

A SAÚDE MENTAL NO BRASIL E OS SEUS DESAFIOS NA ATUALIDADE

THE MENTAL HEALTH IN BRAZIL AND ITS CURRENT CHALLENGES

Adriana Pedrosa Barbosa¹

RESUMO

Considerando a reforma psiquiátrica no Brasil uma mudança de paradigma no campo da Saúde Mental, nos debruçamos na compreensão deste campo na atualidade. Desta forma, os objetivos deste artigo consiste em: investigar o modelo de saúde mental existente no Brasil antes da criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), marcos históricos e contribuições; descrever aspectos do campo da saúde mental e atuação do CAPS e identificar os principais desafios do campo da saúde mental na atualidade. Estima-se que no Brasil, 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental, dentre elas, 5 milhões (3% da população) são afetadas em níveis graves e persistentes. Justifica-se a necessidade de abordar a temática pois envolve a garantia de direitos humanos e a qualidade de vida das pessoas. A metodologia adotada é de revisão bibliográfica e pesquisa documental, de natureza qualitativa com a sistematização da literatura no período de 2001 até 2019. Considerando os resultados dos referenciais teóricos, apontam que: há um retrocesso em curso no que tange a saúde mental no Brasil; as mudanças na política de saúde mental vão de encontro à reforma psiquiátrica que clama por uma nova mobilização social, como houve outrora. A compreensão desta problemática visa suscitar o debate na perspectiva do papel da psicologia enquanto ciência e profissão, contribuindo no desenvolvimento de uma sociedade mais empática com o sofrimento mental das pessoas.

Palavras-chave: Saúde Mental no Brasil. Reforma Psiquiátrica. CAPS. Retrocessos. Desafios atuais.

ABSTRACT

Considering the psychiatric reform in Brazil a paradigm shift in the field of Mental Health, we focus on understanding this field today. Thus, the objectives of this article are to: to investigate the existing mental health model in Brazil before the creation of the psychosocial care center (CAPS), historical milestones and contributions; describe aspects of the mental health field and CAPS performance and identify the main challenges in the mental health field today. In Brazil, it is estimated that 23 million people (12% of the population) require some mental health care, among them 5 million (3% of the population) are affected at severe and persistent levels. The need to address the issue is justified because it involves the guarantee of human rights and the quality of life of people. The methodology adopted is a literature review and documentary research, of qualitative nature with the systematization of the literature from 2001 to 2019. Considering the results of the theoretical references, they point that: there is an ongoing setback regarding mental health in Brazil; changes in mental health policy go against psychiatric reform and these challenges call for a new social mobilization as there was once. Understanding this problem aims to raise debate from the perspective of the role of psychology as a Science and profession, contributing to the development of a more empathic society with people's mental suffering.

Keywords: Mental Health in Brazil. Psychiatric Reform. CAPS. Returns. Current Challenges.

¹ Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU) – Recife/PE. E-mail: adryanpb@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil foi sendo construído a partir da década de 70 com diversos movimentos sociais até sua culminância com a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. No modelo manicomial, muitos doentes tinham seu estado de saúde agravado pelo isolamento social, castigo, abandono, entre outros problemas dentro do hospital. O louco era objeto de estudo onde se isolava e tratava a doença e não a pessoa doente, assim, a produção do saber científico da época se deu à custa de muitas pessoas.

A Reforma Psiquiátrica representa não apenas a desospitalização, sobretudo, a desinstitucionalização, a saber, olhar para o sujeito. Essa mudança de visão de sujeito, ou seja, aquele que deixa de ser objeto e passa a ser sujeito implicado em sua vida e suas escolhas, leva a uma mudança de lugar social. Dessa forma, passamos a uma compreensão de um sujeito social, um cidadão.

Cabe ressaltar a profunda relação entre a Reforma Psiquiátrica brasileira com a Psiquiatria Democrática italiana, sobretudo no que diz respeito ao modelo de atenção territorial e suas consequências diretas na transformação do modelo asilar. Nessa perspectiva, surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), constituindo assim uma conquista social e política, uma nova forma de cuidado à saúde mental no país.

Destarte, o artigo tem como objetivo geral discorrer sobre a saúde mental no Brasil e seus desafios na atualidade. Os objetivos específicos são: investigar o modelo de saúde mental existente no Brasil antes da criação do CAPS, marcos históricos e contribuições; descrever aspectos do campo da saúde mental e atuação do CAPS e identificar os principais desafios do campo da saúde mental na atualidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças e transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), entre 75% e 85% das pessoas que sofrem desses transtornos, não têm acesso a tratamento adequado. Estima-se que no Brasil, 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum tipo de atendimento em saúde mental, dentre elas, 5 milhões (3% da população) são afetadas em níveis graves e persistentes (AGÊNCIA BRASIL, 2010).

