

## “ACOLHER É ABRAÇAR... FAZER O BEM SEM OLHAR A QUEM”: apoio institucional para acolhimento da saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Sandra dos Santos Sales (1); Maria Isadora Soares Barbosa (1); Hiáskara Mikaelly Fernandes de Azevedo Silva (2); Nadya Simone Mateus Lopes (3); Valdecir Carneiro da Silva (4)

*Faculdades de Ciências Médicas de Campina Grande-PB, [samily.cg@hotmail.com](mailto:samily.cg@hotmail.com)*  
*Faculdades de Ciências Médicas de Campina Grande-PB, [m.isadora\\_soares@yahoo.com.br](mailto:m.isadora_soares@yahoo.com.br)*  
*Faculdades de Ciências Médicas de Campina Grande-PB, [hiaskaraamf@gmail.com](mailto:hiaskaraamf@gmail.com)*  
*Faculdades de Ciências Médicas de Campina Grande-PB, [nadyamateuslopes@gmail.com](mailto:nadyamateuslopes@gmail.com)*  
*Universidade Estadual da Paraíba, [valdecircarneiro@yahoo.com.br](mailto:valdecircarneiro@yahoo.com.br)*

**RESUMO:** Apresenta-se um estudo sobre apoio institucional para acolhimento da saúde mental na estratégia saúde da família em Campina Grande – PB, ancorado na Sociopoética. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa. Os temas orientadores foram: pensar, fazer e viver o acolhimento. Para coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada e, posteriormente, foram analisados a partir do referencial teórico da Análise de Conteúdo Temática. No tocante, à realidade do acolhimento de usuários em sofrimento psíquico no território de saúde da família emergiram as categorias: situação do sofrimento psíquico; modelo tecnoassistencial de saúde mental; bases de comunicação e diretrizes do modo de produção em saúde. Os resultados apontam o predomínio do modelo biomédico de organização da atenção à saúde mental, burocratização do processo de trabalho, ausência de articulação entre a rede de saúde mental e a estratégia saúde da família.

**Palavras-chave:** Apoio Institucional, Acolhimento, Saúde Mental, Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas ocorreu no Brasil, um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas na perspectiva de transformar a compreensão cultural e a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais. Este processo resultou na provisão de incentivos para o uso de recursos extra-hospitalares, prezando pela manutenção do portador de transtorno mental em seu meio familiar e comunitário (MELMAN, 1999). Entretanto, desde 1990, a Declaração de Caracas, enfatizou a

reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde com a constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida.

Destarte, a reforma psiquiátrica brasileira, de acordo com a Lei Federal Nº 10.216/2001, visa o processo de desinstitucionalização da loucura; a construção de uma rede de atenção integral à saúde mental de base territorial e comunitária e o respeito aos direitos dos usuários. Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde é o cenário de práticas

privilegiado para intervenções em saúde mental devido a possibilidade de produção de ações focadas no eixo territorial. A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, culturalmente sensíveis aos princípios da integralidade e da territorialidade (CASÉ, 2001).

Consideramos o acolhimento como tecnologia de cuidado e objeto de estudo a partir dos fundamentos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 afirmando seus princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção em saúde. E especificamente, observamos o arcabouço jurídico institucional desse sistema e seus processos de implementação e operacionalização, através da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001, 2007) e de outras políticas transversais como: Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (BRASIL, 2004) seus dispositivos, tecnologias ou modos de fazer e; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009). Mas, as efetivações de tais políticas constituem desafios nos planos políticos micro e macro institucionais exigindo investimentos nacionais, regionais e locais (SANTOS, 2013).

Nesse âmbito, de acordo com Oliveira (2012), o apoio institucional para democracia institucional e autonomia dos sujeitos envolve a constituição/inserção em movimentos coletivos e análise da instituição. Para tanto, visa novos modos de operar e produzir, no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações. Na concepção do referido autor o apoio institucional é a ferramenta que possibilita a: convocação dos trabalhadores para olharem para seus processos de trabalho, analisando-os como um processo histórico, instituído por quem os compõe (trabalhadores, gestores e usuários). Mobilização que traria em si a perspectiva de um protagonismo, (re)invenção do trabalho, produzindo serviços e produzindo-se, reinventando-se como sujeitos (Oliveira, 2012, p. 226).

