

A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental

Mental health care network: the interaction importance between the primary care and the mental health services

Alessandra Ritzel dos Santos Schneider¹

RESUMO

Introdução: A efetivação da rede de atenção em saúde mental faz-se necessária para a implantação de ações que proporcionem a constituição da teia que promove vínculos psicossociais e qualidade de vida dos indivíduos que possuam transtornos psíquicos.

Objetivo: Desenvolver um ensaio teórico sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, a legislação em Saúde Mental no Brasil e os serviços regulamentados por esta, bem como a importância da estruturação da rede de atenção em saúde mental, enfatizando a inter-relação entre os serviços especializados de atenção em saúde mental e o papel da atenção básica em saúde na construção desta rede.

Materiais e Métodos: Foi pesquisada a literatura que tivesse, no máximo, 10 anos de publicação, escritas em português, bem como descritores específicos da área de saúde mental.

Resultados: A busca teórica proporcionou a necessidade de um olhar ampliado para a saúde mental, compreendendo o sofrimento psíquico, acolhendo o usuário e promovendo seu melhor encaminhamento, reconhecendo o papel que o seu território possui nesse processo, norteando uma relação importante e estratégica na articulação da rede de atenção em saúde.

Conclusão: Assim, faz-se necessário promover a integração e interação entre os setores e atores envolvidos na rede de atenção em saúde mental e na atenção básica, envolvendo serviços de saúde, gestão e participação social, tanto no cumprimento do cuidado e atenção em saúde mental, como na produção e regularização da rede de serviços de saúde.

Palavras-chave: saúde coletiva; reforma psiquiátrica; saúde mental; rede em saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: The effectiveness of the mental health care network is necessary to the implementation of actions that provide the formation of the web links that promotes psychosocial and quality of life of individuals who have mental disorders.

Objective: To develop a theoretical essay on the Brazilian Psychiatric Reform, legislation on mental health in Brazil and the services regulated by this as well as the importance of structuring the network of mental health care, emphasizing the interplay between the specialized services of mental health care and the role of primary health care in building this network.

Materials and Methods: We searched the literature published in the last 10 years, written in Portuguese, as well as specific mental health descriptors.

Results: The theoretical research pointed to the need of an expanded mental health view, including mental suffering, sheltering the User and promoting their best conveyance, recognizing the role that its territory has in the process, guiding an important and strategic relationship in the health care network articulation.

Conclusion: Thus, it is necessary to promote the integration and interaction between the sectors and stakeholders in the mental health care network and primary care, involving health services, management and social participation, both in achieving the care and the mental health care, as in the production and regulation of the health services network.

Keywords: public health; psychiatric reform; mental health; network care mental health.

¹Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica tem construído importantes ações e intervenções que vêm consolidando a produção de uma clínica ampliada em saúde mental. Tem como ênfase principal a desinstitucionalização, com a consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas, bem como a cidadania do usuário com transtorno psíquico vem sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade¹.

Exige-se, cada vez mais, a produção de novos modos de cuidado em saúde mental que operem na produção de subjetividade e provoquem novos modos de existência, atuando na desconstrução de estigmas acerca da saúde/doença psíquica no âmbito coletivo^{2,3}.

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e consequente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação da rede de atenção em saúde mental, promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade^{1,4}. A atenção básica tem papel destaque no cuidado, pois a partir das diretrizes mundiais em saúde, foi preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ressaltando a importância da dos profissionais que atuam na atenção primária participarem do processo de reabilitação em saúde mental⁵.

