Nº. 10. 216 e pelo SUS (BRASIL, 2011).

Como Estratégia de Desinstitucionalização encontram-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (STR) que recebem “pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia” (BRASIL, 2011), e o Programa De Volta para Casa.

Também estão presentes na RAPS, como Estratégias de Reabilitação Psicossocial, as Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e os Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais que visam a inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso álcool e outras drogas.

De acordo com o que foi exposto, os serviços especializados de saúde mental não realizam um trabalho isolado, pois a ação fragmentada e setorializada das políticas não consegue atender as dificuldades das demandas presentes na realidade dos usuários. As ações e serviços da rede coordenam e promovem o cuidado em conjunto com outros dispositivos e integram outras redes de atenção das diversas políticas públicas. As políticas precisam promover a articulação para serem resolutivas e propiciarem atendimento integral e eficaz para os usuários. Esta articulação é dita como intersectorialidade e é um importante instrumento de gestão para consolidação da cidadania e para a construção de melhorias nas políticas públicas através da participação social (JUNQUEIRA, 2004)

A intersectorialidade pressupõe a troca de saberes e experiências entre os dispositivos numa perspectiva de resposta aos problemas sociais em sua

totalidade. A intersetorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim dos direitos sociais; é uma nova maneira de abordar os problemas sociais. Cada política social encaminha a seu modo uma solução, sem considerar o cidadão na sua totalidade e nem a ação das outras políticas sociais, que também estão buscando a melhoria da qualidade de vida. (JUNQUEIRA, 2004, p. 27).

As Unidades Básicas de Saúde surgiram da necessidade de prestar um acompanhamento as famílias de forma eficaz, tendo como principal função a restauração e manutenção da saúde e da vida, a partir da combinação de cuidados prestados de toda uma equipe em que cada membro usa seu conhecimento em na resolução das demandas e no atendimento ao paciente, ou seja, uma equipe multiprofissional.

Os serviços de saúde e suas estruturas influenciam o trabalho dos psicólogos, que podem, entretanto, encontrar linhas de escape nesse contexto e buscar alternativas que não as tradicionalmente previstas para as situações. Por meio dessas linhas de escape, os trabalhadores podem modificar determinadas realidades, utilizando os próprios recursos previstos nos serviços, empregando uma visão social – e não apenas biológica - do corpo, assim demonstrando o entendimento da determinação social do processo saúde-doença, proposta na Saúde Coletiva.

Dessa forma compreendemos o SUS, como a resposta do governo para sociedade que lutava contra a desigualdade social, devido a saúde ser um direito apenas de ricos e pessoas que trabalham de carteira assinada e seus dependentes, a outra parcela da população ficava exposta sem auxílio para lidar com os problemas de saúde. Porém toda as mudanças que originaram o Sistema Único de Saúde não surgiram de uma hora para outra na realidade foram debatidas a partir de 1980 a 1990.

As únicas ações que geralmente atingiam toda a população eram as campanhas de vacinação e controle de endemias que eram dirigidas pelo Ministério da Saúde. O movimento que lutava para que todos os brasileiros tivessem acesso a saúde de forma gratuita recebeu o nome de Reforma Sanitária e só foi consolidado em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde que reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do estado.

Ao analisar a saúde, partindo de um pressuposto de uma contextualização histórica, se torna possível perceber que as ações preventivas curativas, podem ser elencados, pois se percebe que aconteceram melhorias no experimento de universalizar as ações de saúde como atendimento universal e integral inserido pelo

SUS, o aumento da eficiência no atendimento às questões epidemiológicas e sanitárias, a base democrática dos conselhos de saúde e outros.

