

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EDJANE SOARES PEREIRA DIAS

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL: IMPLANTANDO UM *CHECK LIST* MODELO

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EDJANE SOARES PEREIRA DIAS

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL: IMPLANTANDO UM *CHECK LIST* MODELO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Adriana Remião Luzardo

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL: IMPLANTANDO UM *CHECK LIST* MODELO** de autoria do aluno **EDJANE SOARES PEREIRA DIAS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Adriana Remião Luzardo
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico esta Monografia:

Ao meu esposo por seu amor, companheirismo e incentivo

As minhas filhas pelo carinho e amor incondicional

AGRADECIMENTOS

A orientadora Profa. Adriana Remião Luzardo pela atenção.

As minhas filhas pela compreensão na minha ausência

Agradeço a Deus por ter me dado a saúde e o tempo e a paciência necessários para a realização deste trabalho

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 08 |
| 1.1 Justificativa..... | 08 |
| 1.2 Objetivo..... | 11 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 12 |
| 3 METODOLOGIA..... | 14 |
| 4 RESULTADOS..... | 16 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 17 |
| REFERÊNCIAS..... | 18 |
| APÊNDICE – CHECK LIST MODELO..... | 19 |

LISTA DE SIGLAS

| | | |
|-------|---|---|
| AM | - | APOIO MATRICIAL |
| APS | - | ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE |
| CAPSI | - | CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL |
| ESF | - | ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA |
| RAPS | - | REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL |
| PTS | - | PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR |
| UBS | - | UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE |
| SUS | - | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |

RESUMO

Este trabalho utilizou a Tecnologia de Cuidado a partir da criação e análise de uma lista de espera, sendo um relato de experiência no gerenciamento do cuidado em um CAPS Infantil, localizado em um bairro na periferia da Cidade de São Paulo. Teve como objetivo relatar a experiência vivenciada em um CAPSi II, com a implantação de um *check-list* modelo, para avaliação dos usuários, pelos profissionais, quanto à inserção no serviço, apoiando o momento de acolhimento, diminuindo a fila de espera e evitando internações, desta forma otimizando a prestação deste serviço. O *check list* é uma ferramenta prática para extrair e registrar informações sobre o grau de funcionalidade e incapacidade de um indivíduo. Esta informação pode ser resumida para registros de casos, constituindo um dispositivo de responsabilização clínica e de intervenção resolutiva que perceba o grau de prioridade no atendimento de cada usuário. O uso do *check-list* envolveu mudanças no processo de trabalho e no comportamento da equipe. Com essa experiência foi percebido que apesar de se interessar pelo uso, alguns profissionais não estão preocupados com a mudança de seu comportamento para a realização do *check-list*. Por outro lado, quando há o trabalho coletivo, a equipe passa a perceber a importância e a dimensão do quanto o trabalho torna-se mais efetivo.

1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentados pela Portaria N° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Os CAPS são serviços de saúde abertos e comunitários destinados a acolher as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (Brasil, 2004), com a função de estimular sua integração social e familiar, oferecendo-lhes atendimento multiprofissional, o que constitui atualmente a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

O atendimento no CAPS é pautado na integração da equipe multiprofissional, na adscrição de clientela e na construção de vínculo, além da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. (BRASIL, 2006).

O CAPS segue as diretrizes do SUS, tais como: *universalidade, equidade e integralidade*, trabalhando conforme determinam as Portarias MS 336/02 e 2841/10, as quais regulamentam os serviços oferecidos nos CAPS. Esta estratégia de atenção tem seis diferentes modalidades, considerando a população de abrangência, o modo de funcionamento, a especificidade da demanda e a composição da equipe: Caps I (até 70.000 habitantes), Caps II (até 200.000 habitantes), Caps III (acima de 200.000 habitantes e funcionamento 24 horas), Caps ad II (álcool e drogas), Caps ad III (álcool e drogas 24 horas) e CAPSi II (infância e adolescência).

