

ARTIGO ORIGINAL

Indicadores do pacto pela saúde e a cobertura da assistência nos centros de atenção psicossocial: um estudo ecológico

Indicators of the pact for health and the health care coverage at mental health services: an ecological study

Tássia Silvana Borges¹, Pâmela Ferreira Todendi², Edna Linhares Garcia³, Suzane Frantz Krug⁴

¹Cirurgiã Dentista, Doutoranda em Odontologia Universidade Luterana do Brasil-ULBRA

²Doutoranda em Patologia pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre-UFCSPA

³Psicóloga, Professora Doutora do Curso de Psicologia e do Mestrado em Promoção da Saúde- Saúde-UNISC

⁴Enfermeira, Professora Doutora do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Promoção da Saúde-UNISC

Resumo

Introdução: O Pacto pela Saúde, parceria das três esferas do governo, teve como intuito promover a melhoria dos serviços ofertados à população. Neste contexto, se enquadrava a reorganização dos Centros de Atenção Psicossocial, os quais tiveram novas metas de cobertura populacional. **Objetivos:** Identificar a cobertura de assistência dos Centros de Atenção Psicossocial nos estados brasileiros, a partir do site do Ministério da Saúde entre 2010 e 2012. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico do tipo transversal retrospectivo, cujas unidades de análises foram todos os estados brasileiros no período de 2010 a 2012. Buscou-se investigar a cobertura estadual dos Centros de Atenção Psicossocial, tendo como fonte a base de dados do DATASUS. A análise foi realizada por meio da comparação de indicadores lançados pelo Ministério da Saúde e os resultados apresentados no site do DATASUS. **Resultados:** Observou-se que a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no período estudado, ficou com uma média considerada boa a muito boa. **Conclusão:** De um modo geral, pode-se dizer que grande parte dos estados obteve um aumento da cobertura durante o período estudado, revelando desta maneira, que os Centros de Atenção Psicossocial estão sendo mais divulgados e procurados pela população. Alcançar a meta de cobertura ideal no país pode representar a vitória de grande parte da população brasileira.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde Mental; Organização e Administração.

Abstract

Introduction: The health pact, a 3-level partnership of the government, greatly contributed to the improvement of services offered to the population. In this context, it fitted into the reorganization of Mental Health Centers, which had new population coverage targets. **Objectives:** Identify the care coverage of the mental health centers in Brazilian states registered at the website of the Ministry of Health from 2010 to 2012. **Material and Methods:** This is an ecological study using a retrospective cross-sectional. The units that composed the analysis were from all Brazilian states. We sought to investigate the state coverage of mental health centers using DATASUS database. The analysis was performed by comparing indicators released by the Ministry of Health, and the results were presented at the DATASUS website. **Results:** In the period studied, it was observed that the coverage of mental health centers presented an average ranged from good to very good. **Conclusion:** In general, it can be said that most states achieved an increased coverage during the study period. We found that the mental health centers were becoming best-known and sought by the population. Achieving the optimal coverage targets in the country can represent the victory of much of the population.

Descriptors: Unified Health System; Mental Health Services; Organization and Administration.

Introdução

Com os grandes avanços na área de saúde pública brasileira nos últimos anos, muitas legislações apresentam-se ultrapassadas e, algumas, até contraditórias à atual realidade. Diante de debates lançados pela população, mídia e entidades sociais, as três esferas do governo proporcionaram

novas orientações quanto ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas orientações foram encaminhadas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006, e resultaram no chamado Pacto pela Saúde. Um dos objetivos desse pacto foi avançar a implantação referente aos princípios constitucionais da saúde do Brasil e definir

Recebido em 15/07/2015

Aceito em 16/09/2015

Não há conflito de interesse

as responsabilidades de gestão⁽¹⁾.