A saúde pública na atualidade concentra sua ação a partir da ótica do Estado com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social e política das populações. Na concepção mais tradicional, é a aplicação de informações, com o desígnio de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e categóricos do processo saúde-doença controlando a incidência de doenças nas populações por meio de ações de vigilância e interferências governamentais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é avaliado como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, muitas vezes exemplificado como modelo para outros países. Frequentemente, quando se discursa sobre o SUS, ficam associadas situações como problemas de acesso, longas filas, questões de infraestrutura inadequada, que o sistema não responde as necessidades de toda população, falta de medicamentos, falta de médicos, até mesmo falta de hospitais que atendam a toda a população, são pessoas morrendo dentro dos hospitais por falta de equipamentos necessários para atender toda a demanda, a superlotação ocasiona a falta de leitos, dentre outros problemas. Os questionamentos são importantes para que possam ser discutidas e enfrentadas as questões de modo a trazer melhorias para a sociedade. No entanto, o SUS também precisa ser visto do ponto de vista da amplitude de ações que ele conglomera, como as de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

CAPITULO II

3 O ACOLHIMENTO NA SAÚDE E O ACOLHIMENTO NA REDE PSICOSSOCIAL

Em 1948, a ONU apresenta a Declaração Universal dos Direitos Humanos, fazendo com que a discussão sobre direitos sociais e de saúde ganhasse espaço, pois a declaração deixa claro que todas pessoas tem direito a saúde e bem-estar.

O posicionamento do Brasil veio em 1988 através da constituição que estabeleceu a saúde como direito social fundamental, assim a saúde passou a ser um direito universal, e políticas econômicas e sociais foram desenvolvidas para que este direito fosse garantido.

No ano de 2003 foi sancionada a Política Nacional de Humanização (PHN), com a intenção de mudar a formas de gestão e cuidado. A humanização do Sistema Único de Saúde tem como ideia fundamental trazer princípios do cotidiano para dentro de hospitais, postos de saúde entre outros pontos de atendimento. A hierarquia estabelecida nos ambientes de trabalho pode anular a autonomia e o afeto disponibilizado para com usuários do sistema público de saúde, essa nova política procura desestimular tais práticas que provem a desumanização através da comunicação entre os trabalhos da área de saúde e a população que busca atendimento.

A PNH teve como projeto, um SUS com novas maneiras de fazer saúde, convocando trabalhadores, líderes do campo de gestão, de cuidado e de gestão de processo de trabalho, para discutirem a humanização, para garantir que a população seja tratada como um ser humano digno.

Segundo a PNH a inclusão das diversidades encontradas na comunidade na forma de gerir e cuidar, que resultam em mudança na prática são classificadas como humanização. Observa-se que estas formas de inclusão devem ser voltadas para atingir o coletivo e não determinados indivíduos.

A humanização vai além de prestar um bom serviço, ou ser empático, tem a ver com ter respeito pelas peculiaridades de outro indivíduo, sua forma de agir em relação aos acontecimentos e tornar mais acessível a saúde e as informações com relação ao serviço.

humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou

grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho BRASIL, 2013, p. 4).

3.1 O acolhimento na saúde

Um novo processo foi desenvolvido, este processo foi denominado acolhimento sendo a base ética para o PNH, sendo entendido como um arranjo ou processo de trabalho. Desde que o SUS e o estruturamento da Atenção Psicossocial, o acolhimento é visto como guia de sentido para as ações de saúde, e como ponto primordial do atendimento pois está intimamente ligado as propostas de humanização do SUS.

O acolhimento no geral é o ato de escutar e da atenção ao usuário do serviço público de saúde, pois está apresentando alguma dor ou incômodo, e o profissional é responsável por criar um ambiente em que o indivíduo possa se sentir confortável, para expor o que está passando.

O acolhimento é a primeira linha de contato entre a população que busca atendimento e é uma das mais importantes diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS. O acolhimento pode ser visto também como uma forma de construção da humanização dos cuidados terapêuticos.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013, p. 7 e 8).

O acolhimento é um processo que é composto por quatro dimensões, sendo elas ética, relacional, técnica, e a política, cada uma se responsabiliza por ações que matem o acolhimento como a ação principal do projeto terapêutico institucional.

É muito relevante que o acolhimento seja visto como um momento de escuta, e que neste espaço há momentos terapêuticos, ainda mais se o paciente estiver enfrentando problemas psíquicos.

As necessidades do sujeito devem ser levadas em conta a partir do momento em que este adentra uma unidade básica de saúde até o atendimento de fato, este deve ser realizado em uma sala onde esteja apenas o usuário e o profissional que

está realizando o seu atendimento, mas na prática na rotina do trabalho o acolhimento é feito desde que o paciente adentra a unidade básica de saúde e esse acolhimento pode ser realizado com um acompanhante alguém da família isso vai depender da situação de adoecimento do paciente.