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi II), é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria crianças e adolescentes com autismo, psicoses, neuroses graves entre outros transtornos (Brasil, 2004). Deveria atender municípios com uma população acima de 200.000 habitantes, hoje a maioria desses serviços nos grandes Centros Urbanos atende uma população superior a sua capacidade, por esta razão nem sempre é possível atender toda a demanda que chega ao serviço, pois os atendimentos dependem da estrutura física, recursos humanos e materiais, recursos clínicos e diversidade nas atividades terapêuticas possíveis de serem desenvolvidas.

Levando em consideração que os usuários desse serviço apresentam em sua maioria transtornos graves e persistentes, necessitando em vários momentos de atendimento intensivo, o

que requer frequência diária ao serviço, durante todo o período, demandando maior esforço e acompanhamento dos profissionais, pois, muitas vezes, estes são o único recurso que o usuário dispõe, mesmo quando a rede de apoio psicossocial em sua comunidade mostra-se insuficiente. Além disso, este seguimento do serviço de saúde pública lida com condições que exigem longo período de acompanhamento e por tempo indeterminado.

Dessa forma, as necessidades dos usuários e seus momentos de busca por ajuda dos serviços de saúde nem sempre são suficientes e eficazes. Com frequência fala-se em demanda reprimida em saúde mental, entendida aqui como uma resultante do processo de desinstitucionalização e o deslocamento da atenção para a rede psicossocial. A necessidade de reorganização dos serviços e recursos humanos provocados por essa demanda trouxe o advento da “lista de espera”, a qual cria uma expectativa muitas vezes frustrante para o usuário e sua família que aguardam ansiosamente por uma resolução das suas angústias e seus problemas.

A falta de serviços e especialistas nesta área é preocupante, fato que contribui para que os profissionais de saúde, de maneira geral, tenham grande dificuldade para encaminhar crianças com algum tipo de dificuldade emocional. Os poucos serviços existentes possuem longas filas de espera e nem sempre as crianças recebem a assistência de que realmente necessitam (XIMENES, 2005).

1.1 Justificativa

Acredita-se que o acolhimento é uma importante ferramenta no cuidado em saúde mental e que a partir desse processo, a assistência qualifica-se. Assim, para Ferreira, em 1986, acolher significava: “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, receber e atender”, conceito que se pode utilizar nos dias de hoje, pois mesmo com o passar do tempo, mostra-se atual ao pensarmos na escuta ao usuário de saúde mental.

Acolhimento implica também escuta qualificada da queixa do usuário e de sua família, com responsabilidade e resolutividade, essa escuta é realizada pelos técnicos do serviço, sendo o primeiro contato utilizado para a construção de uma relação de confiança, vínculo e compromisso entre essas pessoas. Esse vínculo possibilita uma continuidade da assistência, pois nesse momento também é possível a articulação com outros serviços (Brasil, 2008). Nessa perspectiva

há um comprometimento com a construção da cidadania (BUENO; MERHY, 2002). O acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização do serviço, sendo utilizado como garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento, (FRANCO et al. 1999).

O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma centrada no usuário, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 345).

Acredita-se que diante da crescente demanda na área de saúde mental, em especial no CAPS Infantil, a equipe multidisciplinar, por meio de experiências práticas, observa que muitos desses profissionais encontram dificuldades no acolhimento, devido a necessidade de realizar uma restrição na inclusão dos usuários nos serviços, pois a demanda é maior do que o serviço comporta. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não funciona adequadamente, gerando mais angústia pela falta de referência e contra referência. Entende-se que a atenção em saúde mental para ser mais efetiva deve ser realizada dentro de uma rede de cuidados que inclui assistência social, conselho tutelar, educação, esporte, cultura, entre outros.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Esse trabalho monográfico mostra-se relevante ao evidenciar como se dá o trabalho da equipe multidisciplinar em saúde mental antes e após o acolhimento do usuário, levando em consideração que o acolhimento é realizado por técnicos de nível superior de diversas áreas de atuação, sendo Psicólogos, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, entre outros. São profissionais com experiências e saberes diferentes, o que influencia na decisão de inserir ou não um usuário imediatamente no serviço e que desdobramentos essa ação traz para o processo de saúde-doença-cuidado das pessoas.