O acordo entre as diversas esferas do governo é de suma importância para o desenvolvimento do SUS. A partir da Constituição Federal de 1988⁽²⁾, fica consagrada a condição de que os municípios passam a serem entes federados, compondo assim com os estados e a União a estrutura federativa brasileira. O SUS fica organizado de maneira triplíce e legítima a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em suas áreas, constituindo o sistema nacional de saúde⁽³⁾.

As condições institucionais validadas pela Lei 10.216/2001⁽⁴⁾, definem que os objetivos iniciais da reforma psiquiátrica no Brasil passam a atender uma política pública de direito, defendendo assim a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e promovendo o desenvolvimento de alternativas assistenciais comunitárias. A partir do Pacto pela Saúde, esperava-se um novo modelo de desempenho das relações intergovernamentais no campo de saúde, possibilitando alterações no planejamento regional do SUS. Apesar de os instrumentos de indução pela esfera federal terem sido mantidos, a nova orientação normativa propunha condições para que o processo seguisse de maneira descentralizada, alcançando o nível estadual, legitimada pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs)⁽⁵⁾.

Para fins de fortalecimento do planejamento do SUS, este modelo “acordo-pacto” foi superado com a edição do Decreto 7508/2011 que regulamenta o SUS e cria o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) que contribui para o estabelecimento de metas de saúde. O monitoramento e avaliação desse novo decreto servirão para indicações de adoção de medidas corretivas necessárias ao exercício do controle social e à retroalimentação do ciclo de planejamento, servindo como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados nas três esferas de governo⁽⁶⁾.

A partir do desenvolvimento do modelo organizacional, buscou-se a reversão do modelo assistencial de cuidados de transtornos mentais centrado no hospital, possibilitando assim, a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos por centros de serviços de propriedade estatal municipal, denominada Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁽⁶⁾. Assim, os CAPS surgiram como uma proposta de cuidado fundamentada nos princípios e diretrizes do Processo de Reforma Psiquiátrica, que possui desafios indispensáveis para promover uma ruptura radical em relação ao modelo psiquiátrico⁽⁷⁾.

O CAPS é identificado como um “novo serviço”, que tem como objetivo romper o modelo anterior centrado no hospital reproduzindo as práticas de isolamento, segregação, exclusão e submissão à autoridade⁽⁷⁾. Rever conceitos e práticas, dar maior ênfase ao tema na nova política, e, sobretudo, investir no CAPS constitui a ferramenta mais importante de implementação da política nacional de saúde mental⁽⁷⁾, bem como o aprimoramento das principais questões sociais pertinentes a essa população⁽⁸⁾.

O objetivo deste estudo foi identificar os indicadores do pacto pela saúde e a cobertura da assistência nos Centros

de Atenção Psicossocial nos estados brasileiros, entre 2010 e 2012.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo ecológico do tipo transversal retrospectivo, cujas unidades de análises foram todos os estados brasileiros entre 2010 e 2012. O estudo ecológico é baseado em informações populacionais já coletadas, tendo como unidade de análise uma população definida de uma área geográfica definida. A vantagem desse tipo de estudo é a facilidade de acesso às informações, com baixo custo ao pesquisador. Buscou-se investigar a cobertura estadual dos CAPS, tendo como fonte a base de dados do DATASUS⁽⁹⁻¹⁰⁾, a partir de indicadores do Pacto pela Saúde. Utilizou-se como critério de inclusão ter todos os dados completos no site. Assim, observou-se que em 2008, 2009 e 2013, algumas questões não foram totalmente preenchidas no banco do DATASUS, provavelmente por dificuldade de preenchimento pelos municípios, assim optou-se por analisar os dados de 2010 a 2012. Cabe salientar, que ainda não há dados disponíveis do ano de 2014.

