

# A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIROS: UM RÁPIDO MERGULHO ATRAVÉS HISTÓRIA

Hélio Erikson Fontes de Sousa<sup>1</sup>

## RESUMO

Com uma visão assistencial surge um novo modelo de atendimento que propôs acolher os subterfugados dos hospitais psiquiátricos e evitar as internações, podendo assim, oferecer um atendimento aos portadores de transtornos psicossociais dentro de um novo contexto de atendimento em saúde mental, que foram chamados de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Existem cinco tipos de CAPS para atendimento e cada um apresenta suas características e as suas particularidades na atenção aos vários tipos de usuários, são eles: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e o CAPS AD II. Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica e construída a partir de pesquisa e leitura de artigos em buscas feitas de bancos de dados no SciELO, CAPE), LILACS e Google Acadêmico. Tendo em vista a reforma psiquiátrica no Brasil, fez-se necessária uma reflexão crítica a cerca do da utilização da medicina natural a base de plantas. Neste sentido, o presente estudo objetivou abordar a história da políticas públicas voltadas para a saúde mental brasileira e a criação dos centros de atenção psicossociais através de uma análise reflexiva.

## PALAVRAS-CHAVE

Psiquiatria; atenção psicossocial; reforma psiquiátrica; saúde mental;

---

<sup>1</sup> Pós-graduado em Biomedicina Estética pelo Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa e em Fitoterapia aplicada à nutrição pela Faculdade Única de Ipatinga; Mestrando em Política Públicas pela Atenas College University, Estados Unidos; Bacharel em Biomedicina pelo Centro Universitário Mauricio de Nassau.  
E-mail: heliofontess@gmail.com

## ABSTRACT

With a vision of care, a new model of care emerges that proposes to accept the subterfuge of psychiatric hospitals and avoid hospitalizations, thus offering a service to those with psychosocial disorders within a new context of mental health care, which were called Centro of Psychosocial Attention (CAPS). There are five types of CAPS for care and each one presents its characteristics and its particularities in attention to the various types of users: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II and CAPS AD II. It was a study of bibliographic review and constructed from research and reading articles in searches made of databases in SciELO, CAPE, LILACS and Google Scholar. In view of the psychiatric reform in Brazil, a critical reflection about the use of natural herbal medicine was necessary. In this sense, the present study aimed to address the history of public policies focused on Brazilian mental health and the creation of psychosocial care centers through a reflexive analysis.

## Keywords

Psychiatry. Psychosocial Attention. Psychiatric Reform. Mental Health.

## 1 INTRODUÇÃO

Em meados da década de 1990, durante o governo do primeiro presidente do Brasil eleito por voto popular desde a ditadura, foi aprovada à primeira Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990), esta especificava as atribuições e a organização deste sistema, seus princípios e diretrizes, competências e atribuições a nível federal, estadual e municipal, a participação complementar do sistema privado de saúde, financiamento e gestão, entre outros. Em 28 de dezembro de 1990, foi instituída a Lei nº 8142 que dispõe, principalmente, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e instituiu os Conselhos de Saúde (PAIM, 2011).

A partir disto ficou entendido que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, sendo as-

sim, todo cidadão em território brasileiro tem direito a ela, desde os casos mais simples aos mais complexos. Dessa forma, a saúde mental não ficou fora desse contexto nacional e passou por modificações na forma de pensar sobre o cuidado com a saúde (ANDRADE, 2010; PITTA, 2011).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deu-se por meio de uma complexa política pública (Public Policy) assegurada por portarias e leis municipais e estaduais que resultou em uma modificação na visão sobre o modelo de atendimento psiquiátrico. Por meio destas políticas públicas foi retirado o conceito de internação dos pacientes com problemas psicossociais por longas datas em hospitais psiquiátricos e substituído por um modelo de reabilitação extra-hospitalar (BERLINK, 2008).

De acordo com Ballarin (2010), o cuidado em saúde mental envolve o ato de prestar assistência a um indivíduo de modo que se envolva um conjunto de procedimentos técnicos e orientados para que se tenha êxito em um tratamento. Por meio disso, pode-se afirmar que a mudança no modelo de assistência ao paciente com transtornos mentais possibilitou a criação de novas práticas de atendimento com visibilidade principal no resgate da cidadania, a reinserção destes usuários e das suas famílias no meio social.

