

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
TERAPIA OCUPACIONAL

ERIC KLEBER ROCHA LOPES

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:  
DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM SAÚDE MENTAL**

BRASÍLIA

2013

ERIC KLEBER ROCHA LOPES

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:  
DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília (UnB), como parte dos  
requisitos necessários para obtenção do grau de  
Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> MSc. Josenaide Engrácia dos  
Santos

BRASÍLIA

2013

### **Ficha Catalográfica elaborada pelo autor**

Lopes, Eric Kleber Rocha.

Centro de Atenção Psicossocial: desafios e perspectivas em Saúde Mental / Eric Kleber Rocha Lopes. – 2013.

31f.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> MSc. Josenaide Engrácia dos Santos.

Monografia (Bacharel em Terapia Ocupacional) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2013.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Assistência em Saúde Mental. 3. Legislação como assunto. 4. Lei 10.216.

ERIC KLEBER ROCHA LOPES

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:  
DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília (UnB), como parte dos  
requisitos necessários para obtenção do grau de  
Bacharel em Terapia Ocupacional.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> MSc. Josenaide Engrácia dos Santos  
(Orientadora)

---

Prof. MSc. Vagner dos Santos  
Universidade de Brasília

---

Hellen Delchova Rabelo  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

APROVADO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

O presente estudo analisou a produção científica a respeito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mediante artigos publicados a partir da promulgação da Lei Federal 10.216/2001, no período de 2001 a 2005. Para realizar a análise, os artigos foram classificados de acordo com o tema correlacionado ao CAPS. Ao analisar os dados, foi possível concluir que, apesar da legislação vigente, o processo para construção dos Centros de Atenção Psicossocial caracteriza-se por vários desafios de consolidação do processo de desinstitucionalização. Além disso, mesmo com a promulgação da Lei 10.216/2001, muitos CAPS não funcionam adequadamente. Sendo assim, é preciso avaliar os CAPS para um melhor desempenho na atenção em saúde mental. Muitos aspectos relacionados ao novo modelo assistencial ainda devem ser trabalhados para que haja eficácia nessa forma de tratamento. Percebe-se que ainda existe muito preconceito relacionado à saúde mental e esse novo modelo de assistência possibilita a superação desse estigma. Apesar dos avanços, a assistência fornecida por muitos CAPS ainda tem sido considerada insuficiente, apresentando dificuldades em oferecer ao paciente um atendimento de ressocialização por completo. Mesmo assim, pode-se dizer que esse modelo de assistência em saúde mental tem sido de fundamental importância para a melhoria na forma de tratar esses pacientes. Por meio dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é possível promover a inserção social dos usuários, abandonando-se o modelo asilar, visando sempre a qualidade de vida e o convívio social.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde Mental. Assistência em Saúde Mental. Legislação como assunto. Lei 10.216.

## ABSTRACT

The present study examined the scientific literature regarding the Psychosocial Care Centers (CAPS) through articles published from the enactment of the Federal Law 10.216/2001 (in the period 2001-2005). To perform the analysis, the articles were classified according to the topic correlated with CAPS. When analyzing the data, it was concluded that despite the legislation, the process for building the Psychosocial Care Centers is characterized by several challenges to consolidate the process of deinstitutionalization. Moreover, even with the enactment of Law 10.216/2001, many CAPS do not work properly. Therefore, it is necessary to evaluate the CAPS for better performance in mental health care. Many aspects of the new care model must still be worked out so that there is effective this form of treatment. It is noticed that there is still much prejudice related to mental health and this new model of care allows overcoming this stigma. Despite advances, the assistance provided by many CAPS has still been insufficient, presenting difficulties in offering the patient a rehabilitation care altogether. Even so, it can be said that this model of mental health care have been of fundamental importance for the improvement in the way of treating these patients. By means of replacing the psychiatric hospital services can promote social integration of users abandoning the asylum model, always seeking quality of life and social life.

**Keywords:** Mental Health Services. Mental Health Assistance. Legislation as Topic. Law 10,216.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
<b>3. JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES</b> .....	11
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	17
<b>6. O CAMINHO PERCORRIDO NA PESQUISA</b> .....	18
<b>7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	20
7.1 IMPLANTAÇÃO DE CAPS E O CUIDADO .....	20
7.2 REPRESENTAÇÃO DE CAPS QUANTO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO .....	22
7.3 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DE CAPS .....	23
<b>8. OBSTÁCULOS ENFRENTADOS PELOS PESQUISADORES</b> .....	25
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	27
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	29

## 1. INTRODUÇÃO

A Saúde Mental é o campo de atuação em que este trabalho está inserido. Sua definição ainda é bastante complexa. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), não há definição "oficial" de saúde mental. Sabe-se que diferenças culturais, julgamentos subjetivos e diversas teorias afetam o modo como a saúde mental é definida. O conceito pode relacionar-se, por exemplo, ao estado de equilíbrio entre uma pessoa e o seu meio sociocultural, de forma a garantir ao indivíduo sua participação social, intelectual e ocupacional, visando o bem-estar e qualidade de vida. Saúde mental pode ser um termo usado, também, para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional de uma pessoa. A definição pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de saúde mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais. Necessita-se, portanto, de uma assistência abrangente, envolvendo diversos contextos e profissionais.