1.2 Objetivo

Relatar a experiência vivenciada em um CAPSi II, com a implantação de um *check list* modelo, para avaliação pelos técnicos dos usuários para inserção no serviço, apoiando o momento de acolhimento, diminuindo a fila de espera e evitando internações, desta forma otimizando a prestação deste serviço em uma unidade localizada na periferia de São Paulo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde (2001), a prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência foi investigada em vários estudos e, embora os valores variem consideravelmente, estima-se que 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental

As diretrizes da OMS (2003) apontam para uma abordagem dos problemas de saúde mental na infância a partir da perspectiva da compreensão, da intervenção e da elaboração de políticas públicas para o enfrentamento da questão.

A reforma psiquiátrica brasileira busca mudanças resolutivas e significativas para o resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental. A pluralidade de contextos locais de saúde possui um eixo estratégico que é a retaguarda assistencial representada pelos diversos tipos de serviços de Saúde Mental. A rede de cuidados organiza-se por meio dos seguintes dispositivos: Atenção Primária à Saúde, Ambulatórios Especializados e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com diversas modalidades de atendimento.

De acordo com a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, a assistência prestada ao usuário no CAPSi inclui as atividades de: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (BRASIL,2004).

A presença de diferentes categorias profissionais no CAPSi expressa a existência de diversos núcleos de saberes específicos, que devem atuar de forma relacionada, já que para alcançar a finalidade do trabalho em saúde é necessário a integração de saberes que dêem conta dos múltiplos fatores sociais, culturais, biológicos e econômicos que interferem no processo de saúde/doença.

A interdisciplinaridade no acolhimento é entendida como uma estrutura onde há reciprocidade, com uma tendência à planificação das relações de poder entre os campos implicados (ZAPPELLINI, 2008).

O *check-list* é um instrumento de coleta de dados que foi implementado para fazer parte do processo de trabalho de uma forma inovadora e descentralizada, sendo um recurso de complementação dos saberes com práticas específicas e comuns as diversas categorias profissionais que atuam no acolhimento do usuário e sua família no serviço, sendo uma forma de articular avaliações e posteriormente as ações e encaminhamentos a serem implementados. Reforçando-se a necessidade do comprometimento e do trabalho conjunto dos membros da equipe, ao evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão sendo submetidos, sendo utilizado como um dispositivo integrador das diversas práticas cotidianas desse serviço.

O instrumento descrito acima foi elaborado com o objetivo de guiar a equipe e complementar a anamnese, exames físicos e psíquicos. Ele aborda diversos elementos como agressividade, déficit cognitivo, alfabetização, Atividades da Vida Diária (AVDs), uso de medicação e tratamento em outros serviços.

Segundo Duarte (2000) instrumentos padronizados têm sido cada vez mais utilizados como auxiliares na avaliação de diferentes aspectos da saúde mental de crianças e adolescentes.

A anamnese é realizada com o indivíduo e com pessoas próximas, incluindo a família e associa-se ao exame clínico sistemático e testes especializados necessários a cada caso. A avaliação da saúde mental na infância deve ser realizada dentro de um contexto mais geral, o que faz necessário considerar diferentes fatores, como os ambientes socioculturais e familiares, entre outros aspectos do funcionamento da criança. Dentre tais aspectos, salienta-se o desenvolvimento cognitivo, pois seu prejuízo parece estar especialmente relacionado à psicopatologia na infância.

