

REFLEXÕES SOBRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Lubieska Saleme Nogueira

Graduanda em Psicologia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Melissa Braghin da Silva

Graduanda em Psicologia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Paulo Sérgio de Araújo Júnior

Graduando em Psicologia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Wesley Nunes Leal

Graduando em Psicologia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Edvaldo Rossi Junior

Psicólogo – FAI; Esp. em Psicologia da Saúde – FAI;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Fábio Batista de Sousa

Mestre em Psicologia – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

A saúde mental no Brasil sofreu grandes mudanças ao longo da história, tendo ganhado espaço na rede de serviços somente após intensa reivindicação. Este estudo tem como objetivo geral analisar a assistência prestada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mediante a trajetória percorrida pela saúde mental no país, e como objetivo específico possibilitar um entendimento a cerca da importância dos serviços prestados pelo CAPS na vida das pessoas portadoras de transtornos mentais. Para tanto, este estudo foi realizado através de pesquisas bibliográficas, consultadas por meio de dados do Scielo e de publicações do Ministério da Saúde. Os resultados apontam a notabilidade de melhoras que hoje visam o cuidado e a promoção à saúde psíquica, mediante a algumas limitações ainda enfrentadas pelos usuários dos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental; cuidados; centro de atenção psicossocial (CAPS).

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo apresentar as pessoas e aproximá-las da realidade da saúde pública brasileira, focando na saúde mental e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Apresentar um pouco da história do CAPS, sua estrutura, suas práticas de atuação e a assistência dada às pessoas com

transtornos mentais após sua reinserção na sociedade.

Os CAPS são instituições de cuidado à saúde mental, tendo um papel fundamental no sistema de saúde brasileira oferecendo atendimento e tratamento a população, acolhendo pacientes com transtornos mentais, oferecendo atendimento médico e tratamento psicológico, assim despertando a autonomia, automotivação e estimulando a sua integração juntamente com a família na sociedade e no meio cultural (RIBEIRO, 2004).

Os indivíduos desenvolvem maneiras peculiares de estarem no mundo e de vivenciarem seus sofrimentos, alegrias, frustrações, vitórias e inseguranças. Da mesma maneira, estabelecem relações com suas experiências de enfermidade que são singulares e sustentadas em determinado campo relacional (ALVES, 2006 apud FERREIRA et al., 2016, p. 54).

Como todos os órgãos públicos, o CAPS é um serviço aberto à sociedade, e é integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Surgiu como resultado de um intenso movimento social que buscava formas alternativas, que substituíssem a internação em hospitais psiquiátricos e seus métodos de tratamento do sofrimento psíquico (RIBEIRO, 2004).

Esse programa mostra sua importância na responsabilidade de propor e executar uma temática diferenciada no processo de tratamento e cuidados da saúde mental, não mais visando a exclusão dos indivíduos portadores de transtornos mentais, mas sim sua inclusão e adaptação no meio social, de modo a estimular a autonomia e fortalecer os vínculos desse indivíduo para com o meio e seus familiares.

2 OBJETIVOS

Apresentar as pessoas e aproximá-las da realidade da saúde pública brasileira, focando na saúde mental e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

3 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa teórica foi realizado através da análise de teorias e comparações de artigos presentes na base de dados do ScIELO e de publicações do Ministério da Saúde. Trata-se de uma análise bibliográfica de caráter descritivo, realizada por meio da busca eletrônica de produções científicas e dados sobre os

Centros de Atenção Psicossocial e da saúde mental. Foram encontrados diferentes pontos de vistas, todavia foram avaliados para conseguir chegar a um consenso, possibilitando uma visão mais abrangente sobre o assunto.

Toda pesquisa foi feita com um olhar mais histórico, buscando informações necessárias para o público afim ter uma visão geral e aproximada do principal objetivo do CAPS, como foi criado, o porquê, e seu público-alvo.

4 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A saúde mental no Brasil nem sempre teve os cuidados e atenção merecidos, foi somente a partir da Reforma Psiquiátrica que pode ser entendida como, um movimento político e social mantido por diferentes grupos de pessoas e instituições, dentre eles universidades, serviços de saúde, conselhos profissionais e vários movimentos sociais (BRASIL, 2005) responsáveis por reivindicar os devidos cuidados as pessoas com transtornos mentais, que foi possível uma mudança geral no quadro da saúde mental brasileira.

O movimento teve início no final dos anos setenta e lutava pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, contando com uma série de ações, trazendo profissionais de várias áreas como protagonistas, que buscavam o fim dos manicômios e criavam uma problemática acerca dos direitos humanos (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012), o que de fato direcionou para outro rumo, levando às mudanças das práticas de tratamento conhecidos e utilizados na época.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), o movimento:

[...] foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial.

