

Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde*

MENTAL HEALTH CARE MANAGEMENT IN THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH SYSTEM

GESTIÓN DE ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Sônia Barros¹, Mariana Salles²

RESUMO

Neste artigo é realizada uma contextualização e avaliação crítica do processo histórico e político da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O objetivo é fazer uma breve retrospectiva e análise dos mecanismos de gestão que têm possibilitado o avanço da Reforma Psiquiátrica. Este processo histórico é dividido em três períodos: a implementação de estratégias de desinstitucionalização; a expansão da rede de atenção psicossocial e a consolidação da hegemonia reformista. Verifica-se que a Reforma Psiquiátrica no Brasil avança na medida em que mecanismos de gestão são criados para ampliar a rede de serviços. Porém, permanecem desafios para consolidar a rede de atenção territorial e aumentar recursos do orçamento anual do Sistema Único de Saúde para a Saúde Mental.

DESCRIPTORIOS

Saúde mental
Serviços de Saúde
Política
Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

This article puts in context and evaluates the historical and political process of the Brazilian Psychiatric Reform. The goal is to provide a brief retrospective and analysis of the management mechanisms that have permitted the Psychiatric Reform to advance. This historic process is divided into three periods: the implementation of deinstitutionalization, the expansion of the psychosocial support network, and the consolidation of the reformist hegemony. It is verified that the Brazilian Psychiatric Reform advances as management mechanisms are created to increase the service network. Nonetheless, consolidating the territorial support network and increasing the resources of the annual mental health care budget of the national health system remain a challenge.

DESCRIPTORS

Mental health
Health Services
Politics
Unified Health System

RESUMEN

En este artículo se realiza una contextualización y evaluación crítica del proceso histórico y político de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. El objetivo es hacer una breve retrospectiva y análisis de los mecanismos de gestión que han posibilitado el avance de la Reforma Psiquiátrica. Este proceso histórico está dividido en tres períodos: la implementación de estrategias de Desinstitucionalización; la expansión de la red de atención psicossocial y la consolidación de la hegemonía reformista. Se verifica que la Reforma Psiquiátrica Brasileña avanza en la medida en son creados mecanismos de gestión para ampliar la red de servicios. No obstante, existen aún desafíos para consolidar la red de atención territorial y aumentar recursos del presupuesto anual del Sistema Único de Salud para la Salud Mental.

DESCRIPTORIOS

Salud mental
Servicios de Salud
Política
Sistema Único de Salud

* Trabalho Apresentado na Mesa Redonda "Gestão e Gerência na Consolidação do SUS", 2º Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem – SINPESC, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 9-11 out. 2011. ¹Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. sobarros@ups.br ²Terapeuta Ocupacional. Doutora em Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. marianasalles@uol.com.br

INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, o processo de Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do *louco* e da *loucura*, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública⁽¹⁾.

É no contexto da construção e implementação da reforma sanitária brasileira, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que no início de 1990, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério de Saúde (COSAM), reconhecendo que a assistência psiