**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE**

**CURSO DE PSICOLOGIA**

MAYARA FERREIRA PRATA

**O ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

**RECIFE**

**2017**

MAYARA FERREIRA PRATA

**O ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade Pernambucana de Saúde, como requisito para graduação em Psicologia.

Orientador: Prof. Mes. Michele Gomes Tarquino

**RECIFE**

**2017**

**RESUMO**

Com a Reforma Psiquiátrica, novos serviços tornam-se referência no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) são alguns desses modelos emergentes, que propõe a efetivação de uma atenção e cuidado mais humanizado, em relação à perspectiva hospitalocêntrica trazendo como principal ferramenta para uma assistência integral do usuário, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O presente relato de experiência tem como objetivo discutir a importância do acolhimento em saúde mental para a construção do PTS, através da vivência realizada em um CAPS tipo II em um município do estado de Pernambuco. Visa também, destacar os desafios e dificuldades encontrados no seu funcionamento e na atuação dos profissionais nessa área, identificando possíveis saídas para melhorar o atendimento aos indivíduos que buscam ajuda e apoio no serviço .

**Palavras chaves:** Desafios/Dificuldades; PTS; acolhimento; saúde mental.

**SUMÁRIO**

1. **INTRODUÇÃO 05**
2. **MODELO TEÓRICO 10**
3. **JUSTIFICATIVA 11**
4. **PERGUNTA DE PESQUISA 12**
5. **OBJETIVOS 13**
6. **MÉTODOS 14**
   1. Desenho do estudo 14
   2. Local do estudo 14
   3. Período do estudo 14
   4. Aspectos éticos 14
7. **RESULTADOS/DISCUSSÃO 15**
8. **CONSIDERAÇÕES FINAIS 26**
9. **REFERÊNCIAS 27**

**ANEXO 29**

1. **INTRODUÇÃO**

O Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) – Recife – PE, tem como requisito para a formação acadêmica, a Oficina Prática em Saúde Mental. De cordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN,

o planejamento acadêmico das instituições de ensino devem incluir: a observação e descrição do comportamento em diferentes contextos [...]; visitas documentadas através de relatórios a instituições e locais onde estejam sendo desenvolvidos trabalhos com a participação de profissionais de Psicologia; práticas integrativas voltadas para o desenvolvimento de habilidades e competências em situações de complexidade variada, representativas do efetivo exercício profissional, sob a forma de estágio supervisionado; entre outros (BRASÍLIA, 2011).

Sendo assim, durante a oficina, como graduanda, ocorreu a vivência prática dentro de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), experienciando deste modo mais acerca do trabalho dos profissionais que atuam nesse contexto. Ao longo de seis encontros práticos realizados em um CAPS tipo II caracterizado como sendo de assistência a usuários com transtornos mentais, localizado na região metropolitana do Recife, em que foram acompanhadas aproximadamente dez triagens e acolhimentos tanto de novos quanto readmissão de antigos usuários, feitas por diferentes profissionais da equipe, surgiu a ideia de se realizar o presente relato de experiência, enfatizando as particularidades e a relevância da triagem e principalmente do acolhimento,para o acompanhamento do usuário durante todo o seu tratamento no serviço, focando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A Política de Saúde Mental, através da reforma psiquiátrica, amplia e redireciona o cuidado em saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem nessa perspectiva como modelo substituto para as internações hospitalares, tornando o usuário um sujeito ativo em seu tratamento, bem como os seus familiares e a comunidade em que está inserido. Buscando assim, não só formas mais humanizadas de cuidado, mas também trabalhando a autonomia desse indivíduo e a sua reinserção psicossocial, quebrando a visão hospitalocêntrica, onde o paciente era definido e resumido apenas a sua doença (BOCCARDO et al., 2011).

De acordo com Ministério da Saúde, o objetivo do CAPS é:

Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASÍLIA, 2004, p.13).

Para a promoção desse cuidado e melhor eficácia do trabalho realizado nos CAPS, utiliza-se como instrumento central o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que tem como objetivo traçar ações através de discussões interdisciplinares, em busca da estratégia mais adequada de tratamento para cada usuário para além da sua patologia. Ele é elaborado levando em conta as necessidades de saúde de cada usuário, sua história, seu contexto familiar e social, seu modo de compreender a vida e suas subjetividades e singularidades (JORGE et al., 2015).

O PTS é definido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas que configuram um princípio de interdisciplinariedade, recebendo a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões atuantes no serviço ao longo da sua elaboração e que não necessariamente se mantém fixa e única durante todo o acompanhamento do usuário dentro do CAPS(PINTO et al., 2011). Nesse contexto, é preciso dizer que o PTS é visto como fornecedor e gerenciador de cuidado, trabalhando no compartilhamento de saberes centrados no usuário, e também tem como objetivo a produção de independência e apropriação de seu processo de cuidado (BOCCARDO et al., 2011).

Ainda sobre o PTS, segundo o Ministério da Saúde:

o projeto terapêutico deve ser elaborado e executado com a participação de toda a equipe e dos próprios usuários, ser flexível e ter metas claras estabelecidas, conforme a avaliação dos resultados alcançados (...) ter como objetivos, o aumento do conhecimento do paciente sobre os seus problemas, a sua autonomia afetiva, material e social (BRASÍLIA, 2007, p.89).