A assistência em saúde mental passou por grandes modificações ao longo do tempo. Conforme Cardoso e Galera (2011), a humanidade, desde os primórdios, tem dificuldade em lidar com as diferenças e com as dissonâncias do senso e convivência comum. Na psiquiatria, o tratamento da loucura, por vezes, foi baseado na intolerância frente aos comportamentos das pessoas com transtornos mentais, tendo no cárcere dos indivíduos uma opção para afugentar o diferente e "proteger" a sociedade. Nas últimas décadas, os hospitais psiquiátricos deixaram de constituir a base do sistema assistencial, cedendo terreno a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade, visando à desconstrução do modelo até então vigente.

No Brasil, final da década de 1970, momento que a sociedade civil estava em processo de reorganização, o campo da saúde mental estava em ebulição com várias discussões acerca do cenário psiquiátrico. O centro das críticas estava focado nas características iatrogênicas do manicômio, que "em lugar de tratar, torna-se produtor de cronificação, isto é, a exclusão social do louco" (MACEDO, 1997, p. 320).

Em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro, que tornou-se o ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. Segundo

Amarante (1995), no ano de 1987, o movimento amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, a fim de tornar-se um movimento social que venha a contribuir com as transformações no âmbito da saúde mental.

O lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e a assistência psiquiátrica. Deste ano até hoje, o movimento vem organizando inúmeras atividades culturais, artísticas e científicas nos estados e nas principais cidades do país, com o objetivo de sensibilizar e envolver novos atores sociais na questão: de lá pra cá foram organizadas dezenas de associações de familiares, voluntários e usuários de serviços psiquiátricos (AMARANTE, 1995, p. 494).

Conforme Amarante (1995), em 1989, devido ao processo de municipalização do sistema de saúde, ocorreu a primeira intervenção na cidade de Santos - SP, dando início ao fechamento do hospício (Casa de Saúde Anchieta), o qual contava com 500 internos, ocorrendo assim a substituição do modelo assistencial para criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os hospitais psiquiátricos no Brasil, até o final da década de 1980, funcionaram como depósitos de indivíduos perturbados, isolados e esquecidos. Esse descaso gerou o agravamento das condições de saúde física, mental e social dos pacientes. O cotidiano desumanizante das terapêuticas aplicadas nesses hospitais fomentou em alguns trabalhadores da saúde mental a implementação de práticas terapêuticas alternativas.

A Reforma Psiquiátrica surge sob clamor da necessidade de redemocratização das instituições e, também, do projeto de Reforma Sanitária Brasileira. No ano de 1989, o Congresso Nacional aprovou o Projeto de Lei n.º 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que previa a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira. Segundo Tenório (2002), o Projeto de Lei era simples, com apenas três artigos de conteúdo:

[...] o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de ‘recursos não-manicomial de atendimento’; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, p. 36).

Depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado, que, em seu lugar, aprovou, mais de dez anos depois (em janeiro de 2000), um projeto substitutivo, de autoria do senador Sebastião Rocha. O substitutivo era, conforme Tenório (2002), ambíguo quanto ao papel e à regulamentação da internação e chegava a autorizar explicitamente a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos nas regiões onde não existia estrutura assistencial. Na volta do texto à Câmara dos Deputados, conseguiu-se suprimir o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos, e a lei finalmente aprovada - Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 - foi considerada, pelo movimento da reforma, uma lei progressista, um passo à frente.

Destaca-se o fato de que a apresentação do projeto de lei original, em 1989, teve um efeito positivo e produziu um avanço no movimento da Reforma Psiquiátrica. Deve-se notar, conforme Tenório (2002, p. 37), que “a transformação da assistência e mesmo do estigma social da loucura no Brasil deu-se de forma segura e constante, ainda que lenta, ao longo dos dez anos em que o projeto de lei tramitou sem ser aprovado”.

No final da década de 1980 e início de 1990, surgem as novas experiências de transformação da assistência psiquiátrica, dentre as quais se destacam a criação de diversos serviços de saúde mental na cidade de São Paulo e também a intervenção pelo governo municipal e concomitante "desconstrução" de um manicômio em Santos; criou-se, então, uma rede de serviços territoriais, os chamados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

No âmbito do novo modelo assistencial, conforme Silva (2000), a rede de CAPS tem se tornado, gradativamente, uma referência para o atendimento às pessoas com sofrimento psíquico grave. Reforça essa afirmação o fato de que a implantação de mais CAPS foi uma das reivindicações apresentadas na Conferência Municipal de Saúde (Rio de Janeiro - RJ), realizada em julho de 1999.

A construção dos Centros de Atenção Psicossocial é uma estratégia de saúde que busca inovar as formas de tratamento para pacientes com transtornos mentais. Os CAPS têm crescido cada vez mais, principalmente com a aprovação da Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001, a qual "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental" (BRASIL, 2004a, p. 17).