Propõem-se, neste artigo, um ensaio teórico sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, a legislação em Saúde Mental no Brasil e os serviços regulamentados por esta, bem como a importância da estruturação da rede de atenção em saúde mental, enfocando a inter-relação entre a atenção básica e os serviços especializados na atenção em saúde mental.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a elaboração deste ensaio teórico realizou-se

uma revisão dos referenciais teóricos existentes sobre a área de saúde mental no Brasil. Buscou-se o material em livros e artigos de revistas indexadas no LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, rede cooperativa da Rede da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); no *Scientific Electronic Library Online (Scielo) Brazil* e no site do Ministério da Saúde do Brasil. Como critérios de inclusão, foram pesquisados a literatura que tivesse, no máximo, 10 anos de publicação, escritas em português e descritores específicos da área de saúde mental. Dentre estes descritores foram utilizadas as palavras: reforma psiquiátrica, políticas de saúde mental, centro de atenção psicossocial, cuidado em saúde mental, rede de atenção em saúde mental, saúde mental e saúde da família. Foram selecionados os textos que mais se aproximavam do tema a ser investigado: Reforma Psiquiátrica, rede de atenção em saúde mental e atenção primária em saúde. A partir da revisão do referencial teórico, estruturou-se o texto apresentado a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A saúde mental no contexto brasileiro e suas relações com a atenção primária em saúde

A Reforma Psiquiátrica teve sua origem próxima à década de 1980. Assim como no contexto mundial, no Brasil novas experiências quanto às abordagens terapêuticas de assistência psiquiátrica referentes à loucura estavam sendo vivenciadas. A ênfase deste movimento inovador baseava-se na reivindicação da cidadania dos portadores de transtorno psíquico, e na proposta de oferecer a estas pessoas em sofrimento uma atenção em saúde mental humanizada, criticando a institucionalização manicomial. A loucura vista como diferença lhe remete à exclusão e ao condicionamento da necessidade de se regrar o indivíduo, incapacitando-o enquanto não restaura a sua razão⁶. Um entendimento diferenciado e inovador propôs-se perceber o indivíduo em seu aspecto integral, contemplando sua globalidade e contexto, como família e a comunidade na qual está inserido^{1,2,7}.

Também durante a década de 1980, a necessidade de elaboração de propostas alternativas referentes ao

sistema nacional de saúde culminou no movimento de Reforma Sanitária. Sua mobilização enfocou o debate, principalmente, quanto à união de instituições e serviços de saúde em um único Ministério da Saúde, à descentralização e regionalização dos serviços de saúde, à atenção primária em saúde e o controle social efetivando sua participação na construção das políticas públicas de saúde no Brasil⁸.

Na psiquiatria, a inexistência de dispositivos de atenção e assistência intensivas, o estigma da exclusão e marginalização, a falta de suporte familiar ao cuidado do portador de sofrimento psíquico, e principalmente, a elevada quantidade de hospitais financiados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o seu aspecto rentável, evidenciaram um elevado número de internações^{1,2,5}.

A crítica ao modelo de atenção e assistência em saúde mental, centrado no hospital, e a defesa do direito ao exercício da cidadania são as principais mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Assim, propõe a criação de serviços de atenção integral à saúde mental e a participação de diferentes atores sociais nesse processo, como a família e a comunidade^{9,10}.

Ocorreram eventos marcantes de sensibilização e mobilização dessa percepção voltada para a desinstitutionalização e mudanças da sociedade nas formas de se relacionar com os portadores de transtorno psíquico. São eles a Conferência Nacional de Saúde Mental e, posteriormente, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O Movimento da Luta Antimanicomial surge a partir de 1987, com importante ênfase no âmbito cultural, convidando a sociedade a discutir e reconstruir sua relação com os portadores de transtorno psíquico, contando com a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências. O dia 18 de maio foi instituído como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial^{1,2,11}. Posteriormente, nos anos de 1992 e 2001, são realizadas a II e III Conferência Nacional de Saúde Mental, respectivamente. Em todos esses movimentos, são articuladas iniciativas de reformulação legislativa das novas experiências institucionais no cuidado em saúde mental^{9,11}.

Com a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), em 1988, e a defesa de seus princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, participação social, a crítica ao modelo de tratamento psíquico institucional fortaleceu-se, principalmente, por suas características de isolamento social, submissão e de discriminação desses indivíduos¹².