O início da construção do PTS se dá a partir do momento que o indivíduo procura o CAPS, e vai sendo modificado de acordo com as necessidades do usuário ao longo de todo o seu tratamento. Este primeiro contato feito com o serviço é chamado de acolhimento, onde o profissional responsável por realizá-la, geralmente algum que está de plantão naquele momento, irá recepcionar e ouvir o que é trazido pela pessoa em sofrimento psíquico (BALLARIN et al., 2011). Sendo assim, o acolhimento é definido como uma postura que presume uma atitude do profissional de receber, escutar e tratar de forma humanizada o usuário e as suas demandas (SCHEIBEL, FERREIRA, 2011).

No acolhimento pode ocorrer, mas não obrigatoriamente, o processo de triagem no qual além de acolher o indivíduo, avalia os verdadeiros motivos que o levaram a procurar ajuda ou seja, a sua demanda, que posteriormente será discutida e analisada conjuntamente entre toda a equipe, para que possam ser estabelecidas as atividades que o usuário irá frequentar no CAPS e as suas medicações, dentro das suas possibilidades e dos seus familiares (PINTO et al., 2011).

Apesar de geralmente serem retratadas como tendo funções similares e servirem para o mesmo propósito, o acolhimento e a triagem apresentam conceitos bem diferentes. A triagem tem como objetivo central a avaliação inicial, seleção e análise das demandas que chegam ao serviço para que se possa encaminhar o indivíduo à(s) unidade(s) adequada(s) para o seu tratamento (AZEVEDO, BARBOSA, 2007). Já acolhimento é definido pela Política Nacional de Humanização do SUS como “estar perto de”, ou seja, a aproximação e a relação com o outro, que englobe uma escuta atenta e diálogo que devem e podem ser operados por todos os profissionais do serviço (BRASÍLIA, 2010). Implicando assim, uma atitude dos profissionais do CAPS que permita receber bem os usuários e ouvir de forma adequada e humanizada as suas demandas, mostrando empatia acerca do seu sofrimento, propondo uma abordagem diferenciada na lógica da organização e funcionamento do serviço, descentralizando o atendimento médico corresponsabilizando toda a equipe multiprofissional, aumentando com isso o seu potencial de ação (BALLARIN et al., 2011).

Sejam exercidas em conjunto ou separadamente, dependendo do contexto e objetivos do serviço, acolhimento e triagem são fundamentais no processo de acompanhamento e inserção do indivíduo no CAPS. É o momento em que a equipe de saúde se aproxima pela primeira vez do usuário, nos casos em que o ingresso do indivíduo é pertinente, estabelendendo assim que ele se beneficiará com o que é oferecido pelo serviço, e se inicia o processo de vinculação (BALLARIN et al., 2011).

Durante a prática, diversas dificuldades foram observadas na execução desse modelo proposto para essa nova rede de assistência em saúde mental. Dentre as situações vivenciadas, que provocaram o desejo de elaborar o presente trabalho sobre da relevância do acolhimento no acompanhamento do usúario dentro do serviço, alguns excertos podem ser destacados para contextualizar essa problematização:

“Eu não vou para os grupos, não quero conviver com esses doidos.”

“Pra que eu vou tomar remédio? Não estou doente, não preciso.”

“Não gostei daquela doutora (psicóloga), ela só me passou remédios e disse que tinha que vir para cá duas vezes na semana. Ela nem ouviu o que eu disse, por isso marquei com outra pessoa.”

“Se não for para nenhum dos grupos e não tomar direito o remédio que o médico passou, você não vai melhorar e vai ficar aqui mais tempo.”

Pensando nessa temática, foi estabelecido como objetivo deste relato de experiência, a partir da prática em saúde mental realizada pela estudante: descrever a relevância do acolhimento assim como os desafios encontrados, na construção do Projeto Terapêutico Singular.

1. **MODELO TEÓRICO**
2. **JUSTIFICATICA**

A pesquisa é factível por abordar um tema necessário dentro da área de saúde mental, fornecendo informações para uma maior compreensão da importância do Projeto Terapêutico Singular. É nova, pois abrange uma área emergente que está sendo mais contemplada nas pesquisas e que se faz importante ser discutida. É ética, pois irá respeitar e seguir todas as normas de acordo com o comitê de ética em pesquisas. É relevante, pois irá aumentar e ajudar na maior obtenção de conhecimentos acerca do assunto abordado. É publicável por ser elaborada e embasada de acordo com todos os critérios de uma pesquisa científica.

1. **PERGUNTA DE PESQUISA**

Utilizando como base a prática vivenciada em um CAPS tipo II no estado de Pernambuco, qual a importância do acolhimento em saúde mental para a construção do PTS?

1. **OBJETIVOS**

**5.1 Objetivo Geral**

Discutir a importância do acolhimento em saúde mental na construção do PTS através da prática vivenciada em um CAPS tipo II no estado de Pernambuco.

**5.2 Objetivos Específicos**

* Realizar revisão de literatura acerca do tema.
* Diferenciar acolhimento de triagem em saúde mental.
* Descrever a proposta do Projeto Terapêutico Singular.
* Relatar as dificuldades percebidas para a construção do PTS.

1. **MÉTODOS**
   1. **Desenho do estudo.**

Relato de experiência.

* 1. **Local do estudo.**

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS - Av. Jean Emile Favre, n° 422 Imbiribeira - Recife - PE - CEP: 51.200-060

Fone: (81) 3035.7777

* 1. **Período do estudo.**

O estudo foi realizado de fevereiro de 2016 a maio de 2017.

