



Revista de Pesquisa Cuidado é
Fundamental Online

E-ISSN: 2175-5361

rev.fundamental@gmail.com

Universidade Federal do Estado do Rio
de Janeiro
Brasil

Santos de Aguiar Jr, Valdinei; de Oliveira, Adriana Maria; Almeida de Araújo, Lília Cláudia
Higiene e saúde mental: o cuidado com o corpo na intervenção clínica de um CAPSI
Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 7, núm. 2, abril-junio, 2015, pp.
2582-2590

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750946031>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Hygiene and mental health: body care in the clinical intervention in a CAPSi

Higiene e saúde mental: o cuidado com o corpo na intervenção clínica de um CAPSi

Higiene y salud mental: el cuidado con el cuerpo en la intervención clínica de un CAPSi

Valdinei Santos de Aguiar Jr ¹, Adriana Maria de Oliveira ², Lília Cláudia Almeida de Araújo ³

ABSTRACT

Objective: report the experience of personal hygiene as an aspect of the clinical intervention in a Psychosocial Care Center for Children and Adolescents (CAPSi) in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Method:** this is a descriptive study, with an experience report design, organized into two moments: at the first, a workshop with guardians was created, consisting of psychologists, nursing teams, pharmacists, physicians, and dental team (the latter two as guests from the primary health center); at the second, problems/limitations were identified, as well as the need for creating strategies that could keep the participation of guardians in the workshops. **Results:** low adherence of parents was found, leading us to think of other actions more effective. **Conclusion:** it is hoped that this study can provide significant reflections on strategies for mental health in primary care and contribute to the practice in a CAPSi. **Descriptors:** Hygiene, Mental health, Care, Clinical intervention.

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência da higiene pessoal como aspecto da intervenção clínica de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) no estado do Rio de Janeiro. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, organizado em dois momentos: no primeiro foi criada uma oficina com os responsáveis, composta por psicólogos, equipes de enfermagem, farmacêuticos, médicos e equipe de odontologia (os dois últimos como convidados da unidade básica de saúde); no segundo foram identificados problemas/limitações, assim como a necessidade da criação de estratégias que sustentassem a participação dos responsáveis nas oficinas. **Resultados:** evidenciou-se uma baixa adesão dos pais, levando-nos a pensar outras ações mais efetivas. **Conclusão:** espera-se que este estudo possa trazer importantes reflexões acerca de estratégias para a saúde mental na atenção básica e contribuir para a prática do CAPSi. **Descritores:** Higiene, Saúde mental, Cuidado, Intervenção clínica.

RESUMEN

Objetivo: reportar la experiencia de la higiene personal como un aspecto de la intervención clínica en un Centro de Atención Psicossocial para Niños y Jóvenes (CAPSi) en el estado de Río de Janeiro, Brasil. **Método:** se trata de un estudio descriptivo, un reporte de experiencia, organizado en dos momentos: en el primero, se creó un taller con los cuidadores, que comprende psicólogos, equipos de enfermería, farmacéuticos, médicos y equipo dental (los dos últimos como invitados del centro de salud primaria); en el segundo, se identificaron problemas/limitaciones, así como la necesidad de la creación de estrategias que podrían mantener la participación de los cuidadores en los talleres. **Resultados:** se constató una baja adherencia de los padres, que nos llevó a pensar en otras acciones más eficaces. **Conclusión:** se espera que este estudio pueda proporcionar reflexiones importantes sobre estrategias para la salud mental en la atención primaria y contribuir a la práctica de un CAPSi. **Descritores:** Higiene, Salud mental, Cuidado, Intervención clínica.

1 Mestrando em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública "Sergio Arouca" da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Especialista em Direito e Saúde pela ENSP/Fiocruz. Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) das prefeituras de Itaguaí (RJ) e São Gonçalo (RJ). Membro do Grupo de Direitos Humanos e Saúde "Helena Besserman" (DIHS) da ENSP/Fiocruz. E-mail: vival_rj@hotmail.com. 2 Enfermeira no CAPSi da prefeitura de Itaguaí (RJ) e no setor de emergência do Hospital Municipal "Rocha Maia". Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). E-mail: dicaoliveira.1177@gmail.com. 3 Farmacêutica no CAPSi, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Itaguaí (RJ). Graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: farmaraujo@ig.com.br.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) “são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia”¹. Um CAPS para infância e adolescência (CAPSi), por sua vez, pelas características subjetivas, físicas e jurídicas de seus usuários, requer uma estratégia de intervenção peculiar, bem como a efetiva integração com a rede de saúde, educação, assistência social e justiça/garantia de direitos, visto que o acolhimento deve transcender a noção de tratamento dos transtornos mentais, visando à inclusão social e qualidade de vida.

