

CONCEITO DE INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

THE CONCEPT OF INTEGRALITY IN MENTAL HEALTH CARE IN THE CONTEXT OF PSYCHIATRIC REFORM

CONCEPTO DE INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DENTRO DEL CONTEXTO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Cíntia Nasi¹
Adriana Serdote Freitas Cardoso²
Jacó Fernando Schneider³
Agnes Olschowsky⁴
Christine Wetzel⁵

RESUMO

A integralidade, no campo da saúde mental, visa permitir o contato e o acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico, com destaque na vertente assistencial, para a construção de redes de atenção integral em saúde mental. O objetivo com este estudo é refletir sobre o princípio da integralidade e sua inserção na área da saúde mental. Também se discute sobre esse princípio na rede de serviços substitutivos em saúde mental como dispositivo indicador de uma nova maneira de pensar e de atenção em saúde mental. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais dos serviços de saúde desenvolvam um atendimento integral aos seus usuários, compartilhando experiências, com a participação da família e da comunidade.

Palavras-chave: Saúde Mental; Assistência Integral à Saúde; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

In mental health care, integrality aims to enable an initial contact of patients with mental suffering. It emphasizes the assistential service and the construction of full attention networks in mental health. This article aims to reflect about the concept of integrality and its application in mental health care. It also discusses the importance of integrality in the network of substitute mental health services as a means of promoting new ways of thinking about mental health. With this goal, it is necessary that healthcare professionals provide an integral assistance to the patients by sharing their experiences and stimulating the participation of the family and the community.

Key words: Mental Health; Comprehensive Health Care ; Mental Health Services.

RESUMEN

La integralidad, dentro del campo de la salud mental, tiene por finalidad permitir el contacto y la acogida al sujeto en sufrimiento psíquico, sobre todo en el aspecto asistencial, para construir redes de atención integral en salud mental. Este estudio tiene por objetivo reflexionar sobre el principio de la integralidad y su inserción en el ámbito de la salud mental. Se debate también este principio en la red de servicios substitutivos en salud mental como dispositivos indicadores de una nueva forma de pensar y de asistencia en salud mental. Es necesario que los profesionales de los servicios de salud dispensen atención integral a sus usuarios, compartiendo experiencias con participación de la familia y de la comunidad.

Palabras clave: Salud Mental; Atención Integral de Salud; Servicios de Salud Mental.

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: cintianasi@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: aserdotte@hcpa.ufrgs.br.

³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: jaco_schneider@uol.com.br.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: agnes@enf.ufrgs.br.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: cwetzel@ibest.com.br.

INTRODUÇÃO

A integralidade, como um dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), vem ganhando destaque no campo da saúde mental, especialmente a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, que se desdobra na sua vertente assistencial em uma proposta de construção de redes de atenção integral na saúde mental.

A integralidade assume posição importante nas discussões presentes desde a década de 1970, com as manifestações pela redemocratização do País e pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ganhando destaque como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a denominação de “atendimento integral”. Tal diretriz tem sua relevância, já que vai contra a formação médica de base flexneriana, reducionista, que privilegia a especialização.¹

Nesse sentido, esse conceito passa a ser um dos princípios que direcionam e ampliam as ações de saúde na busca de uma transformação no modelo de atenção, e sua incorporação possibilita o questionamento do paradigma biomédico, bem como uma crítica das práticas de saúde.

Vários autores têm discutido e desenvolvido esse conceito, evidenciando a importância dele no desenvolvimento de saberes e práticas articulados com a proposta do SUS.¹⁻⁴

Não se propõe, aqui, discutir a integralidade como um conceito único, mas, sim, como articulador de diferentes olhares que permitem a (re)invenção da saúde numa ótica mais flexível, criativa, que agrega diferentes saberes e modos de intervenção.

Assim, a integralidade é entendida em várias dimensões, que não são estanques ou lineares, mas se entrelaçam e se complementam tendo em vista a complexidade do objeto da saúde.