Destarte, Oliveira (2012, p.227) complementa que a utilização da tecnologia do apoio na educação permanente em saúde através de cursos de especialização e formação profissional de graduandos em ciências da saúde através de experiências de integração docente-assistencial “acumula subsídios suficientes para a afirmação de que é possível inscrever na relação formador trabalhador/gestor a metodologia do apoio”. Entretanto, esse modo de fazer: mostrou-se muito adequado nos processos de ensino-aprendizagem em serviço, pois

reduz a percepção de separação teoria-prática, constituindo-se em um processo mais coletivo de ampliação da capacidade de análise e de intervenção nas situações cotidianas, tendo efeito também sobre os trabalhadores e gestores que atuam nos mesmos serviços e equipes daquelas em que trabalham os formandos (OLIVEIRA, 2012, p.227).

Ancorado nessa concepção, enveredamos na pesquisa junto aos copesquisadores (trabalhadores em saúde da rede de serviços dos SUS) sobre acolhimento de usuários em sofrimento psíquico na atenção por entender a necessidade de desenvolver um processo de apoio institucional voltado à produção de projetos terapêuticos para transformar a atenção em saúde mental no contexto da estratégia saúde família. Portanto, esse estudo buscou analisar a operacionalização dos dispositivos para acolhimento dos usuários de atendimento de saúde mental através de oficinas de sensibilização para equipe de saúde da família (ESF) e, especificamente, verificar qual a assistência de saúde mental operacionalizada pela ESF e identificar as potencialidades da ESF para implantação do acolhimento aos usuários de saúde mental.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo e analítico com abordagem qualitativa, utilizando referenciais teórico-metodológicos da sociopoética e técnicas de método criativo – sensível. De acordo com Gauthier (1999) a sociopoética permite a análise crítica da realidade social e trabalha a transversalidade dos desejos e poderes que agem na vida social. A construção deste método de pesquisa adota como princípios: importância do corpo como fonte de conhecimento; importância das culturas dominadas e de resistência, das categorias e dos conceitos que elas produzem; papel dos sujeitos pesquisados como corresponsáveis pelos conhecimentos produzidos; papel da criatividade de tipo artístico no aprender, no conhecer e no pesquisar, e; importância do sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos no processo de construção dos saberes (GAUTHIER, 1999).

O Grupo Pesquisador (GP), dispositivo analítico da sociopoética, foi operacionalizado em quatro fases, incluindo a de validação dos resultados. Este foi composto por nove trabalhadores da estratégia saúde da família, sendo: um enfermeiro; um técnico em enfermagem; um cirurgião-dentista; um auxiliar de consultório dentário; duas agentes comunitárias de saúde; uma recepcionista; uma auxiliar de serviços gerais e; um segurança. Esses sujeitos são considerados

como copesquisadores porque participaram do processo de pesquisa desde a fase do contrato de convivência grupal para produção dos dados até a fase de socialização e validação dos resultados (Santos et al., 2010).

O processo de pesquisa iniciou-se após aprovação de protocolo de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba no documento CAAE - 0282.0.000.133-08. A produção de dados foi realizada em Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do Distrito Sanitário III no município de Campina Grande – PB, mediante oficinas de sensibilização, previamente agendadas e realizadas no período destinado às reuniões de avaliação da equipe.

O contexto para realização das oficinas exigiu que preparássemos a ambiência para os processos de vivência grupal e relaxamento utilizando: decoração com balões coloridos; tecido não tecido (TNT) tensionado; mural da memória com fotos, palavras, frases ou trechos de falas; luz suave; jornais; revistas; ventiladores; colchonetes; aparelho de som, CD; gravadores; incensos aromatizadores; lanches e; música incidental ou música de fundo para sensibilizar as técnicas de relaxamento. Foram realizadas quatro reuniões com duração média de quatro

horas, sendo a última destinada à validação dos dados, nas quais, inicialmente foram discutidos os seguintes Temas Orientadores apresentados pelos pesquisadores: pensar o acolhimento; fazer o acolhimento e; viver o acolhimento com base em São Paulo (2002).