A Lei 10.216/2001 favoreceu a abertura de novas unidades, as quais são vinculadas, na maioria das vezes, ao Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, apesar do crescimento dos CAPS, observa-se, em geral, desconhecimento por parte da sociedade, e até mesmo de profissionais de saúde, sobre a proposta e o funcionamento dos CAPS. Esse fato repercute na necessidade de produção acadêmica sobre o tema, bem como a criação de estratégias para melhor informar a população e os profissionais de saúde.

Meu interesse em investigar as produções científicas que falem sobre os Centros de Atenção Psicossocial se deu principalmente por meio de experiências de estágio em uma instituição de saúde mental; de aulas e discussões, durante a graduação, sobre o tema; e de leituras sobre o processo de Reforma Psiquiátrica e desconstrução do paradigma asilar.

Nesta pesquisa, buscou-se compreender o que as produções acadêmicas, desenvolvidas no período de 2001 a 2005, trazem sobre os CAPS, tomando como referência a Lei 10.216/2001. Dessa forma, o questionamento central é: como está a produção acadêmica sobre os Centros de Atenção Psicossocial? A partir daí, será possível observar as demandas e os desafios levantados sobre o tema em questão.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a produção acadêmica desenvolvida a partir da promulgação da Lei 10.216/2001, no período de 2001 a 2005, mediante artigos científicos indexados na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) sobre o tema CAPS.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os temas abordados nos artigos científicos relacionados aos CAPS;
- Verificar os possíveis obstáculos enfrentados pelos diferentes pesquisadores.

### **3. JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES**

A produção acadêmica na área de saúde mental tem se configurado, em sua grande maioria, em artigos voltados à terapêutica medicamentosa. No entanto, sabe-se que o tratamento de pessoas com transtornos mentais não está restrito ao uso de medicamentos, devendo ser associado a outras formas de assistência em saúde por meio de uma equipe multidisciplinar. Conforme a Lei 10.216/2001, “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Art. 4º, § 1º).

A preocupação que norteia esta pesquisa é a busca de produções científicas que permitam um compartilhamento dessa nova forma de assistência ao sujeito com transtorno mental. A caracterização da produção acadêmica na área poderá demonstrar o efeito causado pela Lei 10.216/2001, no que diz respeito aos resultados concretos no cotidiano das pessoas com transtorno mental, e identificar a ideologia implícita na ação e os possíveis obstáculos relacionados aos CAPS.

Sabe-se que os CAPS vêm se firmando cada vez mais em nossa sociedade, onde é possível proporcionar qualidade de vida, bem-estar e reinserção social, incentivando a superação de paradigmas e preconceitos com relação à saúde mental. O presente estudo pretende contribuir com as discussões para o conhecimento acadêmico, profissional e até mesmo social.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

A partir de movimentos populares e reivindicações de profissionais de saúde, conforme Venâncio (2005), na década de 1980, foi criado um modelo de suporte para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, denominados Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS). O objetivo era reformular os meios de assistência e tratamento para os sujeitos com transtornos mentais, que por muito tempo foram centrados nos hospitais psiquiátricos (manicômios).

O CAPS é um serviço especializado em saúde mental que atende pessoas com transtorno mental grave e persistente em diferentes níveis de cuidado: intensivo (diariamente), semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e não intensivo (até três vezes por mês). É um serviço territorializado que integra uma rede de atenção substitutiva à internação psiquiátrica e que tem como princípio básico a inserção comunitária. Compreende ações de assistência (medicação, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar) na perspectiva da reinserção social. Conforme Nicácio (1994), configura-se como “equipamento-síntese”, subvertendo a lógica da hierarquização e agregando os diferentes níveis de atenção em uma só unidade.

Os Centros de Atenção Psicossocial buscam inovar o tratamento em saúde mental, de forma a substituir o modelo hospitalocêntrico. Uma das funções dos CAPS é realizar um trabalho conjunto com as Equipes de Saúde da Família, com o objetivo de promover a vida comunitária e a autonomia dos usuários.

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, buscando acolher pacientes com transtornos mentais a fim de incentivar sua reinserção social e cultural, bem como sua integração familiar. Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como:

[...] unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004b, p. 12).

Esses serviços (CAPS, NAPS e os Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM), foram integrados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 com o propósito de oferecer atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004b).

De acordo com Venâncio (2005), os CAPS têm objetivado, como principal diretriz, a criação de uma rede de serviços de baixa e média complexidade para atendimento psicossocial no território. O Ministério da Saúde, na Portaria nº 336/GM, define que os CAPS devem “responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” e “desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território” (BRASIL, 2004a, p. 126).

Os CAPS funcionam como um dispositivo estratégico de suporte a outras esferas da saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), e até mesmo para atendimentos de maior complexidade. Permitem ações que garantem, dentre outros parâmetros, abrigo, lazer e direitos previdenciários para os usuários. Em sua proposta, os CAPS incluem também a criação de oficinas terapêuticas, nas quais os pacientes podem desenvolver suas capacidades e potencialidades, expressar suas emoções e aspirações, ressignificar seu cotidiano, entre outras finalidades.