A escuta é o método principal de todo acolhimento através dela o profissional vai compreender tudo pelo que o paciente está passando, mesmo que este omita alguns detalhes.

Desta forma um vínculo é criado entre usuário e profissional. De um lado temos um usuário com suas demandas e do outro encontramos um profissional que mostra se importa com tais demandas sendo capaz de buscar a melhor forma de realizar o atendimento.

O atendimento apresenta como base ouvir o usuário, e a dedicação do profissional para que um vínculo seja criado entre o usuário e o serviço de saúde. Este vínculo torna possível ao médico um maior conhecimento do indivíduo em relação a suas prioridades, e ajuda na hora do médico propor um tratamento pois este vai buscar um tratamento que seja melhor aplicado para doença e para o indivíduo levando em conta sua renda para que este possa manter o tratamento, sem mais dificuldades.

Para que um vínculo seja desenvolvido é importante que seja levado em conta mais do que os aspectos biológicos do usuário, deve haver uma interação com conexão emocional sem envolver todas as formalidades que normalmente são encontradas nestes ambientes, este método com excesso de formalidade não aproximam os usuários, mas criam um muro que os afastam dos profissionais de saúde.

Quando o usuário percebe que o profissional de fato se preocupa com o que lhe aflige ele se sente mais seguro e disposto a desenvolver uma ligação com aquele profissional para que possa desabafar sobre tudo o que o está incomodando, com essa aproximação o profissional pode tomar decisões mais acertadas em relação a saúde daquele indivíduo.

Com a criação deste vínculo, a confiança do usuário no profissional de saúde vai aumentando e passa a falar mais abertamente sobre os motivos que o levaram até a unidade de saúde, desta forma o atendente tem uma visão mais ampla do quadro de saúde deste indivíduo.

Lembrando que o vínculo não é formado de forma instantânea, na realidade ele é desenvolvido pouco a pouco, e se o usuário se sentir intimidado logo num primeiro

momento ele pode não retornar mais a unidade, ou seja é preciso que no primeiro encontro o paciente receba o melhor tratamento possível e que os esforços para que este confie nos profissionais que lidarão com ele sejam eficientes.

O acolhimento pode e deve ser visto como uma ferramenta que pertence as unidades de saúde que é utilizada exclusivamente para a criação de um vínculo entre o profissional de saúde e o usuário que traz as suas demandas e necessidades até a unidade que é responsável por auxiliá-lo com estas questões. O acolhimento deve focar principalmente nesta relação entre esses dois sujeitos.

Segundo Roger (2001, p. 489) o diálogo só pode ser considerado real se o paciente for escutado com compreensão, procurando colocar-se no lugar do paciente, compreendendo melhor a sua dor.

O acolhimento deve ser realizado sem pressa sem correria, o profissional deve escutar tudo o que o indivíduo tem a falar, pois isso o auxiliara num futuro diagnóstico, ou seja, ao apresentar todas as suas necessidades o paciente estará compartilhando toda a sua angustia e sofrimento.

Com essa demonstração de preocupação do profissional para com o usuário este se vê mais aberto para as possíveis intervenções que poderão ser realizadas em relação a sua saúde, pois sente que o profissional que está ali não tem como meta apenas cumprir os seus serviços, mais se importa realmente com o indivíduo que está ali buscando auxílio.

Carl Rogers define as atitudes facilitadoras como: consideração positiva incondicional, compreensão empática e congruência. O terapeuta deve visualizar seu cliente como o mesmo se apresenta sem julgamentos ou preconceito observando apenas seu valor como pessoa. Procurar compreender o cliente é muito importante o terapeuta deve ao máximo mergulhar na visão de mundo do cliente vendi como o mesmo vê, pensando da mesma forma, e ao mesmo tempo apresentando congruência que é a autenticidade do terapeuta ao fazer perguntas que levam o cliente a reflexão (ROGERS, 2009).