Referente à legislação brasileira, seu processo histórico dialoga com as discussões propostas pelas mudanças no cuidado em saúde, construindo conquistas importantes como a proibição de construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o redirecionamento de recursos públicos para a criação de serviços alternativos de atendimento em saúde mental, além da informação ao setor judiciário das internações compulsórias. É criada a Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001 com o objetivo de regulamentar a assistência psiquiátrica no Brasil e reestruturar o modelo de atendimento até então conhecido^{7,13}.

A Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 definiu o que são os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e, dez anos após, a Portaria nº 336/GM, criada em 19 de fevereiro de 2002, pelo Ministério da Saúde, atualizou a sua regulação. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm o objetivo de oferecer atendimento às pessoas que possuem transtornos psíquicos severos e persistentes, que justifiquem cuidado intensivo e personalizado, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício de sua cidadania e inclusão social, bem como promover o fortalecimento de seu vínculo familiar e comunitário, considerando seu território de vida^{7,10,14}.

O CAPS visa proporcionar atendimentos individuais, em grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos familiares, atividades comunitárias, culturais, expressivas, esportivas, de alfabetização e geração de renda, assembléias de familiares, grupos de convivência, entre outras atividades que promovam integração e interação social^{7,15}.

Quanto ao trabalho da equipe, este deve ser multidisciplinar, de caráter interdisciplinar, que promova trocas importantes necessárias ao melhor plano terapêutico e reabilitação psicossocial estabelecido

para cada usuário. Devem possuir um ambiente acolhedor e terapêutico, incluindo pessoas em situação de crise, que se apresentem muito desestruturadas, na medida em que lhes possa oferecer assistência. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, atendendo aos transtornos psíquicos graves e evitando as internações hospitalares^{7,15}.

De acordo com a complexidade e abrangência populacional, podem ser identificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e drogas), CAPS i (infantil). Considerando a política nacional de saúde mental, estes serviços tornaram-se a estratégia prioritária do seu atual modelo de atenção, criando um espaço de convívio, valorização das subjetividades individuais e acolhimento das diferenças proporcionadas pelo sofrimento psíquico^{7,10,16}.

Wetzel et al.¹⁰ ressaltam a potencialidade de serviços alternativos, como os CAPS, no cuidado em saúde mental. O espaço de troca proporciona a vivência de inter-relações, culturas, valores, papéis e possibilitam a vivência de diferenciada construção na sua relação com a totalidade. A atenção nas situações de crise também passa a ser construída a partir de um novo olhar das interações usuários/equipe terapêutica, ressignificando as práticas em saúde¹⁷. Nesse meio, a família assume papel de destaque¹⁸. Em estudo realizado por Hirdes e Kantorski¹⁹, a participação da família interagindo no processo terapêutico do usuário é preconizada na responsabilização que esta possui junto ao seu tratamento e ao cuidado, não enfocando a culpa que esta teria pela existência da doença psíquica.

Quintas e Amarante¹⁷ colocam a relação que o CAPS estabelece com o olhar da sociedade para a loucura. Identificar o outro como louco e distante da razão, em um processo etnocêntrico, distancia o usuário da convivência, entrecruzando-se forças que buscam afastar ou aproximar a loucura e o seu sofrimento de um mundo possível e próximo.

Ao se empregar medidas terapêuticas em saúde mental, essas não podem ocorrer de maneira isolada do contexto de vida do usuário. Qualquer medida terapêutica precisa ser parte de um projeto de

intervenção, considerando os aspectos pessoais, familiares, sociais, econômicos, laborais e culturais. Assim, apesar de estratégico, o CAPS necessita estar integrado por uma rede de cuidados que visa atender a complexidade das demandas de inclusão, que se fazem necessárias para que seus objetivos sejam atingidos^{4,20}.

A produção coletiva da vida se faz no território e o trabalho em saúde mental se concretiza quando a equipe acolhe e interage, em sua prática, com a realidade de vivenciada pelo usuário. O deslocamento da equipe de um serviço organizado e formalizado para o local de produção de saberes e práticas comunitárias promove a territorialização, importante no processo de inclusão social¹⁷.