Durante as oficinas de trabalho a produção dos dados foi obtida através de gravação das falas, observação participante, anotações em diário de campo, fotografias e confecção de painel artístico com recortes de revistas, jornais, fotos, escrita de palavras, frases, pensamentos, entre outros. O material produzido através de gravação e das anotações no diário de campo foi submetido à de análise de conteúdo (temática), observado as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2009).

E na última fase, destinada à validação dos dados foram apresentadas aos copesquisadores as possíveis categorias de análise e resgatados os discursos para a seleção e inclusão no relatório final da pesquisa. Para apresentação dos relatos, os copesquisadores foram identificados por códigos de letras: do PA até PI.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O produto resultante das oficinas operacionalizadas junto aos sujeitos copesquisadores – da equipe de saúde da família, incluiu as categorias: concepção do sofrimento psíquico; modelo de atenção em saúde mental e bases de comunicação.

### Concepção do sofrimento psíquico

Com relação à concepção de sofrimento psíquico apresentada nos depoimentos dos sujeitos copesquisadores, podemos perceber significados atribuídos a núcleos de sentidos como: estigma, periculosidade, preconceito, exclusão, discriminação, distúrbio, alteração da consciência do eu, desequilíbrio, perturbação e delírio conforme expressos nos relatos:

*Acho que tem muito preconceito, discriminação, muita gente tem medo é isso aí, que eu acho. Eles são até espancados, muitas vezes pelo pessoal. (PH)*

*Na família pode até ser acolhido, mas nesse mundo, não é bem acolhido não. No mundo acho que a minoria é bem acolhida. (PI)*

Assim, foi possível perceber que os sujeitos copesquisadores enxergam a pessoa em sofrimento psíquico como alguém que necessita de cuidados e atenção, sendo necessário o estabelecimento de vínculos, a fim de

compreendê-lo e acolhê-lo em seu sofrimento, sem direcionar sobre o mesmo um olhar estigmatizante e preconceituoso.

A noção de saúde como normalidade e de doença como ruptura dessa normalidade expressa a forte presença do positivismo funcionalista. A concepção da teoria das relações entre normal e patológico prevê a doença como desarmonia, como resultado da perturbação de um estado de regularidade e de equilíbrio. Alguns depoimentos externam essa percepção acerca do sofrimento psíquico:

*Saúde mental é equilíbrio, então doença mental é o contrário, é o desequilíbrio. Um desequilíbrio que pode causar vários tipos de características, como a depressão, que minha colega I falou que estava com depressão. É ansiedade excessiva que gera depressão e outras características. (PF)*

De acordo com Barus-Michel (2001), a ruptura do equilíbrio da unidade psíquica apresenta-se sob a forma do sofrimento, o que causa a experimentação de sensações desagradáveis, equivalentes, no plano psíquico à dor física. Nessas circunstâncias a dor psíquica e a dor física converterem-se uma na outra ou se sobrepõe uma à outra.

## Modelo de atenção em saúde mental

Os profissionais associam a necessidade de ampliação da acessibilidade aos serviços de saúde e a medicalização, como aspectos do Modelo de atenção em saúde mental.