Com esta visão assistencial, surge na cidade de São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, conhecido por Professor Luís da Rocha Cerqueira. Este novo modelo de serviço propôs acolher os subterfugiados dos hospitais psiquiátricos e evitar as internações, podendo assim, oferecer um atendimento aos portadores de transtornos psicossociais dentro de um novo contexto de atendimento em saúde mental. Estas unidades foram se espalhando por todo o território brasileiro e propondo uma nova visão acerca do cuidado com pacientes (HIRDES, 2009).

Conforme a reforma psiquiátrica no Brasil, fez-se necessária uma reflexão crítica a cerca dos marcos históricos da atenção à saúde mental bem como a criação dos centros de atenção psicossocial. Nesse sentido, o presente estudo objetivou abordar a história da políticas públicas voltadas para a saúde mental brasileira e a criação dos centros de atenção psicossociais por meio de uma análise reflexiva.

Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica e construída a partir de pesquisa e leitura de artigos em buscas feitas de bancos de dados como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal Periódicos Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico.

Os descritores utilizados para a busca foram: Saúde mental, psicologia, psiquiatria, reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. Foram selecionados os textos no idioma português e que tinham correlação com o tema proposto, os selecionados foram lidos na íntegra, fichados e analisados.

## 2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: MARCOS HISTÓRICOS

Surge nos Estados Unidos da América (EUA) em meados da década de 1970, o modelo de Psiquiatria Preventiva Comunitária, que foi o cruzamento da psiquiatria da comunidade terapêutica com a psiquiatria de setor. Tal modelo foi absorvido de forma rápida como política de saúde mental nos EUA, este modelo, levou a tentativa de combater tudo que viesse a interferir no bem-estar da sociedade americana (RIBEIRO, 2004).

Essa visão preventiva defendia que os distúrbios mentais poderiam ser prevenidos e identificados antes que ocorressem, então, passou-se a estudar e analisar o estilo de vida das pessoas para detectar as que são potencialmente doentes, para isto, os especialistas visitavam as ruas e as casas dos cidadãos americanos para encontrar possíveis candidatos a terem problemas mentais no futuro e conduzi-los a tratamento especializado o mais rápido possível. Este modelo não ficou estagnado nos EUA, foi difundido e aceito pelos países da América Latina entre as décadas de 1970 e 1980, por meio da Organização mundial de Saúde (OMS) (RIBEIRO, 2004).

A saúde mental no Brasil passou por diversos processos até chegar ao sistema de atenção que conhecemos hoje. Um dos marcos iniciais para a reforma na saúde mental foi a Conferência Regio-

nal para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica que ocorreu em 1990, realizada em Caracas, este marco foi um 'possibilitador' das mudanças ao nível do Ministério da Saúde.

Neste evento foi realizado um acordo entre os países da América Latina, que ficou intitulado de 'Declaração de Caracas', onde estes países se comprometeram em reanalisar criticamente o papel dos hospitais psiquiátricos, analisarem os direitos civis e humanos dos usuários para garanti-los aos mesmos e promover a reestruturação da assistência psiquiátrica (HIRDES, 2009).

A 'Declaração de Caracas' foi retomada em 2005, por meio de um documento intitulado 'Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas', que tinha como objetivo analisar os resultados obtidos desde 1990. Por meio deste documento, foi reconhecido que haviam ocorrido avanços até então no que se dizia respeito à reestruturação da atenção psiquiátrica em vários países.

A partir desse fato, reafirmou-se a validade dos princípios instituídos na 'Declaração de Caracas' com relação à qualidade na garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais e a construção de um meio alternativo à rede de serviços dos hospitais psiquiátricos (HIRDES, 2009).

Por meio deste contexto passou-se a analisar as questões de estrutura do cuidado com os usuários do serviço psiquiátrico que começou a ganhar uma nova visão. A grande questão não era melhorar as estruturas físicas e as instalações dos ambulatórios ou hospitais psiquiátricos, mas sim, de promover uma nova forma de pensar e de cuidar dos pacientes com problemas mentais.

Não se admitia mais uma cultura sanitária que defendia que o tratamento desses pacientes, deveria ser concentrado em hospitais psiquiátricos. Almejava-se a criação de serviços de saúde mental que pudessem ser substituídos pela internação psiquiátrica, destes debates reformistas surgiram os Centros de Atenção Psicossocial no Brasil (RIBEIRO, 2004).