Justifica-se debruçarmos sobre esta temática, pois envolve a garantia de direitos humanos e a qualidade de vida das pessoas. Observar-se que os investimentos no campo da saúde mental são insuficientes, o que favorece ao crescimento do índice de sofrimento psíquico e agravamento de quadros. De acordo com a Organização Pan-Americana de saúde (OPAS), 2019, os países investem apenas 2% de seus orçamentos em saúde mental e apela para que se invista mais em prevenção e tratamento. A saúde mental é cada vez mais reconhecida como uma prioridade global e desenvolvimento econômico (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2019). Para se alcançar um desenvolvimento sustentável, a ONU defende que os países assumam o compromisso que inclua saúde mental e bem estar como prioridade.

Na contramão de tais recomendações, surge a Nota Técnica 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS e o Decreto Presidencial nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Diante do cenário político atual no Brasil, cabe refletirmos os impactos destes documentos. Como fica a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a inserção do hospital psiquiátrico compondo esta rede? Precisamos refletir os rumos da saúde mental no país e como podemos enfrentar os desafios que compulsoriamente nos deparamos.

Desse modo, o presente trabalho visa contribuir no debate e problematização deste tema, que perpassa pelo fazer da psicologia no que tange ao cuidado com o outro. A psicologia enquanto ciência e profissão tem muito a contribuir neste campo através de um fazer e compromisso ético na defesa dos direitos humanos. É papel dos psicólogos se posicionar em defesa das pessoas com transtorno mental que em sua maioria contam o Sistema Único de Saúde (SUS) para o seu tratamento.

Para entender o cenário atual é fundamental um resgate da história do campo da saúde mental, a qual será apresentada brevemente neste trabalho. No levantamento da literatura brasileira, encontramos autores como Paulo Amarante e Antônio Lancetti que muito contribuíram no processo de desinstitucionalização no Brasil, sendo abordada algumas de suas ideias. Entende-se que a garantia de uma assistência em saúde mental de qualidade deve alcançar a todos que necessitem, todavia, se a reforma psiquiátrica está ameaçada, é a própria sociedade que está em risco.

1 METODOLOGIA

O presente artigo é constituído por uma pesquisa de revisão bibliográfica e pesquisa documental, de natureza qualitativa. A primeira é desenvolvida a partir de material já produzido, principalmente através de livros e artigos científicos. A segunda tem como principal característica a natureza da fonte que se baseia em materiais que ainda não receberam nenhum tratamento analítico (GIL, 2008). Segundo Minayo (2002), a pesquisa de natureza qualitativa está voltada para um universo de significados, entre outras motivações de estudo, que visa um aprofundamento nos fenômenos que não se reduzem a dados numéricos, ou seja, que não se medem estatisticamente.

Foi realizada uma pesquisa na base de dados do Scielo, pelos descritores saúde mental e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para abordar o fenômeno de interesse deste trabalho, a amostra partiu de um universo de 130 artigos. Considerando a lei da reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216/01) um marco histórico, a literatura selecionada foi delimitada a partir da publicação desta lei, tendo como base o período entre 2001 até 2019. De 130 artigos diversos que surgiram, foram selecionados 21 por títulos que se aproximavam do foco deste trabalho, dos quais, após uma leitura crítica foram escolhidos 12. Desta forma, a amostra é composta por 12 artigos e 4 livros. Integraram também a coleta de dados, informações do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde.

Foram considerados no critério de inclusão artigos e livros ligados aos seguintes aspectos: história dos hospitais psiquiátricos, criação dos CAPS, estratégias de atuação no território como a clínica peripatética, criação da rede de atenção psicossocial (RAPS) e desafios atuais da reforma psiquiátrica. Os critérios de exclusão foram: idiomas que diferiam da língua portuguesa, artigos anteriores a 2001, relatos de caso, pesquisas específicas de uma região, e psicofármacos. Registra-se que por se tratar de uma pesquisa de revisão bibliográfica e documental, não houve implicação de nenhum risco.

2 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL ANTES DA CRIAÇÃO DO CAPS, MARCOS HISTÓRICOS E CONTRIBUIÇÕES

O modelo de saúde mental existente no Brasil antes da criação dos CAPS, contava com os hospitais psiquiátricos e o saber dominante da Psiquiatria. Segundo

Amarante (2007), a Psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para focar na doença, no entanto, para Basaglia seria o contrário, a doença é que deveria ser colocada entre parênteses para olhar o sujeito em sua experiência (AMARANTE, 2007).

Desde o ato de Pinel desacorrendando os alienados, temos uma transformação considerada um avanço na época no tratamento dos alienados. Na prática, embora os doentes estivessem livres das correntes, permaneceram reclusos no hospital, aprisionados a uma lógica institucional em nome da ciência e da razão. O hospício passou a funcionar como um depósito de pessoas, representando no imaginário social o que não serve para conviver em sociedade, o que poderia ser desprezado, instaurando um grande abismo entre a sanidade e a loucura (AMARANTE, 2007).