Assim a acessibilidade remete-nos a compreensão do acesso como a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. A esse respeito, as falas obtidas nos depoimentos dos profissionais da equipe de saúde da família apresentam o seguinte contexto:

*É uma forma de ver, como por exemplo, por que o usuário de saúde mental tem que se deslocar até o centro de tratamento? Mas, como deslocar ele de lá para cá? Eu acho que isso aí, torna-se muito difícil, também de ter aquela obrigação deles ter que ir. (PI)*

Em relação à medicalização, enquanto uma das possibilidades e não a única de intervenção terapêutica em saúde mental, os depoimentos dos pesquisados apontam para certos problemas, que dificultam a consolidação dos serviços de atenção diária. Esses serviços buscam integrar os pacientes em sofrimento psíquico ao ambiente social e cultural, designado como território, espaço cotidiano onde se desenvolve a vida de

usuários e familiares, como explícito nos discursos:

*Eles poderiam dá uma ajuda em casa, a gente faz a parte da gente com medicação, tendo a medicação e faz encaminhamentos. Mas é muito difícil por que não depende só da Unidade pra gente tratar precisa de um todo, tem que ter um respaldo do outro lado. (PC)*

*Os pacientes precisavam de tratamento, de um relaxamento e não é só medicação não, por que o médico passa muito remédio. Quem é que não quer ser abraçado e beijado por uma pessoa? (PA)*

A visão médica hegemônica, produtora de procedimentos e consumidora de insumos tecnológicos, empobrece a clínica, reduzindo-a a realização de exames, prescrição medicamentosa e encaminhamentos a especialidades. Essa escassez no uso das possibilidades clínicas minimiza a resolutividade na Unidade Básica de Saúde e reproduz, no caso da saúde mental, a lógica manicomial, consoante com o paradigma de busca por especialidades (ARAÚJO; TANAKA, 2012).

De acordo com o estudo dos autores supracitados a convivência de mais de um modelo assistencial de saúde mental foi apresentada como ponto central nas dificuldades de estabelecimento de vínculos, instituição do acolhimento



conforme diretrizes do Ministério da Saúde e articulação da rede baseada na resolutividade e na integralidade. Identificou-se ainda que essa mesma convivência propicia iniciativas contra-hegemônicas ou instituintes, ou, mesmo, de transição tecnológica.

Portanto, é notório o limite que as “tecnologias duras” apresentam em promover a integralidade dos serviços, uma vez que se baseiam na reprodução de um modelo que não coloca o usuário como centro do trabalho realizado. Ao passo que o investimento na comunicação e nos espaços de diálogo pode se apresentar como a ferramenta capaz de construir as pontes necessárias na rede de cuidados de saúde, proporcionando o trânsito seguro do usuário e do cuidador (ARAÚJO; TANAKA, 2012).

### **Bases de comunicação**

As bases de comunicação convergem à sensibilização e compreensão do acolhimento como instrumento de comunicação para o diálogo necessário à escuta do usuário e através, dessa, obter-se o vínculo para humanização da assistência no âmbito dos serviços de atenção primária de base comunitária.

Neste aspecto, nos depoimentos dos copesquisadores, o acolhimento ganha destaque como estratégia de cuidado que complementar a assistência tanto no

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

[www.conbracis.com.br](http://www.conbracis.com.br)

processo de tratamento quanto da prevenção do adoecimento mental, conforme expresso:

*Acolher é a maneira de você ver o outro e ter aquela comunicação verbal ou não verbal. Até mesmo, um sorriso às vezes já basta pra aquela pessoa. Independente do que ela venha procurar e ter uma resposta, mesmo que você não tenha essa resposta pra dar a ele, mas pelo menos teve a comunicação. (PA)*

Assim, o acolhimento é considerando como um instrumento essencial para atenção aos usuários da rede de atenção à saúde mental, possibilitando à escuta e a implementação de ações integrais e articuladas com a atenção básica (BRASIL, 2007).

Takemoto e Silva (2007) propõem a compreensão do acolhimento enquanto um modo de se relacionar com os usuários, o definindo como uma rede de conversações. Nesse contexto, as autoras preconizam a adoção da temática do acolhimento-diálogo, que, segundo as mesmas, pode oferecer ao usuário maior possibilidades de trânsito pela rede.

Assim o acolhimento deve estar pautado nas necessidades do usuário, envolvendo as chamadas “tecnologias leves”, ou seja, tecnologias das relações humanas (valorização e escuta das queixas dos usuários). Para Pinheiro e Oliveira

(2011), as tecnologias leves são essenciais para transformação das práticas de saúde, que na maioria das vezes estão focadas na doença e nas tecnologias médicas e no conhecimento especializado tendo como única visão a cura, e, portanto desconsideram o sujeito nesse processo.