Após a III Conferência de Saúde Mental em 2011 e da aprovação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe dos direitos e proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais e do redirecionamento do modelo assistencial para saúde

mental, é que a reforma psiquiátrica no Brasil passa a ganhar visibilidade no âmbito federal.

A III Conferência de Saúde Mental foi um dos marcos principais nesse sentido, uma vez que por meio dela, foram determinadas estratégias, princípios e diretrizes que estabeleceram as propostas para a Reforma Psiquiátrica. Com o apoio dos movimentos sociais ligados as famílias dos pacientes com transtornos mentais. Essa Conferência pode gerar argumentos que sustentavam a necessidade de uma Política de Saúde Mental, oferecendo subsídios para ampará-la tanto no sentido político quanto nos fundamentos teóricos (BARRETO, 2019; BRASIL, 2001).

Foi a partir desse momento histórico que a Reforma Psiquiátrica passou a se estabelecer como uma política integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e propôs uma rede comunitária e articulada para guiar a saúde mental brasileira. Então, começou-se a criar um modelo de atenção a saúde mental onde fosse substituída as internações hospitalares, surgindo então dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que além do acima citado, tem a função de institui uma rede de atenção as pessoas com transtornos psicossociais com a finalidade de garantir o fortalecimento e preservar os laços sociais do indivíduo (BARRETO, 2019; SANTOS 2019).

Uma das bases de pensamento para a substituição do modelo de internações hospitalares é a de garantir que os indivíduos com transtornos psicológicos possam sentir-se acolhidos, valorizados na sua forma de ser, dentro do seu contexto social e familiar, de modo que se possa reconhecer e entender as necessidade individuais de cada usuário do serviço, com a finalidade de traçar até mesmo um tratamento que se encaixe de maneira mais adequada, garantindo assim, a promoção e melhoria na qualidade de vida do indivíduo (BARRETO, 2019; SANTOS, 2019).

### **3 CRIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIROS**

As reformas sociais podem ser entendidas como uma atitude democrática, tendo em vista que a democracia se faz quando há a participação

da sociedade e quando são ampliados os canais de participação popular para discutir e debater temas que garantam o bem comum. Dito isso, pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica no Brasil é um marco histórico que se tornou democrática quando foram atribuídos a categoria popular civil e classe política a discursão sobre a saúde mental brasileira (FERREIRA, 2006).

A criação dos CAPS surgiu a partir de um intenso movimento social, principalmente por parte dos trabalhadores de saúde mental, que tinham por objetivo principal a melhoria no atendimento dos portadores de problemas mentais. Estes trabalhadores denunciavam, em busca de melhorias, os hospitais psiquiátricos que estavam em situações precárias e que até então eram o único recurso direcionado para o atendimento dos usuários portadores de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; BARRETO, 2019).

Nesta perspectiva, surgem em diversos municípios do Brasil os serviços de saúde mental alternativos para a diminuição da quantidade de internações e a mudança na visão sobre o modelo de assistência aos usuários. Os CAPS foram criados oficialmente em 1992, a partir da Portaria Ministério da Saúde 224/92 e foram definidos como unidades de saúde locais que contam com uma população conhecida e definida a 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 de profissionais de diversas áreas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; BARRETO, 2019).

Este serviço foi regulamentado pela Portaria 336 do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002, sendo integrado ao SUS. A partir desta portaria o SUS ampliou o funcionamento e reconheceu a complexidade do CAPS que tem por missão atender em dois turnos as pessoas que sofrem com transtornos mentais, ofertando cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, objetivando substituir o modelo dos manicômios, evitando a internação, garantido aos seus usuários os direitos como cidadãos, a reinserção social deles e das suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; BARRETO, 2019).

Atualmente existem cinco tipos de CAPS para atendimento psicossocial, além dos seus subtipos, cada um apresenta suas características e as suas

particularidades na atenção aos vários tipos de usuários. A Portaria MS 336/02, estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e o CAPS-AD II. Dentro de diversas particularidades de cada tipo de CAPS, existem alguma que são bem relevantes (BRASIL, 2002).

O CAPS I é um serviço de atendimento psicossocial localizado em cidades de pequeno porte, 20.000 a 70.000 habitantes e devem dar cobertura para todo tipo de clientela com transtornos mentais e tem seu funcionamento durante o dia. O CAPS II é um tipo de instituição que se localiza em cidades de médio porte, 70.000 a 200.000 habitantes e deve funcionar durante o dia com a clientela adulta, o CAPS III, por sua vez, são localizados em grandes cidades, população acima de 200.000 habitantes e atendem a clientela adulta durante 24h (BRASIL, 2002).