Para a PNH acolhimento é o reconhecimento que as demandas relacionadas a saúde trazidas por outros sujeitos, são realmente necessidades que precisam ser atendidas. O acolhimento tem como base a relação construída pela equipe para com o usuário, que para se sentir acolhido precisa encontrar um ambiente que transmita confiança e segurança (BRASIL, 2013).

O acolhimento deve ir além do campo da psicanálise pois seus fundamentos são aplicáveis em todas as áreas da saúde. O acolhimento é o primeiro contato do indivíduo com o atendimento de saúde e é classificado como o principal organizador das etapas do atendimento à saúde, possibilitando mais autonomia ao sujeito em relação a sua saúde.

É importante ater-se ao fato de que o acesso e a acessibilidade a saúde devem ser garantidos, mas o que seria esse acesso. Acesso é definido Souza (2008), como “o alcance do uso adequado dos serviços para o atendimento das demandas dos usuários. Ou seja, é a forma com que a pessoa experimenta o serviço de saúde ao procurá-lo”. Já a acessibilidade é caracterizada pela possibilidade de as pessoas chegarem aos serviços de saúde, mais relacionada à existência ou não de unidades de saúde no local e ao transporte adequado para tal (STARFIELD, 2004).

É importante lembrar que os indivíduos lidam com exames de rotina e consultas de prevenção de forma diferentes, geralmente as mulheres preocupam-se mais com essas formas de prevenir-se muito se deve ao fato que estas são instruídas desde a juventude da importância desses cuidados. Os homens por outro lado costumam procurar atendimento médico apenas em casos graves, como dores fortes e acidentes, e ignoram exames preventivos e de rotina. Diante destas situações o preparo da equipe é muito necessário pois se o indivíduo se sentir acolhido e perceber que suas demandas por mais que simples são tidas como importantes faz o usuário ater-se ao fato de que o serviço público de saúde visa realmente o bem-estar da População (BRASIL, 2013).

A princípio o acolhimento é apresentado como base ética norteadora do processo de mudança nas políticas de atenção disponibilizada aos usuários do Sistema Único de Saúde, contudo suas atividades estão ligadas a outras práticas. O acolhimento apresenta um conjunto de ações que podem ter mais de uma forma de cuidar sendo as formas complementares e interferentes os principais modelos de atendimento.

As diversidades de modos de atendimento são necessárias e importantes, pois cada indivíduo apresenta uma necessidade e cada equipe se apresenta e presta atendimento da melhor forma possível. Ou seja, a exposição do acolhimento em um primeiro momento não atende e supre todas as necessidades do usuário.

O acolhimento do qual falamos está sendo construído ao longo da história da saúde no país, para que este seja compreendido por completo é necessário que sua origem e desenvolvimento sejam analisadas.

3.2 Acolhimento na rede psicossocial

O acolhimento é o primeiro procedimento realizado no CAPS como nas outras bases dos serviços de saúde. Nesse caso o atendimento é direcionado para dar suporte aos usuários com transtornos mentais, e buscar incentivar que esse indivíduo mantenha seus laços com a comunidade em que está inserido e servir de apoio para busca de independência e autonomia do mesmo (FIGUEIREDO, 2000).

O acolhimento é o primeiro contato que o indivíduo e seus familiares, que são importantíssimos no processo com o CAPS e precisam sentir que estão em um ambiente solidário, empático e seguro para que seja estabelecida uma boa relação, o preparo da equipe é fundamental para este processo funcionar corretamente (Idem).

Esse primeiro atendimento no CAPS é realizado por vários profissionais que forma uma equipe multifuncional e atendem em conjunto sendo necessário muito tato por parte destes profissionais, a equipe deve procurar ter um bom relacionamento para lidar com as opiniões divergentes da melhor forma possível.

decantar a demanda no sentido de não atender rapidamente ao pedido inicial; relativizar o pedido de medicação, oferecendo também outras possibilidades; priorizar o diagnóstico da situação sem abandonar o diagnóstico psicopatológico, entendendo que o primeiro de algum modo inclui o segundo. Essa ideia remete à possibilidade de convocar o sujeito a participar do processo de tratamento, deixando de ser tomado apenas como um depósito de sintomas a serem extirpados pelos profissionais (e pela medicação) e tornando-se um agente na compreensão desse processo, adquirindo poder de conduzi-lo através dos profissionais (FIGUEIREDO, 2000).