Com base nesse fato, uma das dimensões do conceito de integralidade remete à necessidade da identificação do sujeito em sua totalidade, preconizando que o cuidado de pessoas, grupos e coletividade consiste em compreender o indivíduo nos contextos social, político e histórico, relacionando-o à família, ao meio ambiente e à sociedade da qual ele faz parte.⁵

A ideia de que o indivíduo é um “ser humano completo” e que aspectos do seu contexto devem ser considerados é uma reflexão que estabelece uma crítica à visão reducionista e fragmentária dos sujeitos. Essa visão tem suas origens na incapacidade de estabelecer uma relação com o outro, a não ser transformando-o em um objeto.⁶

Esse aspecto da atenção integral está relacionado à dimensão das práticas, cabendo quase que exclusivamente ao profissional realizá-la. Refere-se a atributos ligados ao que se pode considerar uma boa prática. Mas, mesmo que a postura dos profissionais seja algo fundamental para a integralidade, em muitas situações ela só se realizará com a incorporação ou

redefinição mais radical da equipe de saúde e seus processos de trabalho.¹

Desse modo, a atenção integral em saúde pressupõe que, além das ações curativas, tenha-se um enfoque especial nas ações de promoção, de prevenção e de reabilitação, bem como que a organização dos serviços e das práticas de saúde deve relacionar as ações em saúde coletiva com a atenção individual, sendo necessário, para tanto, a horizontalização dos programas.⁷

A noção de integralidade não admite conceber a ideia de que um usuário com várias enfermidades necessite encaminhar-se a pontos distintos do sistema de saúde para a resolução de seus problemas. As práticas das equipes de saúde devem ser pensadas vislumbrando o horizonte da população atendida, e não este ou aquele programa do Ministério da Saúde. Assim, os serviços de saúde não podem estar organizados exclusivamente para atender às doenças de uma comunidade, mas é indispensável que sejam capazes de apreender amplamente as necessidades da sua população, mesmo aquelas não contempladas ou que venham a surgir ao longo do processo de trabalho.¹

Outro aspecto é que o conceito de integralidade também se aplica às respostas governamentais aos problemas de saúde. Também nas políticas é fundamental a busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão alvo das políticas de saúde e a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a algumas das suas dimensões, o que configura a integralidade.¹

Com base nessas delimitações, busca-se refletir sobre o princípio da integralidade e sua inserção na área da saúde mental. Para tanto, pensamos que o conceito da integralidade pode ser discutido tomando por base três sentidos propostos para o conceito integralidade como norteador de práticas, de organizações de serviços e de políticas de saúde.¹

A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Para discutirmos o princípio da integralidade na atenção em saúde mental, faz-se necessária a contextualização da transformação do modelo assistencial nesse campo que, gradativamente, passa de uma lógica manicomial, hospitalocêntrica, para o modo psicossocial, com a valorização do sujeito em sofrimento psíquico.

Tal transformação passou a ocorrer com o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em um contexto de redemocratização do País, e do projeto da Reforma Sanitária. Esse movimento, de contestação da psiquiatria vigente, foi influenciado, principalmente, pela psiquiatria democrática italiana, por volta do final da década de 1970, que buscou operar uma mudança da psiquiatria tradicional para o modo psicossocial.

Costa-Rosa⁸ considera a subjetividade do doente mental, valorizando-o como cidadão e singularizando-lhe a existência. A luta é a favor da desospitalização e

da desmedicalização, recolocando o usuário como sujeito de sua vida. A interdisciplinaridade aparece objetivando a integralidade da atenção, considerando a liberdade do usuário, sua circulação nos serviços e na comunidade e a territorialização do atendimento como modos de intervenção.