No Brasil, o Ministério da Saúde coloca que em torno de 3% da população apresenta transtornos mentais severos e necessita de cuidados contínuos e intensivos, característicos dos CAPS. Também refere que 9% da população possuem transtornos mentais leves, e que de 6 a 8% apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, estes dos quais a atenção básica em saúde deve se responsabilizar⁴.

Para que trocas e integração entre o serviço de atendimento em saúde com as realidades da comunidade possam ocorrer é importante que as equipes de rede de atenção básica em saúde, serviços de educação, instituições do Estado e particulares e demais organizações sociais estejam dispostas a se interar e participar da vida da comunidade^{4,20}.

Tavares e Souza¹⁶ referem que a Reforma Psiquiátrica se efetiva como política brasileira a partir da implantação da legislação em saúde mental, mas mesmo apresentando abordagem terapêutica diferenciada quanto à proposta da criação de serviços substitutivos, as estratégias ainda são embasadas em um modelo de atenção que lembra a psiquiatria hospitalocêntrica. Assim, existe a necessidade de se conhecer os processos de implantação e implementação dos CAPS, a fim de compreender como as equipes e a gestão dos serviços de saúde mental constroem e percebem suas práticas e cuidado, dando ênfase à trajetória de construção da Reforma

Psiquiátrica.

Assim, há a necessidade da integração e cooperação entre os serviços de saúde existentes, de modo que a atenção primária possa desenvolver ações quanto à seleção da demanda de saúde mental territorial.

As ações da estratégia de saúde da família (ESF) na atenção básica, vinculadas ao território e às demandas da comunidade em que se insere, promovem a percepção da integralidade dos indivíduos na busca de maior resolutividade para as demandas em saúde, constituindo a incorporação de determinantes sociais, políticos, econômicos, espirituais na complexidade das práticas de saúde. No cotidiano dessas ações desenvolvidas na proximidade da população, emergem os problemas em saúde mental²¹.

Um dado relevante do Ministério da Saúde⁴, também mencionado por Figueiredo e Campos²¹, refere que 80% dos usuários que são encaminhados aos serviços que realizam atendimento em saúde mental não apresentam, de imediato, uma demanda que necessite de atenção especializada. Assim, ressaltam a importância de aproximar profissionais que atuam nos serviços específicos de atenção à saúde mental das equipes de Saúde da Família, buscando qualificar estes profissionais para o cuidado em seu sentido mais amplo, considerando as complexidades dos sujeitos e das suas relações sociais.

Lancetti²² traz uma questão importante do trabalho de equipes de saúde mental e saúde da família: as parcerias. Na produção de conexões com os mais diferentes dispositivos comunitários buscam-se articulações para dar conta da complexidade que condiz com a percepção de saúde. O resultado terapêutico das ações integradas e parcerias estabelecidas superariam a sintomatologia, a adequação à realidade e a ausência de deficiências terapêuticas, ultrapassando os limites do conceito saúde-doença¹⁸.

A experiência vivenciada pela equipe do Projeto Qualis, em São Paulo, coordenado e relatado por Lancetti²², também mencionado no trabalho de Nunes et al.¹⁸, traz considerações importantes pontuadas enquanto parceria do trabalho de equipes de saúde mental e de saúde da família. São elas a produção de

trocas e saberes efetivada, a partir da realidade vivida, a postura da equipe de saúde mental, promovendo a autonomia dessas equipes, e a atenção integralizada, humanizada, universalizante, buscando conhecer a situação real de cada família e as suas particularidades, bem como as resolutividades a serem alcançadas.

Nessa abordagem, percebe-se a relevância da interação da equipe de saúde com o usuário, sendo uma parte da estratégia de intervenção desenvolver uma atitude solidária e acolhedora. Respeitar o usuário frente à sua individualidade e à sua universalidade, ou seja, sua integralidade, mantendo com o usuário uma relação de troca, onde este se sinta aceito, reconhecido como sujeito, para que possa confiar na pessoa que o atende, na equipe e no serviço, vem a ser uma proposta a ser preconizada. Essa atitude deve ser uma característica básica não apenas no momento da entrevista, mas em cada momento do relacionamento entre o serviço de atenção (atenção básica, hospital, centro de atenção psicossocial, etc.) e o usuário^{4,20}.