No ano de 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, priorizando o investimento em serviços que se opunham ao modelo hospitalocêntrico, e no final do mesmo ano acontece o II Congresso Nacional do MSTM em Bauru, concretizando o Movimento da Luta Antimanicomial, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Nessa esfera são criadas novas possibilidades de intervenção, como forma alternativa ao modelo psiquiátrico

tradicional (AMARANTE, 1995).

O primeiro CAPS surge como resultado desse intenso movimento da reforma psiquiátrica em março de 1986 na cidade de São Paulo, chamado de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Que tinha como objetivo “evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental” (RIBEIRO, 2004).

Visto como uma possibilidade de intervenção, a criação do CAPS teve repercussão nacional propondo uma forma alternativa, que substituísse a internação em hospitais psiquiátricos e seus métodos de tratamento do sofrimento psíquico.

Os CAPS foram instituídos e regulamentados por meio da Portaria/SNAS Nº 224 em 29 de janeiro de 1992, que regulamenta os serviços de saúde mental, estabelecendo diretrizes e normas, e tendo como objetivo garantir o atendimento às pessoas que sofrem de transtornos mentais, oferecendo cuidados médicos e de reabilitação psicossocial (L’ABBATE; LUZIO, 2006).

5 A INSTITUIÇÃO

Os CAPS são instituições de saúde totalmente voltadas para os cuidados da saúde mental e suas diversidades na sociedade, e tem um papel fundamental no sistema de saúde brasileiro que é o de oferecer atendimento e tratamento a todo público que esteja incluso em seu território (RIBEIRO, 2004).

Os CAPS são responsáveis por:

[...] acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Portanto, são serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados, constituídos por meio dos princípios regidos pelo SUS, compondo um âmbito de práticas e saberes que devem garantir ao sujeito o acesso a saúde (CAMPOS; FURTADO, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), existem cerca de 1.670

Centros de Atenção Psicossociais no país, sendo 788 unidades de CAPS I; 424 unidades de CAPS II; 56 unidades de CAPS III; 268 unidades de CAPS ad, e 135 unidades de CAPS i.

Mediante ao que é proposto, o CAPS possui classificações que se diferem quanto a complexidade do atendimento e ao público alvo dentro de cada território, e ainda funcionam em diferentes horários, como no CAPS I, CAPS II e CAPS III que atendem as mesmas necessidades da população, sendo que o CAPS III diferente dos demais, possui atenção contínua, funcionando 24 horas por dia. Os CAPS Infantil (CAPSi), que atendem à crianças e adolescentes e os CAPS Álcool e Drogas (CAPSad), os quais se destinam ao atendimento de pacientes dependentes de substâncias psicoativas (Brasil, Portaria n.º 336/ GM, de 19 de fevereiro de 2002).

Essas instituições devem organizar a rede de serviços de saúde de seu território, visando:

- a) Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); b) Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; c) Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; d) Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

Os CAPS devem possuir espaços adequados para atender toda a demanda, como: consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2005).

A construção e formação dessa rede comunitária ocorrem não só devido às áreas geográficas, mas diante do aumento de outras instituições e associações e variados setores de saúde das cidades, e conforme o crescimento e necessidade da população diante do cenário em que se encontra a comunidade, de seu meio cultural, religiosidade e de variados outros fatores que causam problemas de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Surge então a necessidade da implantação de um CAPS, diante da Lei Federal 10.216, que redireciona a maneira de tratamento e de cuidado do doente dando assistência em saúde mental e colocando sobre a proteção, respeitando os direitos das pessoas com transtornos mentais, isso é fundamental para consolidação da reforma psiquiátrica e desta forma para o melhor atendimento e tratamento de

doentes mentais, onde cada tipo de CAPS, sua categoria e porte é estabelecido e implantado de acordo com a necessidade da comunidade onde ele estará sendo inserido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

E ainda, para além da estrutura, são necessários profissionais capacitados que se comprometam em lidar da melhor forma possível com o trabalho, pois, além de uma prática profissional, o cuidado aos pacientes de transtornos mentais exige compromisso e atenção especiais. Nesse contexto, os funcionários do CAPS apresentam algumas dificuldades. Podemos citar as dificuldades em relação a lidar com o paciente em crise, como conversar e dar instruções para a família do usuário, a ausência de procedimentos mais técnicos, principalmente para a equipe de enfermagem, dentro dos CAPS. Para Peduzzi (2001),

a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

6 PRÁTICAS E SABERES

Os CAPS surgiram como meio substitutivo ao modelo hospitalocêntrico nos cuidados da saúde mental, marcando enorme progresso na política do SUS (Sistema Único de Saúde). Desde então, o país vê a doença mental sob uma nova perspectiva, onde o sujeito não é mais visto unicamente sob a ótica do seu transtorno, passa a ser uma pessoa que precisa de cuidados que garantam seu bem-estar, o aspecto sintomatológico deixa de ser exclusivo (TENÓRIO, 1999).