A partir da década de 1970 até a de 1980 uma reforma psiquiátrica foi desenvolvida, como resultado uma política de base não-manicomial foi desenvolvida e em 1986 as redes de atenção à saúde mental dos municípios do país estão se estruturando de forma descentralizada. Por meio desta nova rede de atendimento a saúde mental os Centros de Atenção de Psicossociais (CAPS) foram implementados sendo de fundamental importância.

A portaria 399/GM, publicada em 19 de fevereiro de 2002 definiu que o CAPS deve atuar como um serviço diário ambulatorio que atua de acordo com as necessidades do município em que está inserido. Esta nova forma de visualizar a saúde mental observa e leva em conta fatores sociais, culturais e políticos ao realizar o atendimento ao invés de atuar de forma genérica e desta forma supre realmente as necessidades do indivíduo que a utiliza.

O CAPS promove uma ideia de que o paciente atue como o protagonista do seu tratamento auxiliando na tomada de decisões em relação ao mesmo, levando em conta o caráter orgânico da doença do indivíduo, porém e considerado a importância deste indivíduo dentro do seu grupo familiar e social. Desta maneira o indivíduo não é tratado como um ser em sua própria dimensão e sim como indivíduo plural que todos somos, o CAPS envolve no tratamento família e sociedade seguindo o caminho oposto ao que era utilizado como tratamento mental nas décadas anteriores a sua existência.

O CAPS como prevê a lei utiliza de psicoterapias, laborterapias, socio terapias e um amplo sistema com meios de reintegrar o indivíduo a sociedade, indo além e ofertando medicamentos, diferentes abordagens para momentos de crise e de situações graves e persistentes. Mesmo o CAPS sendo uma forma de auxiliar o indivíduo que tem alguma doença mental é necessário sempre está revendo as práticas utilizadas, pois o excesso de auxílio pode afetar o desenvolvimento do indivíduo de forma negativa ao fazê-lo se acomodar.

O Projeto Terapêutico Singular, segundo a Política Nacional de Humanização – PNH (2010) é um “conjunto de propostas e terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.” (BRASIL, 2010, p. 40).

O Projeto Terapêutico Singular – PTS abrange diversos conceitos, no entanto nós buscaremos compreender mais os temas a seguir: acolhimento, tratamentos medicamentosos, acompanhamentos especializados, atividades oferecidas, a participação da família e do usuário na construção do PTS, encaminhamentos/uso da rede/RAPS (BRASIL, 2007; OLIVEIRA, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH o PTS é classificado como um “conjunto de propostas e terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.” (BRASIL, 2010, p. 40). O mesmo atua de maneira

diferente do comumente utilizado para cuidar da saúde mental, pois proporciona o cuidado além de medicamentos e do diagnóstico do indivíduo que se trata pelo CAPS.

O PTS é uma ferramenta da rede de saúde mental, podendo ser utilizado de diferentes formas. Por exemplo no CAPS cada indivíduo é avaliado pelo PTS pois este funciona como um analisador, contrapondo-se a forma que o PTS é utilizado pela atenção básica, onde o indivíduo é avaliado e se atender a determinados pré-requisitos é construído um PTS este determinado caso, pois nem sempre é necessário o uso do PTS para todos os indivíduos que utilizam a atenção básica.

Sabe-se que o PTS deve ser centrado em todas as necessidades do paciente, sendo flexível e aberto às mudanças que ocorrem ao longo do tempo, além de ser reavaliado constantemente, sendo que esse tempo deve ser no mínimo possível.

Tendo em mente que todos os usufruidores do CAPS passam pela construção de um Projeto Terapêutico Singular – PTS, e que o projeto tem como base mais humanização do ato de cuidar e a integralidade do indivíduo, podemos observar os seguintes processos: diagnóstico situacional; definição de metas e objetivos; a divisão de tarefas e responsabilidades e a reavaliação do PTS (BRASIL, 2007; OLIVEIRA, 2008). Cada fase do processo é dirigida por um técnico de referência que consulta os profissionais indicados e os diferentes serviços disponíveis para que o usuário tenha uma experiência completa no CAPS.