O tratamento das pessoas com transtornos mentais, conforme Brasil (2004b), deve ser o menos invasivo possível. Além disso, é importante a aproximação com os familiares, incentivando a participação no tratamento, de forma a preparar o paciente para a reinserção na sociedade (em sua comunidade, principalmente).

Segundo Venâncio (2005), devido ao conflito ideológico quanto ao grau de problema mental, no que se refere à internação em hospitais, criou-se uma classificação para os CAPS: CAPS I, II e III. Nessa classificação, os CAPS dividem-se por graus crescentes de complexidade e abrangência populacional, sendo desvinculados, ao máximo, dos hospitais psiquiátricos.

Para desempenhar todas as suas funções, os CAPS devem possuir uma estrutura física adequada, que comporte todas as suas necessidades. A estrutura deve ter boa amplitude, ser um

ambiente aberto e estar inserida na sociedade, não se tornando um isolamento, mas sim um local acolhedor e provedor de saúde e bem-estar. É necessário ter: equipes multiprofissionais; consultórios para consultas (triagem), entrevistas e terapias; sala de atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitórios; sanitários e área externa para recreação e esportes. Todas as pessoas com transtornos mentais podem ser atendidas no CAPS; em casos onde o paciente não pode ter acesso ao serviço, seus familiares ou vizinhos poderão solicitar a visita de um profissional do CAPS em sua residência, onde deverá ser articulado com as Equipes de Saúde da Família do local (BRASIL, 2004b).

Conforme Brasil (2004b), os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes trabalhadores de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, pedagogos, profissionais de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Além disso, os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha. Ressalta-se que todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais.

Os CAPS podem oferecer as seguintes modalidades de atendimento:

**Atendimento Intensivo:** trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

**Atendimento Semi-Intensivo:** nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

**Atendimento Não-Intensivo:** oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar (BRASIL, 2004b, p. 16).

Os Centros de Atenção Psicossocial podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas, incluindo: atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento para a família; atividades comunitárias; assembleias ou reuniões de organização do serviço, entre outros. A ideia de ampliação dos recursos vem sendo reconstruída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. Além disso, é importante que cada paciente tenha um tratamento terapêutico individual, que respeite e atenda à sua particularidade (BRASIL, 2004b).

Os CAPS também podem ser diferenciados, conforme Brasil (2004b): quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas; e quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves. Os tipos de CAPS atualmente regulamentados estão descritos no Quadro 1.

<b>TIPOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
CAPS I	Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS II	Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS III	Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, todos os dias da semana. Atendimento diário e noturno de adultos com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPSi	Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Para infância e adolescência. Atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais.
CAPS AD	Municípios com população acima de 100.000 habitantes. Para usuários de álcool e outras drogas. Atendimento diário de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Também possui leitos de repouso com finalidade exclusiva para tratamento de desintoxicação.
CAPS AD III	Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, todos os dias da semana. Para usuários de álcool e outras drogas. Pode atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. Atendimento diário e noturno de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Quando o serviço é destinado ao atendimento infanto-juvenil, denomina-se CAPS ADi.

**Quadro 1:** Tipos de CAPS.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2004b). Portaria nº 336/GM (2002). Portaria nº 130/GM (2012).

Como complementação na luta pela reinserção de pacientes com transtornos mentais, conforme Silva (1999), existem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a usuários provenientes de internações psiquiátricas de longa permanência, com dificuldades de reintegração familiar, moradia e reinserção social. Muitas vezes, os CAPS sugerem esses serviços, provendo moradia para esses pacientes, permitindo que eles vivam de forma digna e inseridos no contexto social.

Dessa forma, segundo Silva (1999), essa modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada tem como compromisso o resgate da cidadania e reintegração social, não se configurando como serviços de saúde, mas sim como serviços residenciais com função terapêutica, que fazem parte do conjunto de cuidados no campo da atenção psicossocial e têm importância estratégica para a reestruturação da assistência psiquiátrica.

Outra medida de grande importância, conforme Venâncio (2005), foi assinada pelo governo federal, criando-se um incentivo financeiro para os familiares de pessoas com transtorno mental, denominado “Programa de Volta para Casa”. Com esse programa, tem-se reduzido bastante o número de internações em leitos hospitalares, fato que contribui para a desconstrução do hospital psiquiátrico. Além disso, o programa atende ao disposto na Lei 10.216/2001, que no Art. 5º determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

Segundo Brasil (2012), o Programa de Volta para Casa (PVC) foi instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e integra, a partir da Portaria/GM nº 3088, a rede de Atenção Psicossocial em seu componente “estratégias de desinstitucionalização”. Tal integração promove um contexto favorável no campo da reinserção social.

Observa-se também, segundo Venâncio (2005), a grande atuação dos CAPS junto aos usuários de álcool e outras drogas, que antes eram tratados em âmbito hospitalar ou em centros de mútua ajuda. Os CAPS propõem, conforme Viganó (1999), um acompanhamento da assistência aos pacientes, promovendo um tratamento humanizado e acompanhando, assim, o percurso de vida dessas pessoas.