De acordo com Goulart (2019), os loucos eram vistos como uma ameaça à ordem social, pois não estariam aptos para o trabalho em plena era industrial, logo, o único local adequado, seria o hospício que resguardaria a sociedade de sua periculosidade. Para o tratamento dos doentes mentais, várias intervenções eram realizadas, entre elas: eletrochoques, insulinoaterapias, lobotomias, castigos entre outros.

Neste cenário, prevalecia o modelo biomédico, este por sua vez pautado na ciência positivista, onde o foco de investigação estava voltado para as doenças. O isolamento estava ligado a produção de conhecimento científico, desse modo, o médico procurava aniquilar a doença, mesmo que isso custasse a vida do próprio doente. Para manter esse modo de funcionamento, observou-se um grande número de produção de diagnósticos, conseqüentemente excessiva prescrição de medicamentos psiquiátricos (GOULART, 2019).

Segundo Fonte (2012), no período posterior ao golpe militar em 1964, as internações psiquiátricas passaram a ser realizadas também nos hospitais privados, financiadas com dinheiro público. O sistema passou a ser lucrativo para estes hospitais, recebendo através de diárias por cada internação e com um número cada vez maior de leitos psiquiátricos. Este período ficou conhecido como a “indústria da loucura”. Além dos considerados loucos, eram enviados para os hospitais psiquiátricos pessoas com diversos perfis, entre eles: opositores políticos, prostitutas, homossexuais, mendigos, pessoas sem documentos, entre outros grupos marginalizados na sociedade.

Após a Segunda Guerra Mundial a atenção se volta para os hospitais psiquiátricos, sendo possível constatar precárias condições de vida dos internos, constituindo violação de direitos humanos mantido durante décadas. Como a sociedade detentora da razão foi capaz de construir tamanha falta de dignidade com os ditos loucos a ponto de centenas de pessoas ser levadas para tais locais e ser esquecidas até a morte (AMARANTE, 2007).

Um recorte de tal violação de direitos foi retratado por Amarante (2007), através de uma foto das marcas do corpo de uma mulher internada do hospital psiquiátrico de Jururuba-RJ. A mesma ficou confinada no isolamento de um minúsculo quarto-cela, sendo esquecida até a morte onde nenhum tipo de ácido conseguiu apagar as marcas deste horror. “Seu crime era ser louca“. (AMARANTE, 2007, p. 62).

Fotografia nº 1 - Imagem da marca de um corpo de uma mulher que morreu em 1961, confinada no isolamento de um quarto-cela do Hospital Psiquiátrico de Jururuba - RJ.



Fonte: Saúde em Debate (p. 61,1981).

Inúmeras situações de violação de direitos humanos como essa, ocorreram em vários hospitais do Brasil, entre eles o Hospital 220Colônia de Barbacena (MG). Na segunda vinda ao Brasil em 1979, Franco Baságllia visitou este hospital, denunciando as precárias condições de vida dos internos, onde comparou às condições análogas a de um “campo de concentração nazista (ABRAPSO, 2011).

As visitas de Baságllia, se tornaram um marco na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nas conferências que ministrava, relatava a experiência bem sucedida de reforma psiquiátrica na Itália e desta forma contribuiu com o movimento brasileiro, ávidos por mudanças. “Quando dizemos não ao manicômio, estamos

dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação”. (BASAGLIA, 1982, p. 29).

Sua passagem no nosso país, teve grande repercussão na imprensa e posteriormente deu origem a um documentário em 1982 de Helvécio Ratton, denominado: Em nome da razão. No mesmo ano, foi lançada uma premiada série de reportagens de Hiran Firmino intitulada: Nos porões da loucura (ABRAPSO, 2011). Nessa direção, o livro o Holocausto Brasileiro da jornalista Daniela Arbex, publicado em 2013, registra a história de sobreviventes e denuncia a morte de 60 mil pessoas neste hospital (ARBEX, 2013).

Conforme Rosa (2013), a reforma psiquiátrica é um movimento mundial que ocorreu em diversos países, reivindicando transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico, resultando em experiências exitosas. A proposta inclui a desospitalização, desinstitucionalização, e a total extinção de manicômios. Destaca-se a importância da reinserção social e produção de autonomia do usuário para continuidade do processo de desinstitucionalização.

Observamos que o modelo brasileiro recebeu muita influência da psiquiatria de Setor da França e a Psiquiatria Democrática na Itália. A Psiquiatria de Setor defendia que o modelo hospitalar deveria ser desmontado aos poucos, onde visava à construção de serviços assistenciais, qualificando o cuidado através de oficinas terapêuticas, hospitais-dia, Centros de Saúde Mental entre outros (AMARANTE, 2007).

A Psiquiatria Democrática protagonizada por Franco Basaglia, passou a formular um pensamento e uma prática institucional voltado para a ideia de superação do aparato manicomial. Basaglia faz uma verdadeira revolução na compreensão que não se tratava de uma mudança apenas de uma estrutura física do hospício. Neste sentido, aponta para um conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007).