Nesse contexto, o indivíduo não pode ser considerado apenas em sua condição objetiva ou biológica, pois da sua vida também fazem parte experiências subjetivas, construídas a partir dos planos sócio-culturais e emocionais.

### **Diretrizes do modo de produção em saúde**

A percepção dos sujeitos copesquisadores acerca das diretrizes do modo de produção em saúde mental corrobora com significados para: corresponsabilidade; receptividade; fluxo de demanda; globalização e individualismo. Sabe-se, entretanto que há, ainda, um longo caminho a percorrer na busca de respostas para qualificação do modo de operar o processo de trabalho em saúde mental no contexto estudado, como mencionados nos seguintes depoimentos:

*Então eu acho que Campina Grande avançou, porque com a abertura de quatro CAPSs eles têm mais liberdade e levar a família também, mas ainda há muito que se fazer para garantir uma assistência de qualidade. (PA)*

*Então, eu tenho que gostar do que faço para acolher bem. (PB)*

A discussão sobre receptividade mostra-nos que para os copesquisadores, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a receber bem todos que procuram os serviços de saúde, conforme relatos:

*É eu acho que acolhimento é receber a pessoa bem, atender da melhor forma possível. É isso aí. Acolher a pessoa totalmente, muito bem, o melhor possível. (PH)*

*Eu acho que acolhimento é acolher as pessoas, mas com o tom de humanidade, sem discriminação de nada, de raça, de nada. (PF)*

Na visão dos copesquisadores acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Portanto, o acolhimento é uma postura que pressupõe uma atitude de equipe, com o comprometimento em receber, escutar e assistir os usuários de forma humanizada. Os avanços das políticas de expansão e o acúmulo predatório do capital no mundo têm exercido efeitos devastadores nas relações de trabalho, bem como nas relações intersubjetivas (à medida que as reduz a um mero valor mercantil de troca).

Nestas condições torna-se difícil o exercício e a afirmação do acolhimento em nossas práticas cotidianas. Ressaltamos



que a produção de nossa escuta e indiferença do outro, têm-nos conduzido a vivenciar uma falsa sensação de proteção do sofrimento (BRASIL, 2007). Contudo, o mundo globalizado acaba nos conduzindo ao isolamento, ao adormecimento de nossa sensibilidade e ao enfraquecimento dos laços coletivos. Assim podemos constatar que o acolhimento surge como desafio à reativação de nossa capacidade de cuidar nesse território marcado pelos ditames de uma política econômica capitalista que entende as responsabilidades do Estado mínimo.

Assim, a fim de reorganizar a assistência, mudar o cotidiano das unidades, rever práticas consolidadas e repensar o trabalho em saúde, toma forma o acolhimento que, através de uma inversão no processo de trabalho das equipes de saúde visa propiciar uma abordagem integral da equipe para contemplar aspectos biológicos, epidemiológicos, psíquicos, culturais e sociais dos problemas dos usuários e construir uma intervenção multiprofissional na assistência (SANTOS; MIRANDA, 2007). De acordo com as falas destacamos que o acolhimento é uma temática que desperta nos profissionais certa sensibilização, na medida em que muitos interligam o termo a formas de

melhorar o atendimento e assim proporcionar aos usuários uma atenção qualificada.

Corroborando os discursos supramencionados é importante reconhecer o ser humano, como um ser social, em constante relação com os outros seres e com o seu meio, transformando e sendo transformado por ele.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção da subjetividade durante oficinas possibilitou o reconhecimento de demandas para reforma psiquiátrica brasileira com base nas dimensões: teórico conceitual, tecnocientífica, sociocultural, e; jurídica política. Para tanto, reflexões e descobertas foram possíveis de serem (des)construídas em dinâmicas de vivências grupal que ocorreram em momentos e situações de conflitos, tensões, dúvidas, dilemas, certezas, decisões, acordos, contratos, emoções, lembranças, compreensão, entre outros. Entretanto, as expressões nas relações de alteridade entre os trabalhadores da saúde da família possibilitaram a compreensão dos significados do acolhimento em saúde mental.