Atribui-se, então, no modo psicossocial, importância ao sujeito, considerando-o como participante principal do tratamento. Esse sujeito é visto como um ser inserido em um grupo familiar e social, que deve ser considerado como agente das mudanças buscadas e incluídas no tratamento.⁸

Na saúde mental, a integralidade da atenção objetiva permitir o contato e o acolhimento do sofrimento psíquico, apresentando respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, que tem a doença como foco de intervenção. O desafio que se coloca é romper como a visão linear para ações de saúde e abarcar uma gama plural de outros profissionais para uma prática clínica que exige individualização do sujeito para que sua subjetividade seja escutada.⁹

A noção de integralidade pode ser considerada, também, como um eixo norteador de práticas e saberes que não estão restritos à organização de serviços ou à criação de modelos ideais, sendo essa noção compreendida como acesso e equidade. Para tanto, não basta a criação de novas unidades assistenciais, mas, sim, a ruptura com os valores segregadores de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio.¹⁰

Nesse sentido, concordamos que não é suficiente apenas a criação de novos serviços de saúde mental para a busca do princípio da integralidade, mas é necessário articular propostas que considerem as dimensões políticas, sociais, técnicas e científicas para a construção de modos de atenção orientadas pelo paradigma psicossocial, procurando garantir uma ruptura com o atendimento prestado no modelo biomédico.

Essa transformação na saúde mental pressupõe a inclusão de outros paradigmas na atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico, substituindo a palavra “tratar”, que leva a uma nomeação diagnóstica, por “cuidar”, termo que inclui várias dimensões a serem superadas no cuidado ao sujeito, uma vez que a pessoa em sofrimento psíquico não pode ser reduzida a um conjunto de sintomas e causas.⁴

A noção de cuidado não é vista como nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que é tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em seu sofrimento.¹¹

A atitude de cuidar se apresenta quando alguém tem importância para nós, recolocando para a saúde a importância da subjetividade, pois o cuidado constitui o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais, servindo para interrogar os modos como são produzidas as intervenções, bem como a

organização delas. O cuidado ganha materialidade na atitude dos profissionais, nas tecnologias priorizadas, caracterizando-se como uma unidade nucleadora de saberes e práticas sobre a integralidade, pois revela-se como um fio condutor para a construção de saúde.¹²

Assim, o cuidado pressupõe capacidade de escuta e disponibilidade para acolher e interagir com os sujeitos que demandam atenção em saúde. O cuidado também deve ser orientado para a busca da reabilitação psicossocial dos sujeitos e da reinserção social deles na comunidade.

Na saúde mental, podemos entender a integralidade como uma ação compromissada para romper barreiras, desmontando o ideal de hospitalização, medicalização, isolamento e perda da autonomia como a melhor forma de intervenção. O que se procura é resgatar um conceito mais positivo sobre a loucura, exigindo que o cuidado ocorra em diferentes espaços e uma prática assistencial que considere a subjetividade e a singularidade do sujeito em sofrimento psíquico, na qual a inclusão, a cidadania, a autonomia e a solidariedade aparecem como conceitos norteadores para ações integras.¹³

Ainda contrapondo-se à lógica manicomial, surgem questões relativas à natureza ideológica e técnica, no que diz respeito à condenação da segregação e ao isolamento como método terapêutico. Nesse sentido, a negação do papel do isolamento em hospitais psiquiátricos e a compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas, e não somente o seu diagnóstico, é que determinam um olhar integral no atendimento em saúde mental.⁴

As Portarias SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, e a SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que regulamentaram a Política Nacional de Saúde Mental no País, são contribuições importantes para a substituição da lógica manicomial para a psicossocial, incentivando a integralidade da atenção em saúde mental.¹⁴

Além do mais, a Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Destaque-se que nessa lei está previsto o atendimento integral ao sujeito em sofrimento psíquico com serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de assistência social e de lazer.¹⁴

Nossa posição vai ao encontro de que esse novo modo de cuidar em saúde mental preconiza a necessidade de uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental que ofereça um cuidado não excludente, de escuta, e possibilite a inserção social dos sujeitos em sua comunidade, em articulação com sua família.