Esse indicador do pacto pela saúde indica a cobertura de assistência dos CAPS e foi calculado para todos os municípios, regiões de saúde e estados, tendo como base do cálculo de cobertura de assistência a população de 100.000 habitantes. O número de CAPS esperado para cada estado é calculado pela fórmula (número de CAPS)/100.000 habitantes, e o índice de cobertura (IC) foi calculado pela razão do número de CAPS observado pelo número de CAPS esperado para a população residente no estado de interesse. Os dados foram coletados por dois examinadores. Os resultados foram repassados para um banco de dados do Microsoft Excel®, 2010, e a análise foi realizada por comparação de indicadores lançados pelo Ministério da Saúde e os resultados apresentados no site do DATASUS.

Resultados e Discussão

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, que busca oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, disponibilizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e revigorando laços familiares e comunitários. De acordo com o Ministério da Saúde, a cobertura dos CAPS nos municípios com mais de 200 mil habitantes é determinada da seguinte maneira: cobertura muito boa (> 0,70), cobertura boa (entre 0,69 e 0,50) e cobertura baixa ou insuficiente (< de 0,50)⁽¹¹⁾.

Segundo documento do Ministério da Saúde, a meta no Brasil para a taxa de cobertura de CAPS para 100.000 habitantes no ano de 2010 foi de 0,62, o que corresponde a 107 novos CAPS, e, para 2011 a meta foi de 0,66 correspondendo a 86 novos CAPS⁽¹¹⁾. De acordo com os dados obtidos por meio do DATASUS⁽⁹⁾ e dispostos na Tabela 1, percebe-se que em 2010, 11 estados brasileiros não alcançaram a meta e, em 2011, 12 estados ficaram aquém da meta.

Tabela 1. Tabela relativa a todos os estados brasileiros e o índice de cobertura (IC) pelos CAPS entre os anos de 2010 a 2012.

Estados	2010	2011	2012
Rio Grande do Sul	1,17	1,38*	1,44*
Santa Catarina	0,88	0,90	0,97
Paraná	0,73	0,76	0,80
São Paulo	0,66	0,64	0,70
Rio de Janeiro	0,56	0,58	0,67
Minas Gerais	0,68	0,70	0,79
Distrito Federal	0,27	0,31	0,34
Espírito Santo	0,46	0,44	0,45
Bahia	0,82	0,86	0,90
Sergipe	1,18	1,22	1,28
Alagoas	0,88	0,87	0,95
Pernambuco	0,55	0,80	0,93
Paraíba	1,22	1,27	1,36
Rio Grande do Norte	0,84	0,91	0,91
Ceará	0,93	0,93	0,96
Piauí	0,85	0,96	0,93
Maranhão	0,64	0,64	0,68
Tocantins	0,47	0,46	0,49
Goiás	0,42	0,48	0,56
Mato Grosso do Sul	0,69	0,69	0,70
Mato Grosso	0,69	0,68	0,74
Pará	0,50	0,46	0,56
Amapá	0,45	0,44	0,43
Rondônia	0,80	0,70	0,82
Amazonas	0,23	0,25	0,33
Roraima	0,11	0,33	0,75
Acre	0,48	0,47	0,46

*Maiores coberturas

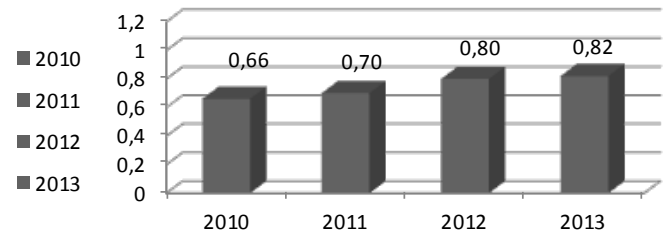
O estado com maior cobertura nos anos de 2011 e 2012 foi o Rio Grande do Sul, atingindo respectivamente 1,38 e 1,44. Outro estado que se destaca é a Paraíba, atingindo valores acima da cobertura em 2010 (1,22), 2011 (1,27) e 2012 (1,36). Estes estados mantiveram um crescimento acima da média em sua cobertura. Roraima foi o estado com pior cobertura no ano de 2010 sendo 0,11. Nos anos seguintes houve uma melhora relativamente boa, pois em 2011 atinge cobertura de 0,33 e em 2012 atinge 0,75. Amazonas e o Distrito Federal possuem valores baixos nos três anos, não havendo uma melhora significativa em sua cobertura, que atinge respectivamente 0,33 e 0,34 em 2012.