Franco et al.²³ propõem pôr em prática o acolhimento como um dispositivo que interroga os processos usuário-profissional de saúde, que constroem as práticas de saúde e que permitem compreender como o trabalho com os indivíduos é percebido.

Acolher consiste em produzir uma responsabilização terapêutica efetivada nas práticas em saúde, efetivando a universalidade no acesso, humanização na atenção e sua resolutividade. Essa estratégia identifica-se com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, instiga a reflexão de nossas práticas profissionais, bem como de nossa formação acadêmica^{23,24}. Lancetti²² coloca que escutar torna-se a dimensão de conhecimento da estrutura ou do sistema que organiza a vida do coletivo.

Para Assis²⁵, quando se tem como prioridade a humanização do fazer em saúde, três aspectos práticos são tidos como exigências de transformação das ações de saúde na direção da humanização. O primeiro seria a relevância de abrir espaço para o diálogo, sendo o acolhimento o recurso fundamental para que o cuidador surja de modo positivo em relação à atenção aos

indivíduos e à comunidade. O segundo aspecto diz respeito a assumir e compartilhar responsabilidades a partir dessa escuta, pois esta deve ser feita com qualidade e atenta ao significado da decisão de escutar. O terceiro aspecto diz respeito a reconstruir identidades, pois tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro implica, assim, em questões de identidade.

A partir de uma atitude acolhedora, o fazer de profissionais e da equipe de saúde, com ênfase em saúde mental, diz respeito à compreensão do usuário, aceitando sua fala, mantendo uma relação de proximidade, sem envolvimento profundo, favorecendo ao usuário uma busca de maiores esclarecimentos em relação aos diversos aspectos que envolvem os seus problemas. Uma questão importante a ser ressaltada no trabalho da equipe de atenção primária em saúde mental, relacionada ao relevante papel da psiquiatria, é que todos os membros da equipe terapêutica devem ter noções básicas sobre as medicações psiquiátricas, conscientizando-se de que o diagnóstico e a prescrição medicamentosa cabem aos psiquiatras^{4,20}.

Estudo de Coimbra e Kantorski²⁴, realizado em um CAPS do sul do Brasil, coloca que o acolhimento desenvolvido pela equipe de profissionais lhes proporcionou refletir sobre sua prática enquanto gestão, bem como olhar para além da doença psiquiátrica, não identificando apenas as fragilidades do adoecimento, mas as potencialidades do sujeito enquanto ator de seu processo de cuidado.

Além dessas atitudes, devemos sempre lembrar a questão da reabilitação. Existe uma relação muito estreita entre saúde mental e fatores psicossociais. Esses fatores estão correlacionados à origem de muitos transtornos psíquicos, ao desenvolvimento de todos esses transtornos e à eficácia dos serviços de atenção psiquiátrica. Dessa forma, percebe-se que o usuário que apresenta esses transtornos deve ser estimulado a restabelecer suas relações afetivas e sociais e reconquistar seu papel social dentro de sua comunidade^{4,15,20}.

Assim procura-se reforçar o estreito vínculo existente entre os serviços de saúde mental e a atenção primária em saúde no Brasil. Podemos observar essa relevante

relação a partir da literatura mencionada acima, referindo a importância de que as ações de saúde mental na atenção básica devam obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, promovendo o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Ações essas enfocadas e determinadas pelos princípios do SUS e os da Reforma Psiquiátrica⁴.

As redes possuem relações complexas e resistentes. O essencial é que não se perca a dimensão da importância que constituem suas interações entre os diferentes setores e os agenciamentos que produz. Entre eles, enfocamos o eixo da saúde, em específico a atenção básica em saúde, efetuada, principalmente, pela Estratégia de Saúde da Família, bem como todos os serviços que compõem a rede de atenção primária em saúde em cada município brasileiro.