## 5. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória bibliográfica, em que será realizado o levantamento de artigos científicos indexados na base de dados LILACS. Conforme Gil (2002, p. 41), uma pesquisa exploratória tem por objetivo “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. O planejamento das pesquisas exploratórias é flexível e, na maioria dos casos, tem a forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso.

Nesta pesquisa será realizado um levantamento bibliográfico. Gil (2002, p. 59) afirma que “o delineamento de uma pesquisa bibliográfica depende de suas características próprias, como a natureza do problema, o nível de conhecimento que o pesquisador já dispõe sobre o tema estudado, entre outros fatores”.

Os dados secundários serão artigos acadêmicos sobre CAPS, produzidos no período de 2001 a 2005, tendo como instrumento um modelo de catalogação adaptado. A pesquisa foi realizada de abril a junho de 2013.

O processo de análise do material seguiu as seguintes fases, conforme Gil (2002, p. 73): leitura exploratória, verificando-se em que medida cada artigo interessa à pesquisa; catalogação através de instrumento próprio; leitura seletiva, em que serão escolhidos os artigos pertinentes à questão formulada; leitura analítica dos artigos selecionados, quando serão investigados os temas abordados, os obstáculos enfrentados pelos pesquisadores e a perspectiva ideológica de cada estudo. Por fim, realizou-se uma leitura interpretativa, quando foram relacionados os achados com o problema formulado.

## 6. O CAMINHO PERCORRIDO NA PESQUISA

Primeiramente, realizou-se leitura exploratória para delimitação do problema. Em seguida, foi definida a forma de condução do trabalho. Para iniciar a revisão de literatura a respeito do tema, foram cruzados os descritores “centro de atenção psicossocial” e “lei 10.216” na base de dados LILACS. A partir daí, foram encontrados 20 artigos e, após leitura, separou-se aqueles que se adequavam aos seguintes critérios:

- Ser um artigo publicado entre 2001 e 2005 sobre o tema: Centro de Atenção Psicossocial;
- Situar o CAPS na gestão de políticas em saúde mental;
- Discutir sobre o CAPS e os possíveis obstáculos nas políticas de saúde mental a partir da Lei 10.216/2001.

Em seguida, os artigos foram lidos e fichados. Após nova leitura, foram excluídos os artigos que não se adequavam ao critério definido. A lista abaixo identifica os textos que compõem os objetos de estudo, ordenados pela sequência de leitura:

**Artigo 1** - OLIVEIRA, A. G. B; ALESSI, N. P. (2005). Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica.

**Artigo 2** - MAFTUM, M. A. *et al.* (2005). O cuidado à saúde de familiares de pessoas com sofrimento mental.

**Artigo 3** - GONÇALVES, A. M; SENA, R. R. (2001). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.

**Artigo 4** - MOSTAZO, R. R; KIRSCHBAUM, D. I. R. (2003). Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico.

**Artigo 5** - TENÓRIO, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.

**Artigo 6** - ANDREOLI, S. B. *et al.* (2004). Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil.

**Artigo 7** - PELISOLI, C. L; MOREIRA, A. K. (2005). Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta.

**Artigo 8** - RIBEIRO, S. L. (2004). A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo.

Para análise do material, foram criadas três classificações (apresentadas no Quadro 2), agrupando-se o artigo de acordo com o tema principal, correlacionando com a Lei 10.216/2001. No entanto, isso não exclui a possibilidade de os artigos abordarem outros temas, relacionados ou não à classificação criada para esta revisão bibliográfica.

TEMAS	ARTIGOS
Implantação de CAPS e o Cuidado	1, 2, 3, 4 e 5
Representação de CAPS quanto à Desinstitucionalização e Ressocialização	1, 2, 3, 4 e 7
Aspectos Históricos e Conceituais de CAPS	1, 6, 7 e 8

**Quadro 2:** Classificação, por tema, dos artigos que compõem o objeto de estudo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após leitura seletiva, passou-se para leitura analítica e, posteriormente, leitura interpretativa para construir a apresentação e discussão dos dados.

## 7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 7.1 IMPLANTAÇÃO DE CAPS E O CUIDADO

Cinco artigos evidenciam uma discussão de Centro de Atenção Psicossocial ao abordarem a implantação e o cuidado. O artigo de Mostazo e Kirschbaum (2003) analisa os CAPS a partir do histórico de implantação do serviço e do cuidado. Os autores buscaram sua fundamentação junto à Reforma Psiquiátrica e à necessidade de cuidado a partir da condição humana, social, política e cultural do sujeito com transtorno mental, abrindo espaço para um questionamento viável e crítico. Mostazo e Kirschbaum (2003) relatam que a Reforma Psiquiátrica consolidou novos rumos para a saúde mental. Assim, a preocupação deixou de centrar-se apenas na instituição psiquiátrica para centrar-se na implantação de CAPS.

Destaca-se a maneira como os autores reafirmam a regulamentação dos CAPS junto ao processo de implantação e cuidado, destacando suas atribuições e o processo metodológico de implantação desses serviços. Mostazo e Kirschbaum (2003) ressaltam aspectos da organização da sociedade civil para assegurar concretamente os Centros de Atenção Psicossocial. Desse modo, apontam o movimento de trabalhadores de saúde mental como um recurso que estimulou as iniciativas de implantação dos CAPS. Assim, entende-se os CAPS como um serviço de esfera pública que deve ser pensado a partir da sociedade civil organizada.