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) de nosso país, fundamentada pela Lei n. 8.080/1990², estabelece que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Institui que a atenção à saúde da população deve ir além do tratamento das doenças; deve-se, assim, não somente atuar na recuperação, mas, também, na prevenção das doenças e na promoção da saúde. Em consonância com a perspectiva adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - que preconiza que a saúde, mais do que a ausência de doenças, é o estado de completo bem-estar físico, psicológico, social e moral - o SUS, como conjunto de ações e serviços, baseia-se nessa visão ampliada onde a promoção da saúde recebe ou deveria receber o devido destaque⁴.

Contudo, difundir e aplicar essa concepção exige, ao menos, dois aspectos: a superação do paradigma hospitalocêntrico - que ainda vigora com intensa força nas práticas e representações sociais - e a democratização da saúde. Cabe destacar, ainda, que entendemos que a democratização da saúde não se dá somente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, mas, também, ao conhecimento e à participação (mais) efetiva nos cuidados em saúde. É mais especificamente nesses aspectos - conhecimento e participação - no âmbito da promoção da saúde que verificamos que as práticas de higiene pessoal, dentre outras, tornam-se um fator fundamental para o compromisso com uma noção ampliada de saúde, uma melhor qualidade de vida das pessoas e coletividades e uma democratização da saúde efetiva e transformadora.

O mesmo diploma legal (Lei n. 8.080/1990) que institui a obrigatoriedade do Estado em relação às condições de saúde da população estabelece que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (art. 2º, § 2º)⁵.

Fundamentado, então, nessa premissa, subentende-se que a democratização da saúde perpassa também o convite à participação da sociedade, das famílias e, ainda mais especificamente, das pessoas na promoção da saúde coletiva e individual. O cuidar de si - que inclui não somente a recuperação diante das doenças, mas, também, a prevenção destas por meio de atividades físicas, lazer e cuidados de higiene, por exemplo - estabelece-se como um ato de promoção à saúde e um compromisso com a perspectiva ampliada de saúde e cidadania⁵.

Eis que, então, a integralidade, enquanto um princípio conclamado nas diretrizes do SUS há de direcionar os programas de saúde, retirando o tanto quanto possível a centralidade do hospital enquanto locus específico dos cuidados em saúde e estabelecendo novas formas de atenção. O termo integralidade, em si, já sugere uma revisão crítica do paradigma da crescente especialização/fragmentação que tem orientado a construção do conhecimento científico. Questiona quanto à fragmentação do conhecimento e da aplicação na busca pela decomposição minuciosa das partes pode estar desconsiderando a complexidade e a interdependência dos diversos fatores que compõem a saúde. Assim, a pessoa em sua totalidade e correlação com seu meio carrega a possibilidade de um conhecimento acerca de sua saúde que transcende a especialização fragmentada e pode vir a orientar a promoção de sua própria saúde^{5, 6}.

Todavia, esse conhecimento, como todo o conhecimento, não é algo já dado. É algo a ser construído, um caminhar/fazer que se elucide na dialética entre as experiências e as perspectivas acerca do mundo, dos conceitos e de si mesmo.

Apresenta-se, então, a proposta de um programa de higiene e cuidado pessoal como recurso terapêutico e de difusão da cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) em Itaguaí (RJ), vislumbrando inicialmente três aspectos da aplicação desse programa:

- a) As suas possibilidades como intervenção na clínica psicológica no campo da saúde mental;
- b) A contribuição da enfermagem e a efetividade na prevenção de algumas doenças específicas e na promoção da saúde;
- c) A democratização da saúde por meio da construção coletiva do conhecimento acerca dos próprios cuidados como instrumento de cidadania.

O propósito deste estudo é relatar a experiência com o processo de criação de oficinas de higiene pessoal como aspecto da intervenção clínica de um CAPSi. Isto visa demonstrar que, nesse serviço, a higiene pessoal não somente se relaciona à promoção da saúde física e prevenção de doenças, como também, propicia transformações subjetivas à medida que possibilita atribuir novos significados ao cuidado e maior democratização à saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no CAPSi de Itaguaí. Trata-se de uma instituição pública que funciona de segunda a sexta-feira das 08h00min às 17h00min. Atende crianças e adolescentes até 18 anos portadores de transtornos mentais graves.