Compreender o sofrimento psíquico, acolhendo o usuário e promovendo seu melhor encaminhamento, reconhecendo o papel que o seu território possui nesse processo, norteia uma relação importante e estratégica na articulação dessa rede, tanto no cumprimento do cuidado e da atenção em saúde mental, como na produção e regularização da rede de serviços de saúde.

Faz-se necessário trabalhar em conjunto, na qual os serviços de saúde mental interagem com as equipes de atenção básica, buscando a promoção de vida comunitária e de autonomia dos usuários, articulando demais recursos, quando necessários, em setores, como jurídicos, econômicos, laborais, empresariais, entre outros, fazendo valer a complexidade das relações humanas.

Assim, faz-se necessário promover a integração e interação entre os serviços de saúde da rede de atenção em saúde mental e de atenção básica, a gestão da rede de cuidado em saúde, a formação em saúde e a comunidade²⁶, preconizadas pela humanização, universalidade, integralidade, participação comunitária, diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, criando-se a possibilidade da prática dessa participação coletiva e promoção na troca entre as parcerias em que a rede se estrutura, enfocando a saúde mental do indivíduo e a saúde

coletiva, efetivando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como os da Legislação em Saúde Mental do Brasil.

REFERENCIAS

1. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais; história e conceitos. *Revista História, Ciências, Saúde* 2002;9:25-9.
2. Guimarães J, Medeiros S, Saeki T, Almeida M. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Revista Saúde em Debate* 2001; 25:5-11.
3. Alves M, Seminotti N. O pequeno grupo "Oficina de Capoeira" no contexto da reforma psiquiátrica. *Saúde e Sociedade* 2006 jan./abr.;15(1).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários*, 2003 (01).
5. Lancetti A, Amarante P. *Saúde Mental e Saúde Coletiva*. In: Campos G et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
6. Torre E, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva na campo da saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001;6(1):73-85.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília (DF); 2004.
8. Luz, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. In: *Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/LAPPIS:ABRASCO; 2007.
9. Oliveira A, Alessi N. Cidadania: instrumento do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005. Jan-mar, 10 (1):191-203.
10. Wetzel C, Kantorski L, Souza J. Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. *R Enferm UERJ*, Jan/mar 2008;16(1):39-45.
11. Costa-Rosa A, Luzio C, Yasui S. As Conferências de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate* 2001;25:12-25.
12. Campos R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. 2001, 25:98-111.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. [acessado em 09/06/2008]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002 acessado em 09/06/2008]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_elettronico/2007/iels.fevereiro.07/iels30/U_PT-MS-GM-336_120207.pdf
15. Onocko-Campos R, Furtado J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2006 Maio;22(5):1054-62.
16. Tavares RC, Souza SMG. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. *Saúde em Debate* maio/ago. 2009; 33(82):252-63.
17. Quintas R, Amarante P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde em Debate* jan/dez. 2008;32(78/79/80):99-107.
18. Nunes M, Jucá V, Valentim C. Ações de Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública* 2007 Out;(23)10:2375-84.
19. Hirdes A, Kantorski L. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. *R Enferm UERJ*. 2005;13:160-6.
20. Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. *Manual de saúde mental*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
21. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate* jan/dez. 2008; 32(78/79/80):143-9.
22. Lancetti A. *Saúde e loucura 7: saúde mental e saúde da família*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. 220p.
23. Franco T, Bueno W, Merhy E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* Abr/Jun. 1999;15(2): 345-53.
24. Coimbra V, Kantorski L. O acolhimento em Centro de Atenção Psicossocial. *R Enferm UERJ* 2005;(13):57-62.
25. Assis J. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes S. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
26. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2004; 14(1):41-65.

Endereço para correspondência:

Alessandra Ritzel dos Santos Schneider
Rua Pedro Santini, 247
Santa Maria/RS - CEP 97060-480
Email: a_ritzel@yahoo.com.br