O artigo produzido por Tenório (2002), ressalta que, na década de 1980, assistiu-se ao surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental. Ao menos duas delas são consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos - SP, iniciando o processo que se constituiria no complexo e exemplar Programa de Saúde Mental daquela cidade.

Tenório (2002) destaca que o sonho de liberdade, através da implantação do CAPS, implicou uma aproximação efetiva com os pacientes, e que essa aproximação teve como referência ordenadora, além dos valores democráticos, o discurso do cuidado, especialmente com a teorização sobre grupos, preocupação condizente com a prevalência dos dispositivos grupais na

rotina das comunidades. Segundo o autor, a noção de saúde mental está identificada com o CAPS e o cuidar do sujeito, permitindo torná-lo novamente um indivíduo definido pela rede de suas inter-relações sociais.

É possível perceber, no artigo de Tenório (2002), como as demandas do sujeito com transtorno mental são pensadas a partir de suas redes de relações sociais. Porém, as demandas nem sempre são percebidas, reforçando-se a necessidade de implantação de CAPS, devido à responsabilidade coletiva e individual.

Para Oliveira e Alessi (2005), após o surgimento da psiquiatria, vários movimentos de contestação ao saber e prática psiquiátricos instituídos se fizeram notar no cenário mundial, dos quais se destacam os movimentos denominados Psiquiatria de Setor, na França; as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra; e a Psiquiatria Preventiva, nos Estados Unidos da América (EUA). A influência desses movimentos de crítica à Psiquiatria também foi notada no contexto social brasileiro, principalmente a partir da década de 1980, que resultou em implantação de CAPS e em um cuidado mais organizado para o paciente.

Conforme Gonçalves e Sena (2001), a Reforma Psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil há várias décadas, mais precisamente a partir do final da década de 1970. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos sujeitos com transtorno mental em todo o país. Eles acreditam que as consequências da Reforma Psiquiátrica refletem de forma direta sobre a família da pessoa com transtorno mental, principalmente sobre os sujeitos responsáveis pelo cuidado.

Para Gonçalves e Sena (2001), o cuidado está associado à cidadania da pessoa com transtorno mental, ao respeito, à autonomia e à reintegração do sujeito à família e à sociedade. No entanto, o estudo feito pelos autores mostra uma contradição importante entre as propostas da Reforma Psiquiátrica e a devolução ou manutenção do sujeito com transtorno mental em sua família. Ressalta-se que essas pessoas com transtorno mental retornam à família sem o devido conhecimento das reais necessidades e condições dos familiares, especialmente dos cuidadores, em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida, que são aspectos profundamente interligados.

Maftum *et al.* (2005) trazem um enfoque da Reforma Psiquiátrica associado à compreensão do transtorno mental e do tratamento fornecido aos pacientes, ressaltando a necessidade de envolver os familiares e a sociedade em geral na busca de parcerias para um cuidado à saúde o mais integrado possível ao meio de convívio da pessoa com transtorno mental, principalmente através dos Centros de Atenção Psicossocial.

## 7.2 REPRESENTAÇÃO DE CAPS QUANTO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO

Foram selecionados cinco artigos sobre a representação de CAPS quanto à desinstitucionalização e ressocialização. Há uma variedade de temas abordados, incluindo artigos que trabalham especificamente com o tema CAPS (GONÇALVES; SENA, 2004; MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003; OLIVEIRA; ALESSI, 2005), a representação de CAPS, e aqueles que têm a ressocialização como assunto secundário a outros mais específicos. No entanto, existe concordância sobre a necessidade de que os CAPS sejam efetivamente capazes de desinstitucionalizar e ressocializar o sujeito.

No artigo desenvolvido por Maftum *et al.* (2005), o objetivo é relatar a experiência da intervenção com enfoque na educação permanente e desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental junto aos profissionais que trabalham no CAPS. Busca-se valorizar o potencial sadio que cada pessoa possui, visando capacitá-la a conviver com os outros, a reconhecer suas potencialidades e limites, de forma a procurar por tratamento, prevenção e promoção de sua saúde mental. As representações do CAPS no tratamento psiquiátrico são expressivas, pois a condição de estar inserido, por exemplo, no mercado de trabalho pode ser uma consequência da eficácia do tratamento psiquiátrico.

Oliveira e Alessi (2005) adotam a discussão a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica como estratégia importante para o resgate da dívida social para com as pessoas com transtorno mental. Afirma-se que a inauguração de serviços extra-hospitalares (ex.: CAPS) favorece uma nova abordagem terapêutica.

Ao descrever a representação do CAPS a partir da desinstitucionalização e ressocialização, Pelisoli e Moreira (2005) reforçam a importância do processo de desinstitucionalização

psiquiátrica. A discussão a respeito dos serviços substitutivos teve como ponto de partida o desafio de estabelecer o CAPS como a principal porta de entrada para as pessoas que buscam o atendimento em saúde mental. Dentro do relato de experiência, os autores ressaltam que os serviços substitutivos devem implementar novos dispositivos, refletindo e avaliando sua efetividade, para que não se produzam “novos enclausuramentos e novas hegemonias”. Porém, conclui-se que estes serviços têm sido considerados insuficientes e têm apresentado dificuldades em fornecer aos pacientes um atendimento que os ressocializem.