Apresenta-se na Tabela 2, a descrição estatística dos três anos, na qual o valor mínimo aumenta de 0,11 para 0,33 e o valor máximo também aumenta de 1,22 para 1,44. Observa-se a média entre os três anos de todos os estados brasileiros que fica em 0,67, 0,70 e 0,77 respectivamente, em que, aparentemente, entende-se que a cobertura é de boa a muito boa, segundo o Ministério da Saúde⁽¹¹⁾.

Tabela 2. Estatística descritiva da cobertura pelos CAPS. Estados brasileiros com mais de 100 mil habitantes, 2010-2012 (N = 27).

Variável	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Ano 2010	0,67	0,68	0,11	1,22	0,47	0,68	0,85
Ano 2011	0,70	0,69	0,25	1,38	0,46	0,69	0,90
Ano 2012	0,77	0,75	0,33	1,44	0,56	0,75	0,93

Observa-se na Figura 1, o percentual de cobertura populacional geral no Brasil nos anos de 2010 a 2013. De acordo com esses dados, percebe-se uma melhora no decorrer dos anos. Contudo, de acordo com os dados apresentados na Tabela 1, constata-se que nem todos os estados apresentam a cobertura ideal.

**Figura 1.** Percentual de cobertura populacional no Brasil pelos CAPS nos anos de 2010 a 2013.Fonte: Portal da Saúde (<http://189.28.128.178/sage/>)

A partir de indicadores do Pacto pela Saúde tabulados na Tabela 3, verifica-se o percentual dos municípios com adesão ao programa nos anos de 2011 e 2012. Observa-se uma melhora na maioria dos estados em comparação aos dois anos. No ano de 2012, seis estados possuíam uma cobertura igual ou abaixo a 50%, sendo eles: Acre, Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Piauí e Rio Grande do Sul. Por outro lado, 10 estados possuíam cobertura de 100%, ou seja, a adesão ao Pacto pela Saúde ocorreu em todos os municípios. O estado do Rio Grande do Sul surpreende quanto ao percentual de adesão, pois alcançam apenas 32,25% no ano de 2012. Esse valor é relativamente baixo quando comparado com o percentual de cobertura CAPS que chega a 1,44 % (Tabela 1) no ano de 2012, apresentando a maior cobertura entre todos os estados.

Tabela 3. Tabela relativa ao percentual dos municípios com adesão ao Pacto pela Saúde.

UF	Total de municípios no estado	Municípios com adesão ao Pacto pela Saúde (2011)	Percentual de municípios (%)	Municípios com adesão ao Pacto pela Saúde (2012)	Percentual de municípios (%)
AC	22	9	40,91	11	50,00
AL	102	96	94,12	102	100,00
AM	62	4	6,45	4	6,45
AP	16	6	37,50	6	37,50
BA	417	243	58,27	288	69,06
CE	184	184	100,00	184	100,00
DF	1	-	-	-	-
ES	78	71	91,03	71	91,03
GO	246	228	92,68	246	100,00
MA	217	138	63,59	154	70,97
MG	853	807	94,61	841	98,59
MS	78	78	100,00	78	100,00
MT	141	130	92,20	135	95,74
PA	143	132	92,31	134	93,71
PB	223	149	66,82	186	83,41
PE	185	111	60,00	157	84,86
PI	224	41	18,30	59	26,34
PR	399	399	100,00	399	100,00
RJ	92	48	52,17	54	58,70
RN	167	167	100,00	167	100,00
RO	52	52	100,00	52	100,00
RR	15	9	60,00	9	60,00
RS	496	53	10,69	155	32,25
SC	293	293	100,00	293	100,00
SE	75	75	100,00	75	100,00
SP	645	644	99,84	645	100,00
TO	139	69	46,64	84	60,43
Total	5.565	4.236	76,12	4.589	71,77