Em meio ao processo de redemocratização do país e transformações desse período, o movimento sanitário avançou na produção de conhecimento. Em 1976 temos a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), na presidência de Paulo Amarante. Em 1979 temos a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (AMARANTE, 2007).

Na década de 70, temos o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB) . O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), surge em 1978 envolvendo outros atores como sindicalistas, membros de associações de profissionais, associações de familiares e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Em 1987 o MTSM realizou o II Congresso Nacional do MST (Bauru - SP) com o tema: “Por uma sociedade sem manicômios”. A partir destes movimentos, passa a se discutir novas formas de assistência no campo da saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Um marco de grande importância na reforma psiquiátrica brasileira, foi a Declaração de Caracas em 14/11/90, na qual o Brasil também foi signatário. Este documento prevê uma reestruturação na atenção à saúde mental, considerando que os hospitais psiquiátricos como única modalidade de tratamento, não oferecem respaldo para garantia de um modelo assistencial humanitário e coletivo. Com este acordo, o Brasil firma um compromisso com os direitos humanos dos pacientes psiquiátricos (HIRDES, 2009).

Em 1979, período de grandes transformações sociais no país, chega ao Brasil o psicólogo e psicanalista argentino Antônio Lancetti. O mesmo passa a ter um grande papel na política e na saúde na época, especificamente na cidade de São Paulo. A partir de sua prática, Lancetti apresenta o livro: A clínica peripatética (Passear, ir e vir conversando). Consiste numa ação, num movimento dos profissionais em saúde mental ao encontro de seus pacientes psicóticos e familiares, transpondo os portões de clínicas e hospícios (LANCETTI, 2008).

Na visão de Lancetti (2008), a clínica peripatética está preocupada com a singularidade do indivíduo do que com a imposição do que é considerado "normal". Está voltada para a redução de danos do paciente sobre si mesmo do que com a "recuperação" numa forma aceitável pela sociedade.

Nesta clínica, o setting é onde o paciente estiver e assim refutava a terapia restrita ao consultório. Valorizava a atuação do acompanhante terapêutico e dos agentes de saúde, considerando os trabalhos semelhantes à clínica que ele defendia. Lancetti usa o termo de uma clínica artesanal, pois é necessário pensar em pacientes que não se enquadram nos protocolos clínicos tradicionais. As caminhadas com pacientes psicóticos ou com alterações psíquicas graves constituem diferentes estratégias de atuação (LANCETTI, 2008).

Conforme Lancetti (2008), as ações em saúde mental perpassam pelo espaço geográfico e existencial, enfatizando a importância de substituir o conceito de contenção por continência. Segundo o Minidicionário Ruth Rocha (2001), a contenção é o ato de conter ou conter-se, implica em disciplina e controle. Já a continência envolve suportar uma crise sem prender, sendo portanto, muito mais complexo, pois requer presença, um cuidado direcionado.

Na sua visão, a prática do CAPS é paradoxal, pois ocorre ao mesmo tempo dentro do serviço e fora no território, desta forma, a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica brasileira são processos que estão em constante construção (LANCETTI, 2008). Até aqui discorreremos sobre o “modelo” de saúde mental existente no país antes da criação do CAPS e alguns marcos históricos necessários para compreensão dos avanços e conquistas na assistência à saúde mental. Com base nessas contribuições, passaremos a discutir como o campo da saúde mental passou a ser organizado no Brasil.

3 ASPECTOS DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E ATUAÇÃO DO CAPS

Para uma melhor compreensão da abrangência do campo da saúde mental, apresentaremos a visão de Amarante (2007), que aborda quatro dimensões do processo social complexo, que são fatores indissociáveis da atenção à saúde mental. São elas: Teórico conceitual (epistêmico), técnico assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Segundo Amarante (2007), a dimensão teórico conceitual é apresentada em fase de transição, tendo em vista que inicialmente a Psiquiatria estava ligada exclusivamente com a ciência positivista, com um saber neutro e autônomo representando a verdade absoluta. Neste modelo, ocupava-se da doença como algo externo ao sujeito, colocando-o como objeto de estudo isolado, sem olhar para o sujeito doente.

A dimensão técnico-assistencial propõe uma nova forma de promoção em saúde mental, que se reflete na prestação de serviços. Colocando a doença entre parênteses é possível olhar para o sujeito e pensar na família, comunidade, trabalho e lazer, buscando atender suas necessidades de forma integral numa visão de atenção psicossocial. Através dos dispositivos estratégicos, surge uma nova forma de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007).

A saúde como um direito de todos está previsto na Constituição Federal (CF) de 1988 “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Já a lei 8.080 de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p.1). A referente lei está em consonância com a Declaração dos Direitos Humanos adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948.