Ainda segundo Pelisoli e Moreira (2005), o funcionamento do CAPS impõe a necessidade de uma revisão dos procedimentos oferecidos, a fim de adequá-los às diretrizes nacionais, já que o padrão usual de funcionamento do serviço estudado tem se apresentado muito mais como um ambulatório do que como um centro psicossocial.

### 7.3 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DE CAPS

Quatro artigos abordaram os aspectos históricos e conceituais de CAPS. Para Oliveira e Alessi (2005), a institucionalização da psiquiatria no mundo ocidental se deu no contexto do Iluminismo, a partir do século XVII. A razão dos antigos gregos foi resgatada pelos filósofos dessa época, e a irracionalidade, manifesta nos loucos e em muitos outros tipos de “perturbadores da ordem”, era contida e corrigida nas prisões, escolas, casas de correção e casas de loucos que surgiram em toda a Europa nos séculos XVIII e XIX. Conforme Oliveira e Alessi (2005), no Brasil, a atenção aos transtornos mentais inicia-se com a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, que, até o final da Segunda Guerra Mundial, teve uma trajetória higienista.

Segundo Ribeiro (2004), o primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. Transformou-se esse local num serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e oferecer um atendimento intensivo para pessoas com transtorno mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período.

Ribeiro (2004) faz referência à Casa das Palmeiras, no Rio de Janeiro; aos Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos - SP e outras cidades; aos centros de convivência, em São Paulo; à Pensão Nova Vida, no Rio Grande do Sul; e muitos outros serviços que traziam em si o desejo da reabilitação psicossocial e a marca da insatisfação quanto ao que era oferecido até então. Esses serviços, ao mesmo tempo, buscavam responsabilizar-se pelos usuários e estabelecer pontes entre eles e a sociedade.

Pelisoli e Moreira (2005) ressaltam que, de acordo com o Ministério da Saúde:

[...] CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (PELISOLI; MOREIRA, 2005, p. 270).

Andreoli *et al.* (2004) fazem referência aos três níveis de atenção oferecidos pelos CAPS: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo se constituir em serviço ambulatorial de atenção diária. Ressalta-se que os CAPS devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

## 8. OBSTÁCULOS ENFRENTADOS PELOS PESQUISADORES

No que diz respeito à “Implantação de CAPS e o Cuidado”, pode-se identificar alguns empecilhos encontrados pelos diversos autores. Mostazo e Kirschbaum (2003) buscaram uma fundamentação para o CAPS dentro da Reforma Psiquiátrica e ressaltam a necessidade do cuidado a partir da condição humana de cada indivíduo. Reafirmam que, para assegurar concretamente o CAPS, seria necessária uma maior solidez das organizações da sociedade civil.

Tenório (2002) enfatiza o discurso do cuidado, especialmente com a teorização sobre grupos, preocupação condizente com a prevalência dos dispositivos grupais na rotina das comunidades. Também observa-se uma problemática quanto às demandas, que nem sempre são percebidas, reforçando a necessidade de implantação de CAPS devido à responsabilidade coletiva e individual.

Gonçalves e Sena (2005) referem-se às inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão das pessoas com transtornos mentais em todo o país. Afirma-se que a Reforma Psiquiátrica teve um impacto direto sobre as pessoas responsáveis pelo cuidado do sujeito/familiar com transtorno mental. Os obstáculos, segundo os autores, estão relacionados ao cuidado, que, muitas vezes, não atende à demanda que os CAPS requerem quanto à atenção ao sujeito com transtorno mental. Maftum *et al.* (2005) também observaram uma problemática quanto ao cuidado com as pessoas com transtornos mentais, principalmente pelos familiares desses pacientes. A maior dificuldade no modelo do CAPS pode ser focada na corresponsabilização dos familiares.

Em relação à “Representação de CAPS quanto à Desinstitucionalização e Ressocialização” também é possível identificar obstáculos encontrados pelos autores. Para Alessi e Oliveira (2005), uma das dificuldades foi a inserção de serviços extra-hospitalares na sociedade e a adoção do novo modelo através do movimento de Reforma Psiquiátrica, que procura resgatar um importante compromisso com as pessoas com transtorno mental.

Segundo Maftum *et al.* (2005), um dos impedimentos na concretização do CAPS é a conscientização do paciente para a importância de sua inserção no mercado de trabalho e sociedade.

Pelisoli e Moreira (2005) enfatizam a importância do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Ressaltam a questão dos serviços substitutivos, tendo como ponto de partida o desafio de estabelecer o CAPS como a principal porta de entrada para as pessoas que buscam o atendimento em saúde mental, sendo dele o papel de implementar novos dispositivos, refletindo e avaliando sua efetividade. No entanto, esse novo modelo ainda tem sido considerado insuficiente, pois apresenta dificuldades em oferecer ao paciente um atendimento de ressocialização.