Fonte: Portal da Saúde (<http://189.28.128.178/sage/>)

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul (RS) e com dados também coletados do DATASUS⁽⁹⁾, em 2009, relativos à cobertura de CAPS, observa-se que 43,5% da população do estado do RS reside em municípios com índice de cobertura 30% abaixo do esperado. Por outro lado, nove regiões mostram cobertura acima do desejado (37,2%), sendo que uma delas apresenta cobertura acima de 100%. Esta análise revela a desigualdade encontrada nas coberturas, quando analisado o acesso ao tratamento de acordo com a região e estado, na qual se conclui que análises mais adequadas precisam ser realizadas para ocorrer mudança do modelo de atenção e para permitir a extensão da rede de base de forma igualitária⁽¹²⁾.

A saúde mental não é contemplada na Política Nacional de Atenção Básica como foco de estratégias de atuação no Brasil,

e por este motivo, deve ser fortalecida no processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde. Constata-se que uma nova diretriz está sendo inserida, com o objetivo de investimentos em formação que fortaleça a interdisciplinaridade. Nomeada de apoio matricial, essa diretriz exige habilidades por parte dos profissionais, buscando promover a construção e socialização de conhecimentos, pelo trabalho integrado e interdisciplinar. A partir deste contexto, destaca-se a importância do fortalecimento do trabalho em equipe nos CAPS, fortalecendo os cuidados para a saúde mental na atenção primária à saúde, com investimentos na educação permanente, na criação de indicadores e na integração entre o CAPS e a Saúde da Família (SF)⁽¹³⁾.

Um estudo⁽¹⁴⁾ com profissionais de CAPS I, da região de Porto Alegre, verificou que, em se tratando das demandas relativas ao consumo de crack, existe uma sobrecarga com acúmulos de tarefas, para suprir carências das equipes. Constatou-se que a preocupação com a instabilidade e o sentimento de insatisfação expressos pelos trabalhadores, compromete a realização do trabalho, reduz a capacidade para desenvolver tarefas mais complexas, diminuindo assim, a qualidade dos serviços prestados. Sabe-se que os transtornos mentais apresentam-se como um problema de saúde global, e que variam, desde os mais comuns, tais como, transtornos depressivos e de ansiedade, aos mais graves e incapacitantes⁽¹⁵⁾, como a esquizofrenia e as psicoses não afetivas, transtorno bipolar, depressão maior, transtorno do pânico e dependência à substâncias psicoativas⁽¹³⁾. Sendo assim, a reforma psiquiátrica precisa de inovações e para serem atendidas dependem da integração dos serviços comunitários à rede de atenção primária e essencialmente de um maior financiamento, com suporte geral do SUS e a diminuição de serviços autônomos e exclusivos na atenção primária. Visualmente os CAPS apresentam limites institucionais, resultado do padrão adotado de administração pública direta⁽¹⁶⁾.

A organização e atuação da rede em saúde mental e as relações das ações do serviço com a atenção básica ficam explícitas apenas, como princípios do modelo, e não ocorrem na prática. As articulações dos diversos serviços da rede de atenção são mencionadas como sugestões e não chegam a ser elucidadas, acredita-se que a construção gradativa de um saber articulado seria mais satisfatória para compor a complexidade da demanda de quem sofre com esses transtornos e procuram esses serviços⁽¹⁷⁾. O CAPS deve considerar para suas ações, a parceria e a participação familiar, exigindo do indivíduo e da equipe, vontade, credibilidade e desejo de “conquista”. A inserção da família fará toda a diferença no atendimento do indivíduo, valorizando cada vez mais o trabalho realizado nesses centros, fazendo com que estes sejam vistos pela sociedade e assim, alcançando maior cobertura⁽¹⁸⁾.