* 1. **Aspectos éticos.**

Trata-se de um relato de experiência, não envolvendo coleta de dados. Informações sigilosas não serão divulgadas. Por este motivo não houve necessidade de seu encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa, previsto na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

1. **RESULTADOS**

Atendendo as normas de trabalho de conclusão de curso da Faculdade Pernambucana de Saúde, este material será apresentado no formato de um artigo que será submetido a revista O Mundo da Saúde. O presente artigo seguirá as normas para submissões pedidas pela revista que estão no Anexo 1.

**O ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

Mayara Ferreira Prata\*

Michele Gomes Tarquino\*\*

\*Graduanda em Psicologia pela Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife – PE, Brasil. E-mail: mayara\_fp@hotmail.com

\*\*Psicóloga Mestre. Professora adjunta da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife – PE, Brasil. E-mail: micheletarquino@hotmail.com

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

**Resumo:** Com a Reforma Psiquiátrica, novos serviços tornam-se referência no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) são alguns desses modelos emergentes, que propõe a efetivação de uma atenção e cuidado mais humanizada, em relação a perspectiva hospitalocêntrica, trazendo como principal ferramenta para uma assistência integral do usuário, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Assim, o presente relato de experiência tem como objetivo discutir a importância do acolhimento em saúde mental para a construção do PTS, através da vivência realizada no CAPS tipo II, em Camaragibe - PE. Visando também, destacar os desafios e dificuldades encontrados no seu funcionamento e na atuação dos profissionais dentro desse contexto, identificando possíveis saídas para melhorar o atendimento aos indivíduos que buscam ajuda e apoio no serviço .

**Palavras chaves:** Desafios/Dificuldades; PTS; acolhimento; saúde mental.

**The sheltering in Mental Health and the construct of a Singular Therapeutic Project**

**Abstract:** After the implementation of the Psychiatric Reform, new services became a reference in the treatment of people with psychological distress. The Psychosocial Support Centers (CAPS) are some of these emerging models, which proposes the implementation of a more humanized attention and care, in relation to the hospital-centered perspective, bringing as the main tool for a whole assistance of the user, the Singular Therapeutic Project (PTS). Therefore, the present experience report aims to discuss the importance of the sheltering in mental health for the construction of PTS, through the experience performed in CAPS type II, in a municipality of the state of Pernambuco. The present study also highlights the challenges and difficulties encountered in its operation and in the professionals' work within this context, identifying possible ways to improve the assistance to individuals who seek help and support in the service.

**Key words**: Challenges/Difficulties; PTS; sheltering; mental health.

**Introdução**

O Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) – Recife – PE, tem como requisito para a formação acadêmica, a Oficina Prática em Saúde Mental. De cordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN,

o planejamento acadêmico das instituições de ensino devem incluir: a observação e descrição do comportamento em diferentes contextos [...]; visitas documentadas através de relatórios a instituições e locais onde estejam sendo desenvolvidos trabalhos com a participação de profissionais de Psicologia; práticas integrativas voltadas para o desenvolvimento de habilidades e competências em situações de complexidade variada, representativas do efetivo exercício profissional, sob a forma de estágio supervisionado; entre outros¹.

Sendo assim, durante a oficina, como graduanda, ocorreu a vivência prática dentro de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), experienciando deste modo mais acerca do trabalho dos profissionais que atuam nesse contexto. Ao longo de seis encontros práticos realizados em um CAPS tipo II caracterizado como sendo de assistência a usuários com transtornos mentais, localizado na região metropolitana do Recife, em que foram acompanhadas aproximadamente dez triagens e acolhimentos tanto de novos quanto readmissão de antigos usuários, feitas por diferentes profissionais da equipe, surgiu a ideia de se realizar o presente relato de experiência, enfatizando as particularidades e a relevância da triagem e principalmente do acolhimento,para o acompanhamento do usuário durante todo o seu tratamento no serviço, focando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A Política de Saúde Mental, através da reforma psiquiátrica, amplia e redireciona o cuidado em saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem nessa perspectiva como modelo substituto para as internações hospitalares, tornando o usuário um sujeito ativo em seu tratamento, bem como os seus familiares e a comunidade em que está inserido. Buscando assim, não só formas mais humanizadas de cuidado, mas também trabalhando a autonomia desse indivíduo e a sua reinserção psicossocial, quebrando a visão hospitalocêntrica, onde o paciente era definido e resumido apenas a sua doença².

De acordo com Ministério da Saúde, o objetivo do CAPS é:

oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários³.

Para a promoção desse cuidado e melhor eficácia do trabalho realizado nos CAPS, utiliza-se como instrumento central o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que tem como objetivo traçar ações através de discussões interdisciplinares, em busca da estratégia mais adequada de tratamento para cada usuário para além da sua patologia. Ele é elaborado levando em conta as necessidades de saúde de cada usuário, sua história, seu contexto familiar e social, seu modo de compreender a vida e suas subjetividades e singularidades4.

O PTS é definido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas que configuram um princípio de interdisciplinariedade, recebendo a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões atuantes no serviço ao longo da sua elaboração e que não necessariamente se mantém fixa e única durante todo o acompanhamento do usuário dentro do CAPS5. Nesse contexto, é preciso dizer que o PTS é visto como fornecedor e gerenciador de cuidado, trabalhando no compartilhamento de saberes centrados no usuário, e também tem como objetivo a produção de independência e apropriação de seu processo de cuidado2.

Ainda sobre o PTS, segundo com o Ministério da Saúde:

o projeto terapêutico deve ser elaborado e executado com a participação de toda a equipe e dos próprios usuários, ser flexível e ter metas claras estabelecidas, conforme a avaliação dos resultados alcançados (...) ter como objetivos, o aumento do conhecimento do paciente sobre os seus problemas, a sua autonomia afetiva, material e social6.