A adaptação social diz respeito às habilidades para realização de atividades da vida diária necessárias para a auto-suficiência pessoal e social. A avaliação clínica apropriada deve considerar os comportamentos e queixas tanto em situações específicas quanto em situações amplas, o que requer a definição de alvos e procedimentos específicos para a coleta de informações. Os serviços de saúde mental infanto-juvenil utilizam prioritariamente procedimentos como entrevistas, porque são de fácil aplicação, mas também podem utilizar a observação do comportamento.

3 METODOLOGIA

Este trabalho utilizou a Tecnologia de Cuidado a partir da criação de um *check-list* modelo, sendo um relato de experiência no gerenciamento do cuidado em um CAPS Infantil, localizado em um bairro na periferia da Cidade de São Paulo, no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013.

Este serviço atende um território de aproximadamente 450.000 habitantes, com uma grande demanda de usuários com sofrimento psíquico grave, moderado e leve.

Os usuários chegam ao serviço por demanda espontânea ou são encaminhados por intermédio de outros serviços, como instituições educacionais, conselho tutelar, órgãos da justiça, Unidades Básicas de Saúde entre outros.

Após uma avaliação prestada por uma equipe estruturada para capturar os diversos aspectos relevantes ao correto encaminhamento do paciente em questão, os casos que apresentam sofrimento psíquico ou mental grave são inseridos imediatamente como prioritários, a equipe definirá um técnico de referência, geralmente aquele profissional que fez o acolhimento e/ou aquele profissional com quem o usuário tem maior identificação e vínculo, que será o trabalhador responsável por pactuar, junto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Individual ou Singular (PTS), no qual serão definidas as atividades e a frequência de participação no serviço de acordo com as necessidades do usuário naquele momento.

No caso do usuário não corresponder ao perfil e o caráter de atendimento do serviço estabelecido, o mesmo será referenciado para outro local de acordo com suas necessidades.

Nas UBS da região não há quantidade adequada de profissionais que realizem atendimento psicológico infantil. Por esta razão os usuários com sofrimento mental leve não encontram suporte adequado da RAPS, sendo o CAPSi a única referência. Para evitar que os usuários fiquem desassistidos mesmo os atendimentos leves que poderiam ser atendidos na RAPS entram na lista de espera do CAPSi, onerando sobremaneira a capacidade operacional do serviço.

Os casos que não demandam urgência, mas necessitam de atendimento são encaminhados à lista de espera, *check-list* modelo, onde são chamados seguindo a prioridade/gravidade, de acordo com a avaliação realizada pelos técnicos no acolhimento ou em atendimentos realizados posteriormente.

O *check-list* é uma ferramenta prática para extrair e registrar informações sobre o grau de funcionalidade e incapacidade de um indivíduo. Esta informação pode ser resumida para registros de casos, constituindo um dispositivo de responsabilização clínica e de intervenção resolutiva que perceba os sujeitos com prioridade.

Este modelo de atendimento e avaliação foi inserido no serviço para facilitar o acesso de forma igualitária, sem privilégios, seguindo apenas a necessidade real do usuário, pois como foi dito anteriormente a avaliação realizada por técnicos de saberes distintos, tem muitas vertentes, saberes diversos e variadas formas de realizar a avaliação clínica. Com isso evita-se que os usuários mais leves sejam inseridos primeiro no serviço e que os moderados fiquem aguardando.

Para o gerenciamento dessa lista, há semanalmente a discussão de casos, momento em que os técnicos indicam os usuários que serão inseridos.

4 RESULTADOS

O *check list* foi implantado de janeiro de 2012 a janeiro de 2013. Participaram desse processo de implantação todos os profissionais de nível superior sendo: 02 enfermeiros, 02 assistentes sociais, 03 psicólogos e 01 terapeuta ocupacional. Cada um desses profissionais apresentava uma média de aproximadamente cinco (05) anos de experiência nesse tipo de serviço. Todos haviam sido orientados quanto ao objetivo e importância do preenchimento do instrumento, sendo utilizado o espaço das reuniões técnicas para isso.