Mediante ao que é proposto para a construção e funcionamento desse serviço, faz se necessário uma reflexão a respeito da temática envolvida na organização, avaliando o que foi construído e reconhecendo suas limitações.

Por buscar garantir a cidadania e considerar tão fortemente a constituição da autonomia do indivíduo, tanto necessária, vale reconhecer a insuficiência dessa busca frente aos desafios resultantes da desinstitucionalização (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005). Para tanto, existe a necessidade da construção de saberes, para ampliar a atuação dos profissionais de modo a atender tanto dificuldades individuais, quanto dificuldades sociais do usuário (BOING; CREPALDI, 2010). Deste modo, não seria oportuno trabalhar apenas a autonomia do sujeito, se ao

reintegrá-lo na sociedade ele encontrar dificuldades das quais não esteja preparado para lidar.

Barros (1994) afirma que a imagem do doente mental vem frequentemente associada a comportamentos violentos e agressivos e que os estereótipos de periculosidade e de incompreensibilidade do doente mental encobrem ou impedem que a situação de sofrimento seja superada. Tais representações reforçam que o doente mental precisa ser afastado da sociedade e mantido sob o cuidado de quem sabe cuidar e tem responsabilidade, “os especialistas” e a família, retirando do doente a sua capacidade de se cuidar e de exercer sua cidadania.

Wanderley (2002) ressalta acerca da exclusão, que engloba, além da discriminação, a subalternidade, a não-equidade, a não-acessibilidade e a representação pública. Essa crença na incapacidade do doente mental para a independência e para o trabalho qualificado sustenta o crescimento do número de internos aposentados em idade útil, o que vem aumentar as reinternações e agravar a exclusão, segundo uma sociedade capitalista, em que a produtividade é parâmetro para inclusão social.

A ação terapêutica deve ser feita em ambiente acolhedor, que oferece a escuta, e a atenção especial a cada caso, buscando olhar para cada usuário em sua subjetividade. Para tanto, o CAPS busca realizar atividades que estimulem a qualidade de vidas de seus usuários, “é um espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e novas práticas. Ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, ele acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade” (ROCHA, 2005).

As atividades realizadas pelo CAPS vão desde o atendimento individual até os grupais, que envolvem oficinas de leitura, esportes e outras práticas culturais, e ainda práticas de lazer com a família, e atividades comunitárias que permitem o contato e interação do usuário e familiares com a comunidade (BRASIL, 2004).

Os profissionais que trabalham com a saúde mental lidam todos os dias com diferentes situações trazidas pelos usuários; isto requer inovação constante dos procedimentos de atuação por meio de ações interdisciplinares e um preparo que o mantenha apto a lidar com as diversas problemáticas das quais está sujeito (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009). O que antes poderia ser visto como necessidade de tratar os sintomas, hoje deve ser trabalhado por meio das causas, como explana o Ministério da Saúde (2013):

E devemos realmente perguntar se os sintomas manifestados pelos usuários são as causas dos seus problemas ou se tais sintomas também não estão realizando uma função de indicar que algo não vai bem com aquele usuário.

7 OS TIPOS DE CAPS

Os CAPS são divididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPS i. Cada um é responsável por atender um paciente específico de acordo com seu perfil, sua capacidade de atendimento e a quantidade populacional no município que vai definir o tipo de CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

CAPS I é um centro de menor porte, atende em municípios com vinte mil a cinquenta mil habitantes, recebendo adultos com transtornos mentais severos persistentes, usuários de álcool e outras drogas. Funciona nos dias úteis da semana com capacidade de atender duzentos e quarenta pessoas por mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

CAPS II fornece serviços de médio porte, atua em municípios com cinquenta mil habitantes, atendendo adultos com transtornos mentais severos e persistentes, esse CAPS possui capacidade para atender trezentos e seiscentas pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

CAPS III é um centro de maior porte no qual atende nos municípios com capacidade de duzentas mil pessoas, o CAPS III funciona vinte e quatro horas por dia, inclui feriados e finais de semana, deve contar no mínimo dezesseis profissionais de nível médio e superior. Este centro atende quatrocentos e cinquenta pessoas por mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

CAPS i acolhe crianças e adolescentes com transtornos mentais, instalados em municípios acima de duzentas mil pessoas, no qual acompanha cento e oitenta pacientes por mês e formado por equipes de onze profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

CAPS ad acolhe usuários de álcool e outros tipos de drogas, no qual estejam em estado crítico. Está instalado em municípios com mais de duzentas mil pessoas em equipes de no mínimo treze profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo a Legislação Federativa (1992), os CAPS têm como dever, garantir o atendimento às pessoas que sofrem de transtornos mentais, oferecendo cuidados médicos e de reabilitação psicossocial, dando ao Estado o dever de garantir a

saúde, que consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais visando à redução de riscos de doenças e de outros agravos.