Portanto, na dimensão jurídico-política tivemos um grande avanço com a publicação da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, (sancionada após 12 anos tramitando no congresso). A importância desta lei está no redirecionamento da assistência em saúde mental, com serviços articulados no território, trazendo novas possibilidades extras-muros para o sujeito acometido por transtorno mental. A reforma psiquiátrica brasileira surge no final da década de 70, com grande contribuição da reforma sanitária e movimentos contra a ditadura, portanto envolve um ato sobretudo, político em sua estrutura (AMARANTE, 2007).

Apesar de reconhecer que avançamos nesta dimensão, Amarante (2007), adverte que apenas a legislação não é suficiente para garantir a cidadania das pessoas. É preciso ir além com mudanças de mentalidades, e com ações no território que visem dar protagonismo do sujeito. Nessa direção, Sade (2014), corrobora que só a lei não basta pois a desinstitucionalização se dá com mudanças concretas que integrem outros serviços substitutivos que proporcionem reabilitação psicossocial. A reforma psiquiátrica é um processo permanente, que vai de uma instituição negada à uma instituição construída.

Por fim, chegamos na dimensão sociocultural, que tem como princípio a participação da sociedade na discussão das políticas de saúde e da reforma psiquiátrica. Esta dimensão alcança um novo lugar social para a loucura, num processo contínuo de mudança de paradigma. Aqui se apresentam novas possibilidades de tratamento para além do manicômio. Os vários atores sociais ganham voz, pois entram em cena nos debates e nos movimentos (AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (2014), é a cultura que faz as pessoas demandarem manicômio, segregação, ou seja, trata-se de um processo de construção social que

pode superar paradigmas ou mantê-los. Contudo, a mudança na cultura envolve tempo, pois é um processo que requer conscientização e persistência.

A participação social foi fundamental nos diversos movimentos de lutas da reforma psiquiátrica no Brasil. Podemos destacar a participação social na 8ª conferência Nacional de saúde em 1986 e a instituição do dia 18 de maio como o dia Nacional da Luta Antimanicomial. Nesses movimentos participaram ativamente usuários, familiares, trabalhadores da saúde mental, voluntários entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A partir da compreensão das quatro dimensões do campo da saúde mental, passamos a discorrer sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sua organização e atuação. Trata-se de um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), espaço de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004).

Nascem como um serviço substitutivo ao modelo asilar, com a função de democratizar o acesso à saúde mental. De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004, p.9) “Constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica”. São compostos por equipes multiprofissionais com atuação interdisciplinar, cujo atendimento se dá tanto em situações de crise, como nos processos de reabilitação psicossocial.

O primeiro CAPS do Brasil denominado Professor Luiz Cerqueira, surgiu no ano de 1987, em São Paulo, conhecido como CAPS Itapeva, o qual serviu de modelo para implantação de novos serviços substitutivos pelo país (HEIDRICH, 2007). No ano de 1989 ocorreu uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, localizada no município de Santos-SP, após denúncias de maus tratos e até mortes ocorridas nesse lugar, culminando no fechamento definitivo em 1994. Como resultado de um novo direcionamento nos cuidados destes pacientes, foi inaugurado em 1989 o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) (KODA; FERNANDES, 2007).

Neste cenário de transformações na assistência à saúde mental, o CAPS articula-se com a atenção primária no território, realizando ações de matriciamento através de equipes multiprofissionais. Entende-se por matriciamento ou apoio matricial, uma nova forma de prestar assistência na saúde, onde duas ou mais equipes

oferecem suporte, através da construção de proposta de intervenção pedagógica-terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo Campos (2011), essa metodologia de gestão de cuidado oferece tanto retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Há uma interação entre a equipe de referência e a equipe de apoio matricial, num trabalho de colaboração entre saúde mental e atenção básica.

A Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece as modalidades de serviço do CAPS, definindo por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional os CAPS I, II e III. Desta forma, o CAPS I abrange municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. O CAPS II atende população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Ambos oferecem atendimento diário de adultos em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O CAPS III abrange municípios com população acima de 200.000 habitantes, voltados para atendimentos diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS infantojuvenil (CAPSi) são voltados para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais e abrange municípios com população acima de 200.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O CAPS que atende usuários de álcool e outras drogas é denominado CAPSad. Conta com atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, abrangendo municípios com população acima de 100.000 habitantes. Esse tipo de CAPS, possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Desse modo, a proposta é que as políticas de saúde mental se organizem em redes, formando pontos de encontro, de cooperação, de iniciativas de vários atores sociais envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Portanto, o CAPS realiza não apenas o atendimento clínico, como também a inserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários (ROSA, 2013).