As informações foram anotadas em um diário de campo e transcritas sempre que houve intervenção na oficina de higiene, o que culminou na redação final deste relato de

experiência. Essa vivência envolveu a equipe multiprofissional na educação em saúde relacionada à higiene corporal.

Compartilhamos conceitos básicos de higiene com os pais das crianças que frequentavam o serviço. Também informamos às crianças a importância das medidas de higiene em casa.

Seguimos um roteiro para a elaboração e organização do relato de experiência sobre a higiene pessoal de pacientes com transtornos mentais (Tabela 1).

N	Etapas
1	Intervenção clínica psicológica
2	Contribuição da equipe multiprofissional para a promoção à saúde
3	Construção coletiva do conhecimento
4	Cuidados com a higiene: paciente e família
5	Identificação de problemas
6	Possíveis soluções em equipe

Tabela 1. Roteiro do relato de experiência.
Fonte: Elaborado pelos autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este estudo teve por objeto a higiene pessoal como aspecto da intervenção clínica de um CAPSi, que funciona como porta de entrada para a assistência à saúde mental e presta atendimento aos portadores de transtornos mentais no contexto da infância e adolescência.

Identificamos a necessidade de criar uma oficina de beleza direcionada aos pacientes e familiares devido às deficiências de higiene corporal percebidas pela equipe durante os atendimentos. Os objetivos foram reforçar a importância dos cuidados básicos corporais, esclarecer dúvidas e discuti-las em grupo.

As oficinas proporcionaram um estreitamento das relações entre equipe e família, pois procuram caminhar no sentido de permitir ao sujeito estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros, determinando a finalidade político-social associada à clínica. Nos serviços de saúde atuais, a ênfase na particularidade de cada caso, o trabalho multiprofissional, a escuta e o respeito ao portador de transtorno mental e a criação de novas estratégias de intervenção no campo social e clínico possibilitaram o retorno da atividade como recurso importante no tratamento clínico e na reabilitação psicossocial.

A oficina vincula-se mais estreitamente à questão do objeto que da própria fala, pois seu funcionamento, seja qual for sua tendência, sempre faz referência a um produto, uma produção material. As oficinas produzem efeitos subjetivos e socializantes por operarem sobre uma superfície material concreta, que possibilita uma circunscrição do gozo fora do corpo do sujeito⁷.

As oficinas estariam, portanto, em um campo inédito, em uma interseção entre o lugar da clínica, especificamente, de um lado, e o lugar das atividades coletivas, de cunho eminentemente sociopolítico, de outro. As oficinas estariam, de fato, no campo do tratamento possível da psicose, da clínica ampliada, que une política e clínica.

Em consonância com os ideais de ressocialização, mais que o desenvolvimento de habilidades, as oficinas prestam-se a introduzir, na cultura, a diferença que a loucura representa, convidando o portador de transtorno mental a “inserir-se em alguma forma de liame social, ou seja, participar de um conjunto de signos que o inscrevam enquanto ser social e político à medida que lhe for possível”⁷.

A nossa vivência e a experiência prática em saúde mental infantil/adolescente levou-nos a refletir as questões acerca dos cuidados relacionados aos cuidados, incluindo higiene pessoal. Presenciamos diversas situações de crianças e adolescentes em precárias condições de higiene, o que não condizia com a realidade de seus responsáveis (em alguns casos). Essa inquietação por parte da equipe foi discutida durante as reuniões de equipe, os casos que identificamos durante nosso atendimento na terapia em grupo ou individualmente que apresentavam higiene pessoal deficiente. Após a discussão dos problemas e em consonância com a equipe, decidimos lançar mão de algumas estratégias, objetivando alcançar a colaboração dos responsáveis e crianças/adolescentes para a melhoria do estado físico de saúde. Para organização das ideias, dividimos nossas experiências e estratégias nas seguintes etapas:

- Primeiro momento: foi criada uma oficina terapêutica com os responsáveis, composta por psicólogos, equipe de enfermagem, farmacêuticos, médicos e equipe de odontologia (os dois últimos como convidados da unidade básica). Foram abordados os aspectos de higiene oral, corporal e do couro cabeludo. Inicialmente, os pais se comprometeram, participando ativamente do processo por meio de oficinas. Acredita-se que são dispositivos de tratamento úteis, que devem suscitar novas práticas e maneiras que os profissionais devem adotar para proporcionar uma assistência integral, rumo à reabilitação psicossocial e à construção de cidadania do portador de doença mental e, ainda, buscar conhecimento para dar suporte aos seus familiares⁴. Entretanto, com o passar do tempo, a presença dos pais diminuiu até não comparecer mais nenhum responsável às oficinas.