Assim, a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental deliberada na *Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental* é definida como “um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada de várias dimensões da vida do indivíduo, em

diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção: educativo, assistencial e reabilitação".¹⁵

Entendemos que essa rede deve ser formada por diversos dispositivos, substitutivos à lógica manicomial, como CAPs, ambulatório especializado, internação em hospital geral, residenciais terapêuticos, atenção nas unidades básicas de saúde. Além do mais, essa rede de atenção deve buscar articulação com serviços de outras áreas, como o serviço social, a cultura, a justiça, a habitação, dentre outros. Corroborando, Alves⁴ considera a intersectorialidade e a diversificação como componentes indissociáveis da integralidade, já que para lidar com problemas complexos há que diversificar ofertas de maneira integrada e buscar articulação em outros setores.

Identificamos a riqueza de articulações em nível setorial para a área da saúde mental, já que nesse campo não basta somente o oferecimento de dispositivos ligados à saúde, mas, também, de setores de cultura, lazer, de moradia, que possibilitem maior circulação dos sujeitos em sofrimento psíquico no espaço da cidade, promovendo a reinserção social e o resgate da autonomia.

Para a construção da rede integral de atenção em saúde mental, alguns conceitos e referências devem ser debatidos e incorporados, como a universalidade e a integralidade da atenção, a equidade, o sistema de referência e contrarreferência, a participação popular, as mediações sociais, a inserção social nas relações de trocas sociais, a horizontalidade do sistema, a habilitação social e a perspectiva da convivência dos diferentes.¹⁶

A noção de integralidade da atenção ocorre pelo reconhecimento no cotidiano dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e social, que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser fragmentadas e que as unidades prestadoras de serviço, em seus diversos graus de complexidade, configuram-se como um sistema indissociável, capaz de oferecer atenção em saúde mental.

Para promover a integralidade nas ações de saúde mental aos usuários em sofrimento psíquico, é necessário o envolvimento de todos os níveis de atenção em saúde, desde os serviços da rede básica de saúde, como os serviços especializados, como os CAPs, até a internação em hospital geral. Destaque-se que nessa Rede de Atenção em Saúde Mental, os CAPs deveriam ter a função de articulação, possibilitando melhor fluxo e atendimento.

Os CAPs compreendem unidades de atendimento em saúde mental que oferecem aos usuários um programa de cuidados intensivos elaborado por uma equipe multidisciplinar.¹⁷ São dispositivos estratégicos, concebidos, inicialmente, como alternativa terapêutica em substituição ao modelo centrado no hospital psiquiátrico. Por serem comunitários, inserem-se em determinada cultura, em território definido, com seus

problemas e suas potencialidades, e constituem locais em que as crises devem ser enfrentadas, resultado que são, geralmente, de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho e, seguramente, de seu meio social.⁴

Nessa posição de articulação e construção da Rede de Saúde Mental, os CAPs devem cumprir sua função na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, com um trabalho em conjunto com as equipes de saúde da família e agentes comunitários, bem como trabalhar na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes socio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc.¹⁸

Desse modo, a integralidade da atenção na Rede Integral de Saúde Mental deve considerar o modo singular das pessoas com transtornos mentais, ou seja, sua relação consigo e com o mundo, remetendo-nos a uma noção de clínica ampliada que organiza o cuidado com a ideia de encontro do serviço com a comunidade e com o sofrimento psíquico apresentado pelo usuário. O dia a dia dos serviços e seu contexto são elementos fundamentais, pois é nesse lugar que a vida acontece e o cuidado é oferecido.

Além disso, é fundamental que o trabalho dos serviços da Rede de Saúde Mental seja desenvolvido por uma equipe interdisciplinar de profissionais que busque a interação interdisciplinar, com troca e produção de saberes, visando à integralidade no atendimento dos usuários. Entretanto, identificou-se que tal atendimento interdisciplinar ainda é um desafio que necessita ser enfrentando pelas equipes de saúde mental, já que muitas vezes o atendimento tem sido prestado por profissionais atuando em uma mesma disciplina, em conformidade com o modelo biomédico, sem haver complementaridade entre os saberes.