O PTS tem como núcleo o atendimento que supre todas as necessidades do paciente, ou seja, o Projeto Terapêutico Singular – PTS está sujeito a mudança de acordo com as necessidades do usuário, e deve ser reavaliado rotineiramente tendo como tempo ideal o mais curto possível (Idem).

Neste primeiro contado a procura do diagnóstico, é fundamental que tenha a equipe multifuncional, contudo não é o único ponto importante, sendo necessário o entendimento total do usuário, para que um vínculo seja desenvolvido com o desde o primeiro encontro e mantido durante todo o processo. E caso o usuário esteja impossibilitado de ir até a sede do CAPS, um profissional deve ir até ele em sua residencial, essa solicitação deve ser feita por um familiar ou responsável pelo indivíduo (FIGUEIREDO, 2000).

A Reforma Psiquiátrica e seus novos modelos dos processos de trabalho, busca métodos de torna a assistência à saúde, mais eficiente, buscando modificar a forma como o usuário é visto em relação ao atendimento disponibilizado, levando a

revisão do papel e representação do acolhimento em relação a assistência à saúde mental (FERNANDES; FREITAS, 2009).

As clínicas psiquiátricas antes da reforma atuavam num primeiro momento apenas com a triagem realizada pelos psiquiatras. Após a reconfiguração das clínicas, deu-se início a clínica da atenção psicossocial, que realiza um atendimento voltado para o estado mental do paciente indo além de determinar os medicamentos específicos para o usuário, este processo foi chamado de clínica de recepção e depois foi denominado de acolhimento (Idem).

Portanto ao observarmos a história podemos notar que nos tempos mais antigos as pessoas só levavam em conta as doenças físicas e se a pessoa estivesse bem fisicamente era considerada saudável. Qualquer sinal de um transtorno mental era tratado como um castigo divino ou uma maldição como castigo por conta de pactos com demônios, bruxaria entre outros.

Todos os indivíduos que apresentassem algumas características diferente do que era considerado normal era tido como louco e era isolado do convívio social, pois a ciência ainda não tinha nenhuma explicação para essas diferenças e as pessoas eram colocadas em manicômios e passavam por diversas experiências, que podiam ser denominadas torturas, por estarem fora dos padrões pré-estabelecidos.

A atuação do psicólogo no SUS é justamente a prestação de cuidados e manutenção de um quadro favorável ao desenvolvimento diário da recuperação e manutenção do paciente. O aspecto humano do cuidado com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado. Então, o questionamento principal é justamente que apesar do grande esforço que os psicólogos possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado no SUS, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica no SUS, não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor.

Mas com todos esses pontos relevantes é importante abordar a necessidade de se discutir a humanização do cuidado da psicologia no SUS com a finalidade de provocar uma reflexão da equipe e, em especial, dos psicólogos.

A humanização deve fazer parte da filosofia dos psicólogos. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe da psicologia, principalmente do psicólogo, tornando-o capaz de criticar e construir

uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam no SUS.

4 CONCLUSÃO

O primeiro passo para iniciar o diagnóstico situacional é o acolhimento que é realizado na primeira interação do usuário, grupo ou família com o atendimento. Com o acolhimento é criado um vínculo com o indivíduo de forma que este se sinta seguro para compartilhar suas experiências até o momento de contato com o CAPS desta forma a equipe terá conhecimento dos tratamentos e tentativas já utilizadas pelo sujeito e desta maneira conhecendo a trajetória e as expectativas do mesmo com relação ao tratamento.

O profissional que realizar o acolhimento deve proporcionar um ambiente seguro para que o paciente compartilhe a sua trajetória e neste momento registros de demandas, vulnerabilidades, as necessidades e as capacidades deste indivíduo. O profissional deve ser subjetivo, contudo, é importante ater-se ao contexto social e histórico, e os fatores de risco e proteção do sujeito e só seu grupo familiar para que um cuidado humanizado e integral seja realizado. E só assim o profissional terá informações suficientes para avaliar a capacidade do indivíduo de acordo com seu contexto e por meio deste conhecimento utilizar os recursos terapêuticos disponibilizados, colocando em ordem a relação terapêutica e começando a desenvolver objetivos que serão realizados e alcançados durante o tratamento.