O início da construção do PTS se dá a partir do momento que o indivíduo procura o CAPS, e vai sendo modificado de acordo com as necessidades do usuário ao longo de todo o seu tratamento. Este primeiro contato feito com o serviço é chamado de acolhimento, onde o profissional responsável por realizá-la, geralmente algum que está de plantão naquele momento, irá recepcionar e ouvir o que é trazido pela pessoa em sofrimento psíquico7. Sendo assim, o acolhimento é definido como uma postura que presume uma atitude do profissional de receber, escutar e tratar de forma humanizada o usuário e as suas demandas8.

No acolhimento pode ocorrer, mas não obrigatoriamente, o processo de triagem no qual além de acolher o indivíduo, avalia os verdadeiros motivos que o levaram a procurar ajuda ou seja, a sua demanda, que posteriormente será discutida e analisada conjuntamente entre toda a equipe, para que possam ser estabelecidas as atividades que o usuário irá frequentar no CAPS e as suas medicações, dentro das suas possibilidades e dos seus familiares5.

Apesar de geralmente serem retratadas como tendo funções similares e servirem para o mesmo propósito, o acolhimento e a triagem apresentam conceitos bem diferentes. A triagem tem como objetivo central a avaliação inicial, seleção e análise das demandas que chegam ao serviço para que se possa encaminhar o indivíduo à(s) unidade(s) adequada(s) para o seu tratamento9. Já acolhimento é definido pela Política Nacional de Humanização do SUS como “estar perto de”, ou seja, a aproximação e a relação com o outro, que englobe uma escuta atenta e diálogo que devem e podem ser operados por todos os profissionais do serviço10. Implicando assim, uma atitude dos profissionais do CAPS que permita receber bem os usuários e ouvir de forma adequada e humanizada as suas demandas, mostrando empatia acerca do seu sofrimento, propondo uma abordagem diferenciada na lógica da organização e funcionamento do serviço, descentralizando o atendimento médico corresponsabilizando toda a equipe multiprofissional, aumentando com isso o seu potencial de ação7.

Sejam exercidas em conjunto ou separadamente, dependendo do contexto e objetivos do serviço, acolhimento e triagem são fundamentais no processo de acompanhamento e inserção do indivíduo no CAPS. É o momento em que a equipe de saúde se aproxima pela primeira vez do usuário, nos casos em que o ingresso do indivíduo é pertinente, estabelendendo assim que ele se beneficiará com o que é oferecido pelo serviço, e se inicia o processo de vinculação7.

Durante a prática, diversas dificuldades foram observadas na execução desse modelo proposto para essa nova rede de assistência em saúde mental. Dentre as situações vivenciadas, que provocaram o desejo de elaborar o presente trabalho sobre da relevância do acolhimento no acompanhamento do usúario dentro do serviço, alguns excertos podem ser destacados para contextualizar essa problematização:

“Eu não vou para os grupos, não quero conviver com esses doidos.”

“Pra que eu vou tomar remédio? Não estou doente, não preciso.”

“Não gostei daquela doutora (psicóloga), ela só me passou remédios e disse que tinha que vir para cá duas vezes na semana. Ela nem ouviu o que eu disse, por isso marquei com outra pessoa.”

“Se não for para nenhum dos grupos e não tomar direito o remédio que o médico passou, você não vai melhorar e vai ficar aqui mais tempo.”

Pensando nessa temática, foi estabelecido como objetivo deste relato de experiência, a partir da prática em saúde mental realizada pela estudante: descrever a relevância do acolhimento assim como os desafios encontrados, na construção do Projeto Terapêutico Singular.

**Resultados e Discussão**

O CAPS observado conta com uma equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, gerente, psicólogas, educador social, médicos psiquiatras e residentes. Quase todos os profissionais que atuam no serviço e estavam trabalhando nos dias em que a estudante estava presente, foram vistos realizando algum acolhimento e/ou triagem.

A maior parte das atividades operadas no serviço são em grupos, ministradas por profissionais variados, dependendo da sua área de atuação e afinidade, em diferentes dias da semana. Vale salientar que, exceto triagens, acolhimentos e atendimentos pontuais com o técnico de referência, o atendimento individual em psicoterapia não era realizado dentro do serviço. Os usuários que estavam sendo admitidos e que sentiam necessidade de marcar um atendimento com alguém da equipe, independente do motivo (queixas, ajuste de medicações, novas informações, entre outros), teriam que passar por uma espécie de nova triagem, afim de registrar e atender essas solicitações se for possível. A qual, ao longo da vivência dentro do CAPS, se mostrou sendo um atendimento muito mais técnico, sem muita receptividade e atenção por parte do profissional. Ou seja, o ato de acolhimento em si não era amplamente colocado em prática como era pretendido.

Durante todos os encontros vivenciados dentro do CAPS, os acolhimentos que puderam ser observados revelaram-se extremamente relevantes no ingresso do indivíduo dentro do serviço, principalmente para aqueles que estavam sendo readmitidos, já que nesse novo contato aparentavam estar mais confiantes que ali poderiam encontrar novamente o suporte necessário para tratar o seu sofrimento. Para esses antigos usuários, a sua ficha anterior contento todas as anotações, observações e análises feitas do seu tratamento são importantes para que possa se perceber como está o seu quadro agora em contrapartida com a primeira passagem pelo serviço. Podendo assim, fazer com que o profissional averigue mais facilmente qual seria essa nova demanda e a melhor possibilidade de tratamento para esse segundo momento. Foi observado também que o usuário readmitido geralmente já vinha com uma imagem e um vínculo preestabelecido com o CAPS, sabendo do seu funcionamento e confiante de que teria assistência para lidar com o seu adoecimento.