Através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental

e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Através desta Portaria, a rede de assistência é organizada com os seguintes componentes: a Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Serviços Residenciais Terapêuticos e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Dentro dessa rede, cabe destacar o papel da Estratégia de Prevenção da Redução de Danos, com práticas voltadas para minimizar as consequências globais de uso de álcool e drogas. Nesta perspectiva, o CAPSad, não tem como único objetivo a abstinência total dos usuários. As ações buscam sobretudo, reduzir as consequências negativas que interferem nos aspectos: da saúde, sociais e econômicos, decorrentes do uso de substâncias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A RAPS está situada num contexto histórico, político e social que surgiu devido a necessidade de operacionalizar a Política Nacional de Saúde Mental no país. Nesta proposta, os CAPS são articuladores da rede de saúde mental no território, sendo assim o principal dispositivo dentro da reforma psiquiátrica de 2002 até fevereiro de 2019 (UNA-SUS (2015)). Uma vez que discutimos os aspectos do campo da saúde mental, organização e atuação do CAPS, apontaremos os pontos mais relevantes que ameaçam a reforma psiquiátrica hoje no Brasil.

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA AMEAÇADA: PRINCIPAIS DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE

Conforme já apresentado, o campo da saúde mental no Brasil é um tema complexo e com muitos desafios, pois lidamos com vários fatores. Convivemos com o estigma dos doentes mentais, herança de uma cultura higienista, onde o louco representa perigo (AMARANTE, 2007). Observar-se nos últimos anos, um desinvestimento na saúde como um todo e precarização do SUS, somados a mudanças recentes na política, representam os principais desafios atuais que merecem atenção de toda a sociedade.

Em 04/02/19 o Ministério da Saúde publicou a nota técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS, nomeada “Nova Política de Atenção à Saúde Mental,” que modifica vários pontos de atenção. Entre os pontos de atenção mais relevantes de alteração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são: o incentivo financeiro do SUS no hospital psiquiátrico, o financiamento na compra de aparelhos de

eletroconvulsoterapia e internação de crianças e adolescentes. Nessa nova configuração, o hospital psiquiátrico passa a compor a RAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Este documento declara que todos os serviços, que compõe a RAPS, são igualmente importantes e devem ser ampliados e fortalecidos. Dessa maneira, a rede passa a ser composta da seguinte forma: O Centro de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (Adulto e Infante Juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental e Unidades Ambulatoriais Especializadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Apesar de constar no texto da Nota Técnica que está em consonância com a lei 10.216/01 de 06 de abril de 2001, na prática, contribui para a manutenção de um modelo ultrapassado, num país marcado pela lógica manicomial. Vai na contramão de todas as conquistas neste campo em 18 anos. A compra financiada pelo governo de aparelho de eletrochoque, representa um retorno às práticas desumanas, que outrora marcou o tratamento aos ditos alienados (AMARANTE, 2019).

Em decorrência disso, o Centro de Atenção Psicossocial deixa de ser um serviço substitutivo, e a principal estratégia dentro da reforma psiquiátrica no Brasil. Conseqüentemente, o CAPS perde força enquanto movimento social, representando um grande retrocesso à saúde mental no país. A referida Nota Técnica recomenda a não utilização do termo substitutivo de nenhum serviço, logo, o não reconhecimento deste dispositivo como central na atenção à saúde mental (DELGADO, 2019). Nesse sentido, retomamos o que Amarante já defendia em 2007:

A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não apenas serem paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas. (AMARANTE, p. 56, 2007).

A possibilidade de internação de crianças e adolescentes é outro ponto que chama atenção, pois é incongruente com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei 8069, de 1990), que condena internações desse grupo etário em instituições de caráter manicomiais (GULJOR et al, 2019). Em 08/02/19 temos um posicionamento do Conselho Federal de Psicologia manifestando repúdio, uma vez

que o teor do documento demonstra um grande retrocesso nas conquistas estabelecidas com a reforma psiquiátrica. A lei 10.216/01 foi fruto de vários movimentos e discussões com a participação social e não com a imposição vertical de um grupo político (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Nessa direção, Goulart (2019) corrobora que as mudanças na política de saúde mental desde 2017 atendem a interesses particulares de certos grupos que não estão comprometidos com o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil. Ele aponta para o seguinte fenômeno: “Pela primeira vez em 25 anos, o investimento em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas foi enfatizado em detrimento do CAPS e de outros serviços alinhados à reforma psiquiátrica”. (GOULART, 2019. p.34).

Avançando nos retrocessos no campo da Saúde Mental, em 11/04/19 temos o Decreto Presidencial nº 9.761 que aprova a Nova Política Nacional sobre drogas. O referido decreto, inclui as Comunidades Terapêuticas (que não pertencem ao SUS) no tratamento a pessoas com uso indevido de álcool e outras drogas e com dependência química. Entre outros pontos de atenção, esta média estimula o trabalho e apoio financeiro para a estruturação física e funcional de tais comunidades (BRASIL, 2019).