Quanto aos “Aspectos Históricos e Conceituais de CAPS”, poucos obstáculos foram encontrados, uma vez que, com a Reforma Psiquiátrica, ficou clara a conceituação do novo modelo de assistência em saúde mental. Ribeiro (2004) afirma que a maior dificuldade encontrada foi a de transformar o modelo vigente em um novo modelo assistencial.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito a uma atenção diferenciada em saúde mental adveio de um processo histórico marcado por embates entre grupos com diferentes interesses (o modelo hospitalocêntrico *versus* o modelo substitutivo da reforma psiquiátrica), sendo que o paradigma hospitalocêntrico teve, por muito tempo, uma maior capacidade de articulação, e quase sempre obtinha vários privilégios. Dessa forma, conquistou mais espaço junto à classe hegemônica.

Ao final da década de 1970, a sociedade civil passou a se reorganizar para exigir melhores condições de saúde, e o campo da saúde mental seguiu a lógica desses movimentos sociais. A partir da década de 1980, emerge a proposta de desinstitucionalização a partir do Projeto de Lei Paulo Delgado, que abriu espaço para uma participação efetiva dos trabalhadores de saúde mental.

Ao retomar a proposta central deste trabalho, pode-se fazer algumas considerações. A ideia central foi a de analisar a produção científica referente ao período de 2001 a 2005, advindo da Lei 10.216/2001, a fim de identificar os principais obstáculos para consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, pode-se observar que muitos obstáculos estão relacionados ao processo de desinstitucionalização, além do desafio de estabelecer o CAPS como a principal porta de entrada para as pessoas que buscam o atendimento em saúde mental.

Ao longo do trabalho, percebe-se que a estratégia dos CAPS decorre de mudanças na relação historicamente construída entre a sociedade e o Estado e, hoje, o CAPS é uma realidade que pode contribuir amplamente na atenção à demanda em saúde mental. Entretanto, a legislação que estabelece a criação dos CAPS gera outra demanda relacionada à qualidade dessa assistência, principalmente no que se refere à ressocialização dos sujeitos com transtorno mental. Esse novo modelo ainda tem sido considerado insuficiente, apresentando dificuldades em oferecer ao paciente um atendimento de ressocialização por completo. Mesmo assim, pode-se dizer que esse modelo de assistência em saúde mental tem sido de fundamental importância para a melhoria na forma de tratar esses pacientes.

Destaca-se que a articulação entre CAPS e comunidade é fundamental, pois as parcerias ajudam a reforçar os laços sociais e afetivos e produzem maior inclusão social dos usuários. Os CAPS

devem ser parte integrante da comunidade, de sua vida diária, de suas atividades culturais e dos contextos que envolvem as famílias e, principalmente, as pessoas que necessitam de assistência em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>> Acesso em: 5 fev. 2013.

ANDREOLI, S. B. *et al.* **Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/21.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Centro de Aperfeiçoamento Pessoal de Ensino Superior. **Modelo de Catalogação de Material Acadêmico**. Brasília: Ministério da Educação, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf)> Acesso em: 5 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)> Acesso em: 5 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10**. Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>> Acesso em: 5 fev. 2013.

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. **O cuidado em saúde mental na atualidade**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: 1996.

GONÇALVES, A. M; SENA, R. R. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2013.

MACEDO, A. L. P. **Reforma Psiquiátrica: uma breve discussão sobre impasses e contradições.** In: VENÂNCIO, A. T; LEAL, E. M; DELGADO, P. G. (org.). *O campo da atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: Te Corá, 1997.

MAFTUM, M. A. *et al.* **O cuidado a saúde de familiares de pessoas com sofrimento mental.** Trabalho apresentado no ENEC - Encontro de Extensão e Cultura. Universidade Federal do Paraná, UFPR, 2005. Disponível em: <<http://www.proec.ufpr.br/enec2005/links/saude.htm>> Acesso em: 13 abr. 2013.

MOSTAZO, R. R; KIRSCHBAUM, D. I. R. **Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a13.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2013.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura.** Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: PUC, 1994.

OLIVEIRA, A. G. B; ALESSI, N. P. **Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a20v10n1.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2013.

PELISOLI, C. L; MOREIRA, A. K. **Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 27, n. 3, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a06.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2013.

RIBEIRO, S. L. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo.** Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 24, n. 3, set. 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2013.

SILVA, A. C. Z. **Centros de Atenção Psicossocial - Rio de Janeiro (RJ)**. In: FARAHA, M. F. S; BARBOZA, H. B. (org.). *Novas Experiências de Gestão Pública e Cidadania*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

SILVA, J. F. **Por uma assistência psiquiátrica em transformação**. Cadernos IPUB, n. 3 e 4, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

SOARES, S. R. R; TOYOKO, S. **O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt\\_v14n6a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a14.pdf)> Acesso em: 5 fev. 2013.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2013.

VENÂNCIO, J. **Textos de apoio: políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

VIGANÓ, C. **A construção do caso clínico em Saúde Mental**. Curinga, n. 13, Belo Horizonte, 1999.