Boa parte dos indivíduos que ingressaram no serviço, apresentavam certa relutância em iniciar as ações propostas para ele no CAPS, sob a premissa de não quererem frequentar aquele ambiente. Com essa grande contrariedade na inserção dos usuários nas atividades realizadas dentro do serviço e manter a sua frequência, se faz extremamente importante a criação de uma boa ligação com os mesmos, para que assim se possa desconstruir essa visão negativa acerca da necessidade de tratamento. Dessa forma, a tentativa de se iniciar e consolidar um vínculo entre profissionais/serviço/indivíduo é extremamente necessária para que haja a adesão do usuário ao CAPS, se sentindo acolhido e reconhecendo o espaço como o lugar que poderá ajudá-lo.

Na prática, as triagens eram essencialmente realizadas mais como entrevistas semi entruturadas, de maneira muito pontual, sem realmente favorecer uma aproximação com o usuário. Os profissionais se mostraram focados em perguntar e saber mais apenas sobre os sintomas que o indivíduo estava apresentando, deixando pouco espaço para que o mesmo relatasse a sua queixa, acerca do seu sofrimento. Com isso, durante a maioria das triagens, a busca por aproximação e a criação de uma relação com o usuário, se mostrou por vezes negligenciada.

A vulnerabilidade técnica dos profissionais na construção do vínculo foi principalmente percebida como tendo início na maneira como o indivíduo é recebido no serviço. Em certa triagem acompanhada pela estudante, o usuário atendido chegou a relatar que pediu um segundo atendimento por não ter gostado e se sentido bem com o que foi dito pelo primeiro profissional, que precisava de uma segunda opnião. Mostrando assim, como esse acolhimento, podendo ou não ocorrer juntamente com a triagem, se faz essencial para que se estabeleça uma relação positiva entre o serviço e o indivíduo, bem como seus familiares e/ou responsáveis.

De acordo com Rinaldi11, os profissionais atuantes nos CAPS tem a escuta como instrumento que marca essa nova assistência em saúde mental, o que se apresenta como sendo um dos grandes avanços nas transformações no tratatamento do sofrimento psiquíco. É nessa escuta que o usuário, “ se dá a conhecer, mesmo que não possa reconhecer-se no que diz”.

Nesse contexto, a recepção, onde se exerce essa escuta qualificada, reconhecendo e analisando as necessidades do indivíduo, realizada pelo profissional se faz, em vários momentos, confusa para toda a equipe, que acabava não diferenciando, tanto teoricamente quanto na prática, a triagem do acolhimento. Transparecendo assim, não ter total clareza sobre o que é, qual a maneira que deve ser estruturada e o que precisa ser levado em conta para que seja bem feita. Em diversas situações os profissionais aparentaram estar desorientados acerca de quem estaria realizando as triagens e os acolhimentos naquela tarde, chegando até, em um determinado momento, a repassar à outro da equipe o prontuário do usuário para que o profissional fizesse o atendimento em seu lugar, com o indivíduo presenciando a troca.

Sendo assim, em quase todos os acompanhamentos, o conhecimento e a apropriação do saber acerca do que eticamente deveria ou não ser feito e dito ao longo da triagem se mostrou frágil, já que houve momentos em que os profissionais nitidamente não sabiam como lidar com certos relatos e acabavam encerrando a triagem antes do previsto, interrompendo a fala do usuário durante o atendimento ou dizendo algo impróprio que acabava, de certa maneira, constrangendo o mesmo.

Segundo Bezerra12, há a necessidade de que para além de uma boa formação teórica, dos novos profissionais que estão inseridos nessa nova estrutura de assistência que emergiu com a Reforma Psiquiátrica, é imprescindível que os mesmos saibam aplicar cotidianamente esse seu saber. Ressalta também, a importância de exercer esse modelo, trabalhando a subjetividade de cada integrante da equipe multidisciplicinar que, de muitas formas, segue sendo dotada ainda de conceitos do modelo manicomial. Ou seja, conhecimento, preparo e comprometimento são os pontos principais para uma boa atuação dos profissionais que trabalham no CAPS, responsáveis por cuidar dos usuários ali inseridos, para que práticas utilizadas anteriormente nos hospitais psiquiátricos não cheguem a se instalar nessa nova proposta emergente13.

Nessa perspectiva, ainda de acordo com Bezerra,

novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, todos esses são temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista12.

O profissional que recebe a pessoa nessa primeiro contato, em sua maioria, fica responsável em ser sua referência para uma escuta individual, acompanhamento posterior do Projeto Terapêutico Singular e mediação das demandas do usuário frente a equipe ao longo do seu tratamento, denominado assim, Técnico de Referência (TR). Além disso, ele que levará tudo o que é trazido para os demais da equipe multidisciplinar que integram o serviço. Logo, irão em conjunto traçar o PTS de cada usúario que for avaliado necessário, o que em grande parte é a maioria dos que procuram o CAPS, sempre de acordo com suas limitações e possibilidades5. Sendo assim, se faz importante ouvir atentamente e deixar que a pessoa, bem como seu acompanhante (familiar e/ou cuidador), relate tudo aquilo que estiver afligindo-a para que se obtenha máximo de informações relevantes sobre o usuário, favorecendo para um maior conhecimento acerca das suas necessidades.