Observar-se que tanto a Nota técnica nº 11/2019 como o Decreto Presidencial nº 9.761, desconsideram a estratégia de Redução de Danos (RD), fomentando a abstinência da droga, posicionamento que vai de encontro a Portaria nº 1.028 de 1 de Julho de 2005. A Portaria regula as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. A RD consiste numa abordagem utilizada em países como: Canadá, Portugal, Espanha, Holanda, com resultados eficazes no atendimento aos usuários. No entanto, a defesa das referidas publicações giram em torno da abstinência total, como meta a ser alcançada através da repressão às drogas (GULJOR et al, 2019).

Campos (2019), denuncia que a expansão de serviços comunitários está praticamente paralisada após 2011 e alerta para uma escassez de dados após 2015 que indica para uma perda de transparência do Ministério da Saúde. A falta de investimento no CAPS vem reforçar a ideia que o serviço não funciona, passando a ser desvalorizado, conseqüentemente, surgem brechas para outras ações que atendem a interesses de uma minoria de poder.

Entre os anos de 2016 a 2019 surgiram várias medidas de grandes impactos no SUS a nível federal. A Emenda Constitucional nº 95/2016, com o congelamento de 20 anos de gastos públicos, afetando diretamente os investimentos em saúde e educação, consiste num primeiro passo para o desmonte do SUS (DELGADO, 2019). Dessa forma, o Brasil vai na contramão do desenvolvimento sustentável, preconizado pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2019), que defende que os países assumam o compromisso de cobertura universal, que inclua saúde mental e bem estar como prioridade.

Em 2017 foi publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo retirada a obrigatoriedade dos Agentes Comunitários de saúde (ACS's) na composição da equipe da Atenção Básica, representando uma lacuna no atendimento a 100% da comunidade. Considerando o período entre 2016 a 2019, houve ampliação do financiamento para hospitais psiquiátricos com reajustes nas diárias acima de 60%; redução do número de cadastramento de CAPS; recriação do hospital dia e ambulatório de especialidades, ambos sem articulação com o território. (DELGADO 2019).

Na visão de Delgado (2019), este conjunto de mudanças representam a pior crise da democracia no país após o golpe militar de 1964. As recentes publicações corroboram com o desmonte do SUS, com insuficiência de recursos humanos e serviços prejudicados. Neste cenário, conseqüentemente a saúde mental é afetada, com a redução de verbas voltadas para estratégias que valorizavam um novo lugar social para as pessoas com transtornos e usuários de álcool e outras drogas.

A reforma psiquiátrica foi construída com a sociedade incluída no debate, diferente das recentes políticas verticais que estão surgindo. O Brasil tem uma das políticas de saúde mental mais respeitadas no mundo. A criação do CAPS, enquanto serviço comunitário, deveria ser valorizado e ampliado cada vez mais, no entanto, temos um retrocesso em curso (CAVALCANTI, 2019).

Trazer à luz o cenário atual é relevante na manutenção da luta pela reforma psiquiátrica e da democracia. A sociedade deve se mobilizar em defesa do SUS, pois defender o SUS é defender a vida. A partir da conscientização, a resistência pode partir dos vários setores e atores, formando um grande movimento com o propósito de combater aos retrocessos que atualmente se impõem em nosso país (DELGADO, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta breve análise, fica evidente que o CAPS representa uma mudança de paradigma na atenção à saúde mental no país. Seu enfraquecimento coloca em risco uma parcela da população que mais precisa deste serviço. O papel do CAPS passa pela humanização e o cuidado integral dos usuários. Este modelo de atenção em saúde mental, visa que o sujeito mantenha o convívio familiar e uma rede de apoio, promovendo uma cidadania que outrora inexistia. No mundo capitalista em que vivemos onde opera o consumismo, quem não produz fica à margem da sociedade. Neste cenário excludente, se inscrevem as pessoas com algum transtorno mental e pessoas que fazem uso indevido de álcool e outras drogas. Apontamos a necessidade de inclusão destas pessoas, como um dos principais desafios que se mantém, pois envolve uma mudança de cultura.

O Brasil vive hoje vários retrocessos nas políticas de saúde mental, portanto, a dimensão político jurídica está sendo atacada. Observar-se a necessidade de mais investimentos para atender com uma maior cobertura e melhor qualidade de serviços, no entanto, paradoxalmente, o que temos hoje é desinvestimento na saúde como um todo. Os recentes ataques a reforma psiquiátrica põem em xeque todas as conquistas de 2001 até hoje.

Diante do exposto, é importante refletir a quem interessa a compra de equipamento de eletrochoque? Podemos inferir que está em jogo interesses políticos e econômicos particulares na compra de tais equipamentos. Entre as mudanças que apontamos nesse trabalho, inclui-se o interesse da indústria farmacêutica e donos de hospitais psiquiátricos com o lucro que tal comércio pode oferecer.