Ao nos deparar com essa limitação, levamos o caso novamente para reunião. Discutimos a respeito dos possíveis motivos de desinteresse dos responsáveis, embora muitos soubessem como é importante o cuidado com o corpo, pois era informada de forma direta para os pais nossa percepção ao identificar algum problema, com discussão individual da melhor maneira de ajudá-los.

- Segundo momento: após a avaliação do problema baixa adesão dos pais às oficinas identificou a necessidade de criar outra estratégia que resgatasse a anterior e contribuísse para sua adesão, pois o problema com a higiene pessoal persistia.

Foi criada uma oficina da beleza, que objetivou orientar algumas crianças/adolescentes que apresentaram condições mais precárias de higiene pessoal. As atividades compreendiam lavagem do couro cabeludo, cuidado com as unhas, higiene oral e

maquiagem. Eram prestadas orientações aos pacientes que possuíam algum grau de entendimento e aos seus responsáveis sobre a importância da higiene entre as crianças e adolescentes, com a preocupação de não invadirmos o espaço desses pais em relação à responsabilidade que cabia a eles como indivíduos ativos no processo terapêutico de seus filhos. A adesão foi satisfatória no primeiro mês da oficina. Todavia, ela não se sustentou devido às faltas dos pacientes.

Os responsáveis foram questionados em relação às faltas das crianças na oficina quando estes compareciam com seus filhos para continuidade do tratamento, outros foram questionados durante a reunião de pais, que ocorria na última terça-feira de cada mês. As justificativas foram variadas, entre elas, a falta de recursos financeiros para comparecer às oficinas, mudança de endereço, desemprego do marido, sobrecarga física e mental dos pais e dificuldade de acesso, pois alguns pacientes eram atendidos em mais de um dia durante a semana. Em alguns casos era possível, junto com a assistente social, proporcionar auxílio com recursos do governo. Essa avaliação era feita de acordo com cada caso.

Diante dessas observações, resolvemos construir um estudo reflexivo que abordasse o papel das equipes junto ao CAPSi e suas possibilidades como intervenção, contribuições, efetividade na promoção da saúde e construção coletiva do conhecimento para mudança de realidade.

Acredita-se que as oficinas promovem ações de reabilitação psicossocial e promoção da cidadania que suscitam a interação e participação. Incorporam a família na recuperação desses indivíduos. Essas atividades possibilitam a comunicação entre indivíduos e um incremento de sua rede social e de trabalho^{6, 8}.

Identificou-se a necessidade de novas estratégias adaptativas para o alcance dos propósitos iniciais da equipe, com o intuito de atingirmos pacientes e familiares dentro do contexto: higiene. É sabido que o processo é gradativo e da necessidade do empenho constante. Porém, vale ressaltar que a família é uma instituição ativa no processo de adesão e resposta à terapia proposta, seja na intervenção clínica, na promoção à saúde ou na construção do conhecimento coletivo, tanto para quem o fornece como para quem recebe.

Entendemos que, ao prestar cuidados ao paciente com transtorno mental, identificamos as suas reais necessidades e o quanto é válido dialogar efetivamente acerca das orientações e cuidados pessoais. Deve-se, também, auxiliá-los (usuário e família) esclarecendo dúvidas, possibilitando uma organização adequada à sua situação e perspectiva de vida.

Nesses espaços, as ações, antes centradas nos sinais e sintomas, na classificação de diferentes quadros nosográficos e na medicalização para a loucura, passam a ter outro enfoque, isto é, acolher o usuário e falar de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e reinserção social e, sobretudo, de projetos de vida⁹.