A construção do PTS se dá de forma dinâmica e flexível. Os usuários que entram no serviço já tem o seu projeto iniciado no momento que chegam ao CAPS, logo na sua recepção, seu acolhimeno. Os profissionais que acompanham cada pessoa, independente da sua especialidade, foram observados atualizando constantemente os PTS, tendo a liberdade de posteriormente traçar e incorporar, em diálogo com os demais da equipe, novos possibilidades de tratamento para aquele usuário. Desde modo, o compartilhamento em equipe de saberes e percepções, base para a elaboração PTS, exige sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, que envolvem quatro grandes pilares: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação14.

Trocas de medicações e mudança para outros grupos ou turno (manhã e tarde), de acordo com as atuais necessidades relatadas nos atendimentos, foram presenciadas pela estudante. Sempre levando em consideração não apenas o que era expressado pelo indivíduo, mas as restrições já conhecidas pela equipe acerca do mesmo. Sendo as limitações mais observadas: a dificuldade para chegar ao CAPS; não ter um responsável que pudesse acompanhá-lo ao serviço, seja para buscar a medicação ou comparecer a algum atendimento; e relutância em aceitar o seu adoecimento.

Partindo dessa problematização, pode-se dizer que a maioria dos obstáculos e desafios enfrentados pelos profissionais do CAPS como um todo, e principalmente na elaboração e continuidade do PTS, foram: manter o interesse dos usuários para participar dos grupos e oficinas ali realizadas; fragilidade na formação e aplicação técnica dos trabalhadores do serviço; hesitação em reconhecer a necessidade de tratamento. Sendo importante frisar que será já no acolhimento onde as demandas serão conhecidas, as quais sarão base para o início do PTS do usuário, buscando sua adequação ao mesmo, a partir da avaliação contínua pelo TR e pelos demais membros da equipe levando em conta os seus aspectos biopsicossociais. Instalando assim uma nova terapêutica, não mais hegenômica, focada apenas nos medicamentos, e sim, associada a outros recursos como escuta, acolhimento e vínculo. Propiciando com isso, um cuidado integral, farmacológica e não farmacológica.

Deste modo, “o trabalhador atua por meio da boa recepção desses sujeitos, do diálogo, da escuta acolhedora, da formação de vínculos afetivos, do estabelecimento de parcerias e da valorização do projeto de vida desses indivíduos. O trabalhador também escuta seus sonhos, suas incapacidades, seus medos, numa interação horizontal e democrática entre usuário/trabalhador/família5.”

**Considerções Finais**

Partindo da análise do que foi experenciado, bem como da revisão de literatura científica sobre os conceitos aqui trabalhados, pode-se confirmar a relevância do acolhimento dentro do serviço. Um instrumento, caracterizado como porta de entrada para a construção do Projeto Terapêutico Singular, que se faz extremamente necessário, já que traz um olhar muito mais humanizado e dinâmico para o que antes foi tido como inflexível e padronizado. Utilizando ao longo da sua elaboração, a participação conjunta e integral não só dos usuários e profissionais que trabalham no CAPS, mas também dos familiares e da comunidade em que o indivíduo está inserido.

Sendo assim, através das observações realizadas, concluiu-se que esse novo modelo de assistência, que tem o PTS como grande diferencial na sua proposta de um cuidado ampliado, ainda tem muito o que ser compreendido e possivelmente aperfeiçoado, como a maior instrução dos profissionais sobre o reconhecimento do que é o acolhimento e o crescimento na estruturação do PTS em conjunto com os usuários que frequentam o CAPS. Salientando assim, a necessidade de fornecer uma escuta integral, facilitando e permitindo o estabelecimento de um vínculo com o indivíduo, consequentemente tornando o seu tratamento e reinserção social mais fluidos e efetivos.

**Referências**

¹ Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 5, de 15 de março de 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Diário Oficial da União, Brasília, 16 março, 2011 – Seção 1 – p. 19.

² Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues F, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr, 2011.

³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de SM. Saúde no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

4 Jorge MSB; Diniz AM; Lima LL; Penha JC. Apoio matricial, Projeto Terapêutico Singular e produção do cuidado em saúde mental. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jan-Mar, 2015; 24(1): 112-20.

5 Pinto DM; Jorge MSB.; Pinto AGA; Vasconcelos MGF; Cavalcante CM; Flores AZT, et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jul-Set, 2011; 20(3): 493-302.

6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

7 Ballarin MLGS; Ferigato SH; Carvalho FB; Miranda IMS. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. O Mundo da Saúde, São Paulo, 2011; 35(2):162-168.

8 Scheibel, A.; Ferreira, LH. Acolhimento no CAPS: Reflexões acerca da assistência em saúde mental. Revista Baiana de Saúde Pública; v.35, n.4, p.966-983 out./dez, 2011.

9 Azevedo JMR; Barbosa MA. Triagem em serviços de saúde: Percepções dos usuários. Revista Enferm UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar, 2007; 15(1):33-9.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

11 Rinaldi DL. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. Em Pauta (Rio De Janeiro) , Rio de Janeiro, 2000; v. 16, p. 7-18.

12 Bezerra Júnior B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007; 17(2):243-250.

13 Costa A, Silveira M, Vianna P, Silva-Kurimoto T. Desafos da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2012; 7, 46-53.

14 Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2014; 19(8):3561-3571.

1. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo da produção do presente trabalho, pôde ser discutido e confirmado a relevância do acolhimento como uma ferramenta fundamental para que o PTS possa ser construído e efetivado da maneira mais adequada, com e para todos os usuários que frequentam o serviço. Puderam ser observados na prática, desafios diários na aplicação dessa proposta substitutiva aos modelos hospitalocêntricos. O que, por sua vez, ressalta a importância da melhor preparação e capacitação dos profissionais para uma execução qualificada do acolhimento para a elaboração do PTS dentro do CAPS.

Sugere-se a continuidade de estudos e produções acerca do acolhimento como postura, buscando uma maior compreensão sobre a sua importância não só em saúde mental, mas também em outras áreas e contextos, como hospitalar, escolar ou organizacional, onde os indivíduos possam buscar e receber ajuda para o seu sofrimento de forma eficaz, independente do profissional que o atenda.

1. **REFERÊNCIAS**

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. **Triagem em serviços de saúde: Percepções dos usuários.** Revista Enferm UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar, 2007; 15(1):33-9.

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. B. et al. **Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço.** O Mundo da Saúde, São Paulo, 2011; 35(2):162-168.

BEZERRA JÚNIOR, B. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007, 17(2):243-250.

BOCCARDO, A.C.S., ZANE, F.C., RODRIGUES, F. et al. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 5, de 15 de março de 2011. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia**. Diário Oficial da União, Brasília, 16 março, 2011 – Seção 1 – p. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de SM. **Saúde no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília. 2004.

CARVALHO, L. G. P.; MOREIRA, M. D. S.; RÉZIN. L. A. et al. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potensialidades e limitações**. O Mundo da Saúde, São Paulo, 2012; 36(3):521-525.

COSTA, A., SILVEIRA, M., VIANNA, P. et al. **Desafos da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 7, 46-53; 2012.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. **O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 2014; 19(8):3561-3571.

JORGE, M. S. B.; DINIZ, A. M.; LIMA, L. L. et al. **Apoio matricial, Projeto Terapêutico Singular e produção do cuidado em saúde mental**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jan-Mar, 2015; 24(1): 112-20.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** Campinas, SP: [s.n.]. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007.

PINTO, D. M.; JORGE M. S. B.; PINTO, A. G. A. et al. **Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jul-Set, 2011; 20(3): 493-302.

RINALDI, D. L. (2000) **O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura**. Em Pauta (Rio De Janeiro) , Rio de Janeiro, v. 16, p. 7-18.

SCHEIBEL, A., FERREIRA, L. H. **Acolhimento no CAPS: Reflexões acerca da assistência em saúde mental.** Revista Baiana de Saúde Pública; v.35, n.4, p.966-983 out./dez, 2011.

**ANEXO 1 – NORMAS DE SUBMISSÕES DA REVISTA O MUNDO DA SAÚDE**

**Seções**

Serão aceitos manuscritos relacionados às seguintes seções:

• **artigo original** — produção resultante de pesquisa de natureza experimental, observacional ou documental; incluem-se, também, ensaios teóricos relevantes, que apresentam tema e/ou abordagem originais. Deve conter: introdução (apresentação de justificativa, objetivos e referenciais teóricos), metodologia (casuística e procedimentos), resultados, discussão e conclusão.

• **relato de experiência** — apresentação sucinta que apresenta integral ou parcialmente dados específicos oriundos de experiência científica agem originais. Deve conter: introdução (apresentação de justificativa, objetivos e referenciais teóricos), metodologia (casuística e procedimentos), resultados, discussão e conclusão.

• **estudo de caso** — produção decorrente de uma estratégia de pesquisa de natureza exploratória ou descritiva com o propósito de caracterizar um contexto da vida real no qual ocorreu um processo de intervenção.

**Informações Complementares**

• **artigos originais** — devem ter até 30.000 caracteres com espaços, excluindo resumo, tabelas, gráficos, ilustrações e referências.

• **relatos de experiência** — devem ter até 20.000 caracteres com espaços, excluindo resumo, tabelas, gráficos, ilustrações e referências.

• **referências** — devem limitar-se a 25 (vinte e cinco), salvaguardadas as devidas exceções.

**Preparo dos manuscritos**

As normas para a apresentação de manuscritos para a revista**O Mundo da Saúde** baseiam-se no documento "Requisitos de uniformidade para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos e declarações suplementares do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos".

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade de seus autores.

O manuscrito a ser submetido à apreciação para publicação deverá apresentar as seguintes características técnicas:

**Formato**   
• Texto gravado em extensão doc ou docx, em fonte times new roman, corpo 12, espaçamento 1,5 e folha tamanho A4, com todas as margens de 2,0 cm.

**Idioma**  
• Serão aceitos textos redigidos nos idiomas português, inglês e espanhol.

**Tópicos do manuscrito**

• Os tópicos a compor o manuscrito devem ser apresentados cada um deles em página própria, obedecendo à seguinte sequência: página de identificação, resumo e descritores, texto, tabelas, gráficos e quadros, agradecimentos, referências.

• As páginas devem ser numeradas.

**Página de identificação**

a) título do artigo – completo, incorporando, se necessário, título complementar ou subtítulo, e conciso. Limite de 95 caracteres incluindo espaços.  
b) nome de cada autor por extenso, sem abreviações.  
c) qualificação de cada autor: graduação e titulação acadêmica (começando pela mais elevada).  
d) vínculo institucional, incluindo o departamento/setor, cidade, estado e país.  
e) endereço para correspondência e endereço eletrônico do autor responsável pelo manuscrito.  
f) no caso de o pesquisador ter recebido auxílio, mencionar o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.  
g) no caso de o manuscrito resultar de tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada. **Conflitos de Interesse**

Todos os participantes no processo de publicação e avaliação por pares devem revelar as relações que possam ser consideradas potenciais conflitos de interesses. Os conflitos de interesse existem quando um autor (ou sua instituição), o parecerista ou editor tem vínculos de ordem financeira ou pessoal que influencia impropriamente suas ações.