A partir da Tecnologia de Cuidado o *check list* modelo passou a ser utilizado como uma ferramenta de cuidado. Foi possível observar que o mesmo serviu para facilitar o acesso ao serviço de forma igualitária, mas com equidade, sem qualquer tipo de privilégio, seguindo apenas a necessidade real do usuário e diminuindo assim a fila de espera, ao passo que também evitou internações desnecessárias.

Foi possível perceber que após as análises semanais, realizadas durante as reuniões de equipe, essa nova forma de cuidado passou a contribuir para a melhoria na comunicação interpessoal entre a equipe multidisciplinar.

O *check-list* modelo também promoveu resultados que remeteram à necessidade de operacionalizar e inserir no instrumento outros itens de avaliação, melhorando assim a sua aplicação nas práticas de saúde mental.

Assim, acredita-se que o uso do *check-list* modelo provocou mudanças no processo de trabalho e no comportamento da equipe. Essa experiência demonstrou também que, apesar de os profissionais terem demonstrado interesse pela sua utilização.

Por outro lado, alguns desses profissionais não estavam atentos a mudança de comportamento necessária para a realização do *check-list*. Mesmo assim, percebeu-se que quando o trabalho coletivo era fortalecido por alguma prática ou atitude construtiva, a equipe passava a perceber a importância e a dimensão do quanto o trabalho compartilhado torna-se mais efetivo.

Dessa forma, entende-se que o objetivo do trabalho foi alcançado e mesmo que de forma breve o relato procurou mostrar a importância de uma estratégia para estabelecer prioridades no atendimento em um CAPS infantil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a implantação de um check list modelo no acolhimento em saúde mental não garante, em si, a resolução de todas as necessidades trazidas pelos usuários, uma vez que as situações que se apresentam costumam ser densas e complexas, que desafiam os profissionais a oferecerem uma assistência de qualidade e eficiência.

Assim pode-se pensar nesse instrumento como uma via mais rápida de atenção, para aquele usuário que necessita de uma assistência mais imediata, como forma de diminuir listas de espera e garantir que os casos mais graves sejam inseridos com prioridade no serviço, além de permitir um melhor planejamento das ações e intervenções a serem desenvolvidas. Além disso, espera-se que este relato possa ser exemplo ao facilitar a comunicação e direcionar as discussões de casos para inserção dos usuários no atendimento.

Acredita-se que o check list seja uma ferramenta capaz de ser replicada em outras realidades, principalmente naquelas com demanda conhecidamente reprimida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

COELHO, V. F. **Acolhimento em saúde Mental na Unidade Básica: Uma revisão teórica.** Belo Horizonte 2010.

COIMBRA, V. C. C. **O acolhimento no Centro de atenção Psicossocial.** Ribeirão Preto.2003 190p. Dissertação (Mestrado em enfermagem Psiquiátrica)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DUARTE, C. S.; BORDIN, I.A.S. Instrumentos de avaliação. **Rev. Bras. Psiquiatr.,** São Paulo, v. 22, supl. 2, Dec. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600015&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 15/05/ 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública,**v. 2, n. 15, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Caring for children and adolescents with mental disorders.** Setting WHO Directions. Geneva, 2003.

Relatório Mundial da Saúde 2001. **Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança.** Ed. Ministério da Saúde, 2001.

XIMENES LF, PESCE RP. RESENHA DE LAURIDSEN-RIBEIRO E, TANAKA OY. **Problemas de saúde mental na criança: abordagem na atenção básica. Ciênc Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 14, n. 2, p. 671-7, 2009.

ZAPPELLINI, L. D.; OLIVEIRA, C. S. O Processo de acolhimento em saúde mental: Construindo mudanças. **Boletim de saúde n°. 21**, n2, Ago, 2008.