O enfrentamento aos retrocessos demanda elaboração de políticas centradas nas necessidades prioritárias da população. Para isso, deve ser fomentado discussões que envolvam vários atores: usuários, familiares, gestores, profissionais da saúde, pesquisadores entre outros. A partir dos debates envolvendo toda a sociedade, novas estratégias de enfrentamentos podem surgir considerando a potência da junção de esforços coletivos que se concretizam nas teias sociais, lembrando que outrora, foram os movimentos das décadas de 70 e 80 que convergiram para mudanças na atenção à saúde mental no Brasil.

Registra-se a contribuição da Psicologia no enfrentamento dos desafios apresentados, pois como ciência e profissão pode contribuir de várias formas: no

desenvolvimento de novas pesquisas, diálogos com a sociedade, na formação de novos profissionais, debates entre outras ações. Destarte, esta temática perpassa pelo fazer do psicólogo no que tange ao cuidado com o outro, reafirmando o compromisso ético e social de sua prática em defesa dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ABRAPSO. XVI Encontro Nacional ABRAPSO. **O pensamento de Franco Basaglia na área da Saúde Mental. Recife/PE.** 2011. Disponível em: <https://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czo0OjE6ImgiO3M6MzI6IjcwM2RiZTg0OTJINGZkODMzMVjZWU1YmE1ZGZkOTQ4Ijt9>. Acesso em: 02 nov. 19.

ABRASCO. **Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental.** Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>. Acesso em: 05 nov. 2019.

AGÊNCIA BRASIL. **Transtornos mentais atingem 23 milhões de pessoas no Brasil.** 26 de jun 2010. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2010-06-28/transtornos-mentais-atingem-23-milhoes-de-pessoas-no-brasil>. Acesso em: 03 nov.19.

AMARANTE, Paulo. **‘Queremos diminuir a apropriação que a medicina faz da vida cotidiana’.** Radis. Saúde Mental: Atenção integral supera medicalização da vida. RADIS. Fio Cruz. Rio de Janeiro. n.146, p- 14-17, nov 2014. Entrevista concedida a Bruno Domingues.

_____. **Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental.** ABRASCO. Fio Cruz. Rio de Janeiro. fev .2019. Entrevista concedida a Bruno C. Dias. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>. Acesso em 06 nov. 19.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** 3ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro:** Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício brasileiro. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 02 nov. 2019.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente,** Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União,** 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002.**

Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União

-Seção1 - 20/2/2002, Pág 22. Brasília, DF: 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 05 dez. 2019.

_____.Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros e Atenção Psicossocial**. Brasília – DF: 2004.

_____.Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005**. Brasília – DF: 2005.

_____.Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília – DF: 2005.

_____.**Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: 2011.

_____.Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios**. Orientação para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA. Brasília – DF: 2015.

_____.EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95 DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016. Brasília, DF.

_____.**Decreto Presidencial nº 9.761**, de 11 de Abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília – DF: 2019.

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática**. Conferência no Brasil. São Paulo: Monsanto, 1982.

CAMPOS. Rosana Teresa Onocko. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n.11. out. 2019.

CAVALCANTI. Maria Tavares. Caderno de Políticas Públicas. **Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil**. Instituto de Psiquiatria , UFRJ /RJ. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>> Acesso em: 01 abril. 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, vol.17, n.2 , mai. 2019.

FONTE. Eliane Maria Monteiro. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**. PPGS. 2012.

GIL. Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART. Daniel Magalhães. **Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade: da patologização à ética do sujeito**. São Paulo: Cortez, 2019.

Guljor, Ana Paula. et al. Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019 – **“Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”**. Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2019/02/Resposta-%C3%A0-Nota-T%C3%A9cnica-Quirino.-Vers%C3%A3o-3.-18.02.19..pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.

KODA. Mirna Yamazato; FERNANDES. Maria Inês Assumpção Fernandes. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(6):1455-1461, jun. 2007.

HEIDRICH. Andréa Valente. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

HIRDES. Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.14 n.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009

LANCETTI. Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. (Org); DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 21º ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Transtornos mentais são responsáveis por mais de um terço do número total de incapacidades nas Américas**. 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/transtornos-mentais-sao-responsaveis-por-mais-de-um-terco-do-numero-total-de-incapacidades-nas-americas/>. Acesso em: 03 nov.19.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Investimentos em saúde mental devem aumentar para atender às necessidades atuais das Américas**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5882:investimentos-em-saude-mental-devem-aumentar-para-atender-as-necessidades-atuais-das-americas&Itemid=839> Acesso em: 26 mar. 2019.

ROCHA, Ruth. **Minidicionário Ruth Rocha**. 2ª ed. São Paulo. Scipione, 2001.

ROSA. Abílio da Costa. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013.

SADE, Rossana Maria Seabra. Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas. In: _____. **Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p.15-18.

Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro (RJ) n.13, p. 61, 1981. Disponível em:http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.13&pesq=&x=89&y=10. Acesso em 10 set. 2019.

UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: rede de atenção psicossocial - RAPS**/Jordana Santos Cardoso (Org). São Luís, 2015.