Especificamente sobre o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, as equipes de saúde da família devem ser preparadas na concepção geral da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, considerando ambas como processos sociais complexos cujo objetivo é a melhoria da assistência médica quanto à promoção da saúde e à construção de consciência sanitária nas comunidades.¹⁹

Saliente-se que, para a efetivação de uma Rede de Saúde Mental que promova a autonomia, o respeito, a liberdade, a reinserção social dos seus usuários e a almejada consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é necessário muito mais que portarias e legislações, embora se reconheça a extrema importância que elas representam para a saúde mental. Para que tais parâmetros se efetivem, é fundamental a criação de serviços de base territorial que fortaleçam a rede de atenção à saúde mental, além do envolvimento dos atores que fazem parte dela, ou seja, profissionais, usuários, familiares e comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, a compreensão da integralidade da atenção está permeada pelo entendimento de que o sujeito é um ser de amplas e diferentes necessidades que não podem ser abordadas de forma isolada e, por vezes, descontínua. Ao contrário, para que se possa planejar e garantir a promoção e o exercício da saúde como qualidade de vida, é fundamental gerar o máximo de interfaces possíveis, sejam entre as diferentes pastas e serviços do campo da saúde, sejam entre outros campos.²⁰

Entretanto, a integralidade talvez só se realize com o estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito, quer nas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas.¹

Há necessidade de investimento na rede de serviços de saúde mental tanto em relação a criação de serviços que se contraponham à lógica manicomial como na

consolidação desses, para que atuem possibilitando diversas ofertas para uma diversidade de demandas dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Dessa forma, deve-se ter atenção para que os profissionais dos serviços de saúde prestem um atendimento integral, compartilhando experiências, com o envolvimento de familiares e da comunidade. É preciso disponibilizar um cuidado com o ser e não somente com a doença, levando em consideração as experiências dos sujeitos, especialmente em serviços substitutivos ao modelo manicomial.

Torna-se necessário assumir a integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e no desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais. É preciso exercitar a prática de compartilhar saberes e olhar os problemas em conjunto para, assim, cuidar de forma integral.

REFERÊNCIAS

1. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2006.
2. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2006.
3. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2006.
4. Alves DS. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2006.
5. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):335-42.
6. Wetzel C. Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005. 290 f.
7. Kell MCG. Integralidade da atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1969. [Citado em 2007 jun. 8]. Disponível em: www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc.
8. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, editor. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2000. p. 141-68.
9. Lyra MAA. Desafios da saúde mental na atenção básica. *Cadernos IPUB. Saúde Mental na Atenção Básica*. IPUB/UFRJ, 2007; 13 (24): 66.
10. Amarante P, Guljor AP. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re)construção da Demanda no corpo Social. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005. p. 65-76.
11. Luz MT. Fragilidade Social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro R, Mattos R. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p.7-19.
12. Silva Junior AG da; Pontes ALM, Henriques RL. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: Pinheiro R. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005.
13. Olschowsky A. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “Lato Sensu” [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004*. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 340p. Série E. Legislação de Saúde.
15. Porto Alegre. Secretaria de Saúde e Meio Ambiente. *Guia de serviços de saúde mental do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Secretaria de Saúde e Meio Ambiente; 2002.

16. Pereira AA, Andrade LOM. Rede integral de atenção à saúde mental, de Sobral, Ceará. In: Lancetti A, organizadora. Saúde Mental e Saúde da Família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. Coleção Saúde & Loucura, n. 7.
17. Cardoso C, Seminotti N. O grupo psicoterapêutico no CAPS. Cienc Saúde Coletiva. 2006; 11(10): 775-83.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégias Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 117 p.
20. Silva PL, Brasil CS, Fait CS, Marcolla GRS, Woycicki JR, Mayer RTR. A interface Saúde Mental e Atenção Básica. Bol Saúde. 2004 jan/jun; 18(1):141-55.

Data de submissão: 24/6/2008

Data de aprovação: 2/6/2009