Diante deste contexto no Sistema Único de Saúde e dos processos, tecnologias e dispositivos de cuidado disponíveis na Saúde Coletiva, percebemos

que essa proposta atende à integralidade porque não só acolhe, abraça e/ou respeita às diferenças, mas reconhece o direito social à saúde presentes na Constituição Federal de 1988 e demais documentos e declarações mundiais. Destarte, a Declaração de Caracas, propõe acolhimento para os usuários ou possíveis demanda dos serviços de saúde mental, que no percurso das políticas de saúde e demais políticas públicas foram privadas dos direitos de cidadania sendo *a priori* rotuladas, estereotipadas, marginalizadas, excluídas, enfim estigmatizadas e colocadas na periferia da história.

Tal situação remete-nos à necessidade de investimentos e apoio institucional para sistematização de processos de cuidado visando a reorientação do modelo assistencial através da articulação ensino-serviço com parcerias para programas e projetos de treinamento utilizando e ampliando processos, tecnologias e dispositivos de cuidado leves e de fácil acesso. Entretanto, a realidade denuncia que o acesso às tecnologias de cuidado propostas para acolhimento no atendimento de saúde mental da estratégia saúde da família, tem sido dificultado pela insuficiência de dispositivos e pela desarticulação entre a

rede de atenção básica e a rede de saúde mental e atenção psicossocial, apesar da segunda está inclusa na primeira.

Neste âmbito, a desburocratização do processo de trabalho pode ser considerada uma questão norteadora para a (re)criação de dinâmica produtiva do cuidado primário em saúde mental, visto que os sujeitos copesquisadores – trabalhadores de saúde da família reclamaram da sobrecarga de trabalho e seus consequentes limites para: governabilidade; corresponsabilidade e resolutividade. Entretanto, a (re)alocação da saúde mental na atenção básica pode ser melhor qualificada com utilização do dispositivo do acolhimento no processo de humanização do cuidado.

Por fim, espera-se que o estudo contribua para reorientação da reforma psiquiátrica brasileira, considerando a extinção progressiva dos manicômios, a implantação de serviços substitutivos de saúde mental e a importância da Estratégia Saúde da Família no âmbito dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), como porta de entrada de base territorial e comunitária no nível de atenção primária a saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.K.; TANAKA, O.Y. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro - oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. **Interface** (Botucatu), v.16, n.43, p.917-28, out./dez. 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 21. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARUS-MICHEL, J. Souffrance, trajet, recours. Dimentions psychosociales de la souffrance humaine. **Bulletin de Psychologie**. v. 54, n. 2, p. 117-127, mar./abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 12 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Cartilha da PNH**: Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/DAP, 2007.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**.

\_\_\_\_\_. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CASÉ, V. Saúde Mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: **Saúde e Loucura 7**, São Paulo: Hucitec, p.121-136, 2001.

GAUTHIER, J. H. M. **Sociopoética**: encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais, enfermagem e educação. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery da UFRJ, 1999.

MELMAN, J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: Fernandes, M.I. (Orgs.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999, p. 173-185.

OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Tempus Actas de Saúde Coletiva** (Brasília), v. 6, n. 2, p. 223-235, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

PINHEIRO, P.M.; OLIVEIRA, L.C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v. 15, n. 36, jan./mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mar. 2016.

SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.R. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007, p. 376-392.

SANTOS, V.G. **Apoio Institucional em Saúde Mental e Educação Permanente como estratégias da Política de Saúde Mental no Estado da Bahia**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2013. Disponível em: <[http://www.sispnh.com.br/anais/exposto/GESTAO\\_SAUDE\\_MENTAL.pdf](http://www.sispnh.com.br/anais/exposto/GESTAO_SAUDE_MENTAL.pdf)>. Acesso em: 07 mar. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho em enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.