O CAPS II é um serviço de atendimento destinado ao tratamento de transtornos mentais de crianças e adolescentes, estão localizados em cidades de médio porte e funcionam durante o dia. O CAPS-AD II é direcionado para a população que tem problemas com álcool e com drogas, funcionam primordialmente durante o dia e estão localizadas em cidades de médio porte (BRASIL, 2002; COSTA, 2011).

O CAPS-AD é um serviço voltado totalmente para o atendimento de paciente que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. De acordo com Rodrigues Jorge, este serviço vem ganhando destaque em virtude da visibilidade que a mídia nacional tem dado ao uso de drogas, principalmente de "crack".

Devido ao grande número de atendidos pelos CAPS-AD em todo o Brasil, em 23 de dezembro de 2011, foi instituída a portaria 3.088 do Ministério da Saúde que teve como intuito a instituição de um rede de atenção psicossocial direcionada para pessoa com transtorno mental, que sofrem ou passam necessidades em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, que estejam sendo assistidas pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esta portaria tem como objetivo principal a ampliação do acesso por parte da população a atenção psicossocial, a promoção do acesso de usuário de crack, álcool e outras drogas, além de seus familiares no serviço de saúde, como também garantir qualidade no acolhimento, acompanhamento e atenção em casos de urgências por

meio de articulações e integração da rede de atenção à saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esse serviço de reabilitação e reinserção social atende todo e qualquer usuário de drogas e álcool, de ambos os sexos e maiores de 18 anos por meio de um ambiente acolhedor, para garantir a redução dos danos no usuário e a ligação dos laços familiares e sociais (JORGE, 2010).

Em 2001, de acordo com o Informativo de Saúde Mental no Brasil existem ainda 52.286 leitos em 270 hospitais psiquiátricos espalhados por todo o Brasil. A presença desse modelo de atenção à saúde no Brasil deu lugar a um debate sobre novas formas de garantir o acesso a saúde mental e exigir de forma progressiva os manicômios no Brasil. Tal fato, findou na aprovação da Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2011 que institui novas orientações para o controle de internações psiquiátricas e uma reorientação no modelo assistencial (FERREIRA, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em dezembro do mesmo ano, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que tinha como tema "Cuidar sim. Excluir não!" e contou com a participação de 1.500 participantes, tal tema já faz luz aos debates que foram gerados dentro dessa Conferência, potencializando politicamente a reforma. Não foram aprovadas novas recomendações diferentes das que já existiam na lei debatida anteriormente, também ficou constatado nessa Conferência que não ocorreu a abertura de novos hospitais psiquiátricos no Brasil.

Progressivamente o novo modelo de assistência a pessoa com transtornos mentais foi crescendo no Brasil. Em 2005, foram criados 625 Centros de Atenção Psicossocial e 286 serviços residenciais de atenção à saúde mental (VALENTIN, 2003; FERREIRA, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Apesar as particularidades de cada CAPS existem regras em comum que devem ser seguidas. No que se diz respeito à estrutura física, todos os CAPS devem ter espaços para acolhimento, desenvolvimento de atividades, individuais e coletivas, espaço para realização de oficinas de reabilitação e para realização de atividades necessárias em cada caso em particular (JORGE, 2010).

Em 21 de dezembro 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 3.588 que alterou as portarias de consolidação de nº 3 e nº 6 de 28 de setembro

de 2017. Esta nova portaria, descreve o funcionamento dos centros de atenção psicossociais, o número mínimo de profissionais, do funcionamento, da atenção integral aos usuários do serviço, da estrutura física mínima, da implementação e tipologia do serviço, também do financiamento. A equipe de trabalho deve ser multiprofissional, tendo como presença obrigatória de enfermeiro, psicólogo, assistente social e psiquiatra que se unirão com os demais profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001; BRASIL, 2017; COSTA, 2011).