**Resumos e palavras-chave**

**Resumo** —estruturado em português e inglês (abstract) com no máximo 250 palavras, enunciando introdução, objetivo do estudo ou investigação, metodologia, resultados e discussão, conclusões mais importantes. Texto escrito sequencialmente sem a menção dos subtítulos. (vide modelo no Anexo A).

**Palavras-chave** — citação de três a cinco palavras-chave tendo como referência o Vocabulário Controlado em Ciências da Saúde — DeCS da BIREME ou, se em inglês, do Medical Subject Headings (MeSH).

**Corpo do texto**

**Texto** — A estrutura do manuscrito variará conforme a natureza do trabalho, se artigo original, artigo de revisão, relato de experiência, estudo de caso ou comunicação. (sobre a estrutura do manuscrito, consulte o Item “Instruções aos autores/Seções”).

**Tabelas, gráficos**—devem ser incorporados ao manuscrito desde que com as citações de: título, fonte, ano e dados complementares, se houver, e numerados consecutivamente, com algarismos arábicos, segundo a ordem de citação no texto.

**Ilustrações**—devem estar em alta resolução, com no mínimo 300 dpi.  
a) se houver ilustração extraída de outro trabalho, previamente publicado, o autor deve solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.  
b) caso sejam utilizadas imagens de pessoas, só serão veiculadas se acompanhadas de permissão por escrito para divulgação.

**Abreviaturas e Símbolos**— se houver, devem ser incorporados ao manuscrito de forma padronizada, seguidos das respectivas legendas.

**Agradecimentos**  
Ao final do manuscrito, podem ser mencionados os agradecimentos, destacando: as contribuições de profissionais por orientações técnicas e/ou apoio financeiro ou material, especificando a sua natureza. Os citados nos agradecimentos devem autorizar expressamente sua menção. Os autores devem se responsabilizar, mediante assinatura de termo específico, por essa autorização.

**Referências**   
a) cada **citação no texto** deve ser indicada com um número sobrescrito.  
b) as referências devem ser apresentadas segundo as“Orientações para publicação de referências em artigos científicos na área da saúde”, conforme a normalização de Vancouver.

**Exemplos**segundo Requisitos de uniformidade para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos e declarações suplementares do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: writing and editing for Medical Publication):

**Como citar periódicos**

**1. Artigo de periódico**

**Escreva os seis primeiros autores seguidos por et al. (Recomendamos que sejam escritos todos os autores)**: Neves-Arruda E, Bittencourt MS, Gonçalves FA. Atributos profissionais dos cuidadores da pessoa com câncer: perspectiva de enfermeiras. Cogitare Enferm. 1996 Jun 30;1(1):85-90.

**Como opção, se o periódico tiver sua paginação continuada durante todo o volume (como muitos periódicos médicos fazem), o mês e o dia podem ser omitidos:**  
Neves-Arruda E, Bittencourt MS, Gonçalves FA. Atributos profissionais dos cuidadores da pessoa com câncer: perspectiva de enfermeiras. Cogitare Enferm. 1996;1(1):85-90.

**Mais de seis autores:** Martins LC, Latorre MRDO, Cardoso MRA, Gonçalves FLT, Saldiva PHN, Braga ALF, et al. Poluição atmosférica e atendimentos por pneumonia e gripe na cidade de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 2002;36(1):88-94.

**Como opção, uma única base de dados pode ser citada:**  
Neves-Arruda E, Bittencourt MS, Gonçalves FA. Atributos profissionais dos cuidadores da pessoa com câncer: perspectiva de enfermeiras. Cogitare Enferm. 1996;1(1):85-90. LILACS Id: 265203.

**2. Volume com suplemento**  
Mendonça MHM. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas equitativas. Cad Saúde Pública. 2002;18 Supl 1:S113-20.

**3. Número com suplemento**  
Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

**4. Paginação em numerais romanos**  
Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. Bioethics. 2002;16(2):iii-v.

**Como citar livros e monografias**

**5. Autor(es) pessoal(ais)**: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

**6. Editor(es), compilador(es) como autor(es)**: Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

**7. Capítulo de livro**: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

**8. Anais de congress**: Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

**9. Apresentação em congress**: Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

**10. Dissertação**: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

**Como citar outros trabalhos publicados**

**11. Artigo de jornal**: Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

**12. Material audiovisual**: Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [videocassette]. Secaucus (NJ): Network for Continuing Medical Education; 2002.

**13. Legislação**  
**Lei:**Veterans Hearing Loss Compensation Act of 2002, Pub. L. No. 107-9, 115 Stat. 11 (May 24, 2001).

**14. Dicionários e referências similares**

Dorland's illustrated medical dictionary. 29th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. Filamin; p. 675.

**Material eletrônico**

**15. CD-ROM**  
Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

**16. Artigo de periódico na Internet**

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: [**http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle**](http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle)

**17. Monografia na Internet**

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: [**http://www.nap.edu/books/0309074029/html/**](http://www.nap.edu/books/0309074029/html/)

**18. Homepage**

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: [**http://www.cancer-pain.org/**](http://www.cancer-pain.org/)