Ainda durante o processo de acolhimento espera-se que o profissional desenvolva um vínculo com o paciente, este pode ser entendido como “algo que ata ou liga as pessoas, indica interdependência, relações com linha de duplo sentido, compromissos dos profissionais com pacientes e vice-versa” (ROGERS, 2009). Ou seja, para que o vínculo seja estabelecido é necessário o esforço do profissional e do paciente, que compartilham seus saberes tanto os científicos quanto o popular, e desta forma devolvendo uma maneira de cuidado que seja aplicada no coletivo e no individual de cada sujeito.

Este vínculo desenvolvido entre paciente e profissional concretiza uma nova forma de cuidado em saúde mental. De maneira que auxilie a construção da autonomia do usuário ao compartilhar as responsabilidades do tratamento e desenvolvendo uma relação por meio da corresponsabilização.

O acolhimento é um procedimento que vai além da triagem, é um momento em que o profissional escuta e conhece as demandas do paciente e também cria um vínculo com o mesmo. O acolhimento atende perfeitamente ao pré-requisitos de

humanização pois por meio dele o profissional entende o indivíduo de maneira subjetiva e entende suas singularidades também.

Esta abordagem humanizada de acolhimento tem como base na Abordagem Centrada na Pessoa proposta por Carl Rogers (2009). Esta abordagem citada trabalha a proposta que a pessoa que busca a terapia é o centro e esta abordagem não tem como meta principal um diagnóstico ou avaliar o indivíduo e sim a busca de crescimento e desenvolvimento por meio da terapia (ROGERS, 2009).

Nesta abordagem o indivíduo é intitulado de clientes e este procura o auxílio do terapeuta contudo a mesma é completamente capaz de desenvolver-se e independente e desta forma o terapeuta atua apenas como um suavizador tornando a trajetória de evolução do cliente mais simples através de suas atitudes. Essas atitudes são chamadas de atitudes facilitadoras da mudança terapêutica.

REFERÊNCIAS

ALVES, T.N.P. **Política Nacional de Medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

BRASIL. **Lei nº 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. Brasília, 1990. Artigo 3 e artigo 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília; 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília; 2010. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. (2013). Ministério da Saúde. **Política Nacional e Humanização – Humaniza SUS**. Brasília: DF. 16 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasil (País).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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. Diário Oficial da União 2011; dez 26

BELMONTE, P. **A Reforma Psiquiátrica e os novos desafios da formação de Recursos Humanos.** In: EPSJV. (Org.). Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: Desafios e Perspectivas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, v. 1, p. 163-174.

CEBES. I Simpósio Nacional de Política de Saúde. Londrina, 1980. Disponível em:
<<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=SaudeDebate&pagfis=3119>>

CEBES. V Conferência Nacional de Saúde. Londrina, 1975 – Disponível em:
<<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=SaudeDebate&pagfis=3119>>

ELIAS, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo: **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-6, 2004.

FERNANDES, A. H & FREITAS, L. A. Tempos de reforma psiquiátrica: a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira, de Salvador, **Psicologia: Teoria e Prática**, Bahia. 11(1):97-109, 2009

FIGUEIREDO, A. C. (2000). **Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência.** In: A clínica da recepção nos dispositivos da Saúde Mental. Cadernos IPUB. Vol. VI, n.17:124-130.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV, v. 3, n. 3, mar-abr, 2004. Disponível em:
<http://www.spell.org.br/documentos/download/12980>

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas.** 18 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

OLIVEIRA, G. N. O projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed., 2008.

ONU. Declaração universal dos direitos humanos. Disponível em:
<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan/mar. 2014, p.15-35.

REIS, MENEZES. <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>

RIBEIRO, M. S. **O consumo de substâncias psicoativas em Juiz de Fora.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, p. 405-413. set. 1999.

ROGERS C, R. **Tornar-se Pessoa.** 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

SOUZA, E. C. F; VILAR, R. L. A; ROCHA, N. S. P. D; UCHOA, A. C. U; ROCHA, P. M. R. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública.** vol. 24. Supp1.1 Rio de Janeiro, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004