Conclusão

No presente estudo, a cobertura dos CAPS nos estados brasileiros, no período de 2010 a 2012, ficou com uma média considerada de boa a muito boa, segundo os documentos do Ministério da Saúde. Contudo, quando se verifica cada estado em particular, notam-se grandes diferenças entre eles. De um

modo geral, pode-se dizer que grande parte dos estados obteve um aumento da cobertura durante o período estudado, revelando desta maneira, que os CAPS estão sendo mais divulgados e procurados pela população.

Os CAPS vêm revolucionando a saúde mental brasileira, diminuindo muitos casos de internação em Hospitais Psiquiátricos e, por esta razão, precisamos de uma maior cobertura assistencial que consiga chegar a toda população em âmbito nacional, realizando acompanhamento clínico e proporcionando a reinserção social dos usuários.

Na atual conjuntura brasileira, diante de tantos atos de cidadania, reconhece-se o CAPS como uma estratégia que pode sustentar um futuro mais justo, inclusivo e solidário, tendo em vista a ideologia do trabalho interdisciplinar e baseada numa concepção mais ampliada de saúde. Alcançar a meta de cobertura ideal no país pode representar a vitória de grande parte da população brasileira.

Referências

- Schneider A, Peralta JAG, Both V, Brutscher V. Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade? 2ª ed. Passo Fundo: IFIBE; 2009.
- Presidência da República. Casa Civil [homepage na internet]. [acesso em 2015 Mar 26]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; [aproximadamente 136 telas]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoacompilado.htm.
- Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):204-11.
- 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 [legislação na Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília* (2001 maio 9) [acesso em 2015 Mar 05]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [decreto na Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília* (2011 jun. 29) [acesso em 2015 Mar 05]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
- Costa NR, Siqueira SV, Uhr D, Silva PF, Molinaro AA. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da Saúde Pública no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4603-14.
- Chiavagatti FG, Kantorski LP, Willrich JQ, Cortes JM, Jardim VMR, Rodrigues CGSS. Articulação entre centros de atenção psicossocial e serviços de atenção básica de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):11-7.
- Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [tese de doutorado na Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2006. [acesso em 2015 Nov 5]. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>
- Silva AC, Weber F, Adan A, Hidalgo MPL. O papel do trabalho no processo saúde-doença em dependentes de crack. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(1):48-52.
- Ministério da Saúde. Informações de Saúde [homepage na internet]. Brasília (DF); 2010 [acesso em 2013 Jun 19]. Pacto pela Saúde – 2010/2011 Dados preliminares; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pactmap.htm>.
- Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003;12(4):189-201.
- Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Brasília (DF); 2011 [acesso 2013 Jun 19]. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011. Conforme Portaria GM/MS nº 2669, de 03 de novembro de 2009 e Portaria GM/S nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010; [aproximadamente 151 telas]. Disponível em: http://www.latecnologiaemsaude.com.br/arquivos/instrutivo_indicadores_2011.pdf.
- Gonçalves VM, Abreu PSB, Candigago RH, Saraiva SS, Lobato MIR. A falácia da adequação da cobertura dos centros de atenção psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Rev Psiquiatr*. 2010;32(1):16-8.
- Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental: for - talecendo a saúde da família na clínica da crise. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2013;16(3):438-50.
- Horta R L, Esswein GC, Horta CL. Percepção de profissionais de saúde de CAPS I quanto a demandas relativas ao consumo de crack. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1099-108.
- Hyman S, Chisholm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H. Mental disorders. In: Hyman S, Chisholm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H. *Disease control priorities in developing countries*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 605-25.
- Ribeiro JM, Inglês-Dias A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4623-34.
- Schrank G, Olschowsky A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm*. 2008;42(1):127-34.

Autor correspondente: Rua Joana Machado, número 103, ap. 302, Camobi – Santa Maria, Rio Grande do Sul, cep: 97105-180. *E-mail:* tassia.sborges@hotmail.com