O Ministério da Saúde, divulgou em agosto de 2017, o Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, onde foi constatado por meio de dados que em 2017 o Brasil contava com 2.462 CAPS, sendo 146 no Centro-oeste, 860 no Nordeste, 161 no Norte, 862 no Sudoeste e 426 na região Sul do país. O número de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais no mesmo ano foi de 1.072. Estes dados apresentados mostraram o forte crescimento e aceitação do modelo assistencial de saúde mental e a redução significativa dos hospitais psiquiátricos nos últimos anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se, por meio desta revisão bibliográfica, que a saúde mental no Brasil passou por diversos processos até chegar ao sistema de atenção que conhecemos hoje. Desde a Declaração de Caracas em 1990 até a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 foi um longo caminho percorrido até chegar à criação e consolidação do modelo assistencial de saúde mental brasileira.

Fica perceptível que ocorreu um avanço significativo na saúde mental brasileira desde a consolidação da Lei 10.216, uma vez que ela garantiu direito no acesso a assistência em saúde tanto para a população com sofrimentos mentais causada ou não por dependência química. Por meio desta mesma lei, ocorreu a ampliação da rede de atendimentos voltados para pessoas com transtorno mental, sendo oferecido pelos CAPS.

Pessoas que antes eram internados em hospitais psiquiátricos, isoladas do convívio social,

comunitário e familiar, além de serem submetidos a tratamentos e procedimentos muitas vezes desumanos, passaram a ter mais visibilidade, assistência e acompanhamentos, garantindo o reequilíbrio e a melhora da qualidade de vida tanto do paciente quanto dos familiares.

Observa-se que a saúde mental tem vínculo com os processos sociais e a influência global de saúde pública. A reforma psiquiátrica percorreu uma trajetória político-social que construíram os alicerces para a reorganização do modelo assistencial em saúde mental.

Concluimos que há uma crescente aceitação e investimento para o crescimento dos Centros de Atenção Psicossocial e uma redução significativa no número de leitos para internamento de pacientes com distúrbios mentais em hospitais psiquiátricos, o que sugere que a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas caminha em direção os que foi preconizado no início da reforma. Faz-se necessário uma reflexão mais aprofundada sobre a efetivação na reversão do modelo tradicional de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. N.; ANDRADE, E. O. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, Manaus, v. 1, n. 18, p. 61-74, 12 abr. 2010.
- BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 34, p. 444-450, 2010.
- BARRETO, A. F. A política de saúde mental e a qualidade de vida dos usuários do CAPS AD em Largato (SE). **Revista saberes**, Paripiranga-BA, n. 7 p. 2-10, abr. 2019.
- BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, mar. 2008.

BRASIL. Portaria n° 336/MS, de 19 de janeiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se na modalidade de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. **Lei n° 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 abr. 2001.

BRASIL. **Portaria n° 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília, 21 dez. 2017.

COSTA, N. R.; SIQUEIRA, S. V.; UHR, D.; SILVA, P. F.; MOLINARO, A. A. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 16, p. 4603-4614, 5 out. 2011.

FERREIRA, G.; A reforma psiquiátrica no brasil: uma análise sócio política. **Psicanálise & Barroco: Revista de Psicanálise**, v. 4, n. 1, p. 77-85, jun. 2006.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: um (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Gravataí, v. 1, n. 14, p. 297-305, 2009.

JORGE, A. C. R. **Analisando o Perfil dos usuários do CAPS AD**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Residência Integrada em Saúde Mental, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 224/MS, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial (sistema de informação ambulatoriais do SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 1-9, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Metal no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ed. 1, 2004. 86p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Manual: 11 – 20. ISBN 85-334-0775-0.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informativo da saúde mental**, Ano IV, n° 18 (01/01/2005 – 17/05/2005).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 23 dez. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Panorama e diagnóstico da política nacional de saúde mental**. Brasília, ago. 2017.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. Saúde no Brasil 1. **The Lancet**, Salvador, 9 maio 2011. Séries, p. 11.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, n. 16, v. 12, p. 4579-4589, 2011.

RIBEIRO, S. L. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo; **Psicologia, Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 3, n. 24, p. 92-99, 2004.

SANTOS, E. D. *et al.* Representações Sociais do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental na Atenção Básica. **Revista enfermagem atual in derma**, edição especial, 2019.

ALVES y VALENTIN, W. **Política de Saúde Mental no Brasil**. EN P. Morral y M. Hazelton (eds). Mental health: global policies and human rights. (pp. 26 -41). London: Whurr Publishers. 2003.

---

Recebido em: 29 de Junho de 2019  
Avaliado em: 15 de Outubro de 2019  
Aceito em: 23 de Dezembro de 2019

---