Segundo a lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, garante ao cidadão com transtorno mentais o melhor tratamento disponível, o respeito, visando a recuperação e inserção na família, e no trabalho. O sigilo e proteção das informações prestadas, ter a presença médica a qualquer tempo, ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, ser protegido de qualquer abuso ou exploração (BRASIL, 2001).

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais, (BRASIL, 2001).

8 PROBLEMATIZAÇÕES

Com o início de um novo modelo de atendimento, o doente mental no Brasil começou a ganhar mais espaço e inclusão na sociedade. A Lei Nº 10.708 de 31 de julho de 2003 institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas.

O maior papel do CAPS é colocar o paciente em foco fazendo com que os profissionais não sejam vistos de forma hierárquica. O paciente é acolhido com toda atenção e cuidados necessários, recebe seu tratamento, e participa de oficinas que ajudam em sua interação com outros pacientes e profissionais, para conseguir dar um passo maior, sua integração na sociedade fora do CAPS. Onocko-Campos e Furtado (2006) ressaltam que os CAPS se configuram como serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados, em que assumem o papel de articulador de uma rede de saúde, aproximando questões relativas à saúde coletiva e a saúde mental, constituindo um campo interdisciplinar de saberes e práticas.

Os atendimentos ocorrem em forma de grupos terapêuticos, atendimento individual, atendimento em família, atividades comunitárias e até mesmo com a realização de assembleias. É importante notar que o CAPS além de tratar o paciente no qual possui algum transtorno ou necessidades de cuidado, inclui a família do

mesmo, tentando conscientizá-la, dar apoio, pois a família também sofre e precisa de acompanhamento.

De acordo com o Ministério de Saúde (2004), os CAPS necessitam de um espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Alguns requisitos mínimos são solicitados, como por exemplo, espaço para refeitório, sanitários, área para comportar as oficinas, salas para atendimento grupais. Além das formas de atendimento já citada neste artigo, o CAPS também realiza tratamento medicamentoso, orientações e visitas domiciliares.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades encontradas, como por exemplo, a questão do trabalho em conjunto de todos os profissionais e a aceitação por conta do paciente das novas formas de atendimento, as mudanças ocorreram e o atendimento mudou para melhor. As antigas formas de tratamento dos hospitais psiquiátricos, apenas pioravam a saúde psíquica do paciente em tratamento, levando-o a decadência mental e física.

Além de um melhor tratamento oferecido, a questão da saúde mental começou a ser levada mais a sério, no país. Houve um esclarecimento sobre as doenças mentais, o enfermo deixa então de sofrer tanto preconceito e é visto com outros olhos pela sociedade.

Os CAPS fizeram a inclusão do doente mental algo natural e necessário para a sociedade, transformando a mesma em algo acolhedor, diferente da realidade antiga, em que havia a exclusão dos doentes, apesar de não serem descartadas as dificuldades e frustrações ainda enfrentadas pelos indivíduos e seus familiares. Há ainda um longo caminho para que o CAPS consiga ser totalmente eficiente e aceito, porém grande parte desse caminho já foi percorrida desde sua criação.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Portanto, os CAPS são articuladores estratégicos na política de saúde mental, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

BRASIL. Decreto 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. Casa Civil, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 14 maio 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336-02, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a definição e estabelecimento de diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU; p. 13-44. 2003.

FERREIRA, T. S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. Interface - comunicação, saúde, educação. Botucatu, vol.21, n.61, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (n.d). Portal da Saúde - Cidadão - CAPS. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12609-caps>>. Acesso em: 08 maio 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 224 de 29 de janeiro de 1992 que estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.

MOURA, J. A. História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial. 2011. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em 05 maio 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo, fev; 35(1):103-9. 2001.

RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. Psicologia, Ciência e Profissão, Bauru, 24 (3), p. 92-99, 2004.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.70-79, 2008.

VIZZOTTO, M. M.; COGA, S. M.; BONFIM, T. E.; HELENO, M. G. V. Avaliação do trabalho do psicólogo em unidades de saúde pública. Psicólogo inFormação, n. 15, p. 111-127, jan./dez. 2011.