É necessário, ainda, que haja acolhimento, considerado como uma das principais atitudes do profissional inserido nos serviços de saúde, visto que objetiva a qualidade no atendimento e favorece a humanização da assistência. O acolhimento envolve a ideia de aproximação entre trabalhador e usuário a partir de uma assistência que englobe as diversas questões do sujeito e promova a escuta das suas necessidades, o que vai além da recepção,

da aceitação, é a produção de novos valores de solidariedade, responsabilidade social, compromisso e cidadania pelo estabelecimento de vínculo entre trabalhadores e usuários⁸.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético-estética e política, constitutiva dos modos de produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade dos serviços¹⁰.

Consideramos que esse acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com o foco nas relações. Além disso, pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e a rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidários, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito ativo e participante no processo de produção da saúde¹¹.

Um fator de grande relevância é a comunicação referenciada e acreditada por estudiosos da área de saúde como uma importante ferramenta nas ações à saúde. Acreditando-se que ouvir a mensagem emitida, mediante as comunicações verbais e não verbais, implica compreender o que a pessoa expressa e identificar os significados que ela atribui à realidade. É importante considerar, ainda, que, o profissional só deve intervir quando puder contribuir para otimizar a informação e aceitar as pessoas que estão em constante transformação, crescimento e amadurecimento, além de buscar pela autonomia e autorrealização⁸.

Portanto, ao identificar questões adversas, torna-se fácil traçar estratégias específicas de cada grupo de interesse e alcançar o sucesso nas ações, para que se possa atingir o sujeito envolvido, sem eximi-lo de suas responsabilidades e deveres com sua própria saúde.

CONCLUSÃO

Apesar da progressão no ensino-aprendizagem dos responsáveis e pacientes no processo da educação em saúde envolvendo a higiene e do estreitamento das relações entre equipe e familiares, que repercutem positivamente no tratamento do paciente, ainda há limitações que comprometem a adoção de hábitos de higiene adequados.

Na experiência vivida, percebemos a necessidade de avançar em direção ao acolhimento, no processo comunicativo e na qualidade das informações prestadas. Esta última, quando mal administrada, pode interferir diretamente na absorção e adesão às propostas de higiene discutidas pela equipe multiprofissional e identificadas como problemas.

A realidade de nossa reflexão é válida para o constructo deste estudo e da prática assistencial, o papel da equipe multiprofissional diante das questões de higiene e cuidado com o corpo mostra-se fundamental para que essa temática seja compreendida pela família e pelo próprio paciente. Às vezes, não percebemos o quanto influenciamos e contribuimos para ajuda do paciente, seja no processo de construção do conhecimento ou em outro procedimento qualquer.

Consideramos um desafio o processo de comunicação com os pacientes portadores de transtornos mentais e sua família em relação à higienização corporal. Devemos ter sempre em mente que as orientações deverão ser pautadas na individualidade e singularidade de cada usuário, levando em consideração cada contexto familiar e cultural.

Deve-se investir na capacitação de profissionais para atender às necessidades do serviço, sejam elas de caráter teórico e/ou prático, contribuindo de forma significativa para a ampliação dos estudos na área. Além disso, mudanças no espaço físico podem aprimorar as discussões com a família e o paciente, com melhor escuta, poder decisório e relações com a equipe.

Maior comprometimento no acolhimento dos responsáveis e pacientes pode contribuir para uma relação de confiança entre profissional e usuário, proporcionando melhores resultados.

Portanto, esperamos que este estudo contribua para a prática do CAPSi e que novos estudos sobre a temática possam proporcionar avanços em saúde pública e em saúde mental, por meio de propostas de novas ações de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Manual CAPS, 2004. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Leis n. 8.080/90 e 8.142/90. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
3. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Tecora; 1999.
4. Brasil. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
5. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(6): 1501-6.
6. Tonini NS, Maraschin MS, Jorge CC, Silvestro J, Machado JG, Reche K. Acolhimento na perspectiva dos profissionais de saúde que atendem indivíduos com transtorno mental. Nursing. 2012; 15(173): 526-30.
7. Guerra AMC. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contracapa; 2004.
8. Leite MMJ, Martini JG, Feli VEA. Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto (PROENF). Porto Alegre: Artmed; 2006.
9. Amarante P, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU; 2003.
10. Brasil. Cartilha da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
11. Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

Recebido em: 03/03/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 29/10/2014
Publicado em: 01/04/2015

Endereço de contato dos autores:
Valdinei dos Santos Aguiar Júnior.
Rua Menerval Schenkel 40 casa 01 Santa Cruz- Cep: 23525-109
Rio de Janeiro. E-mail: vival_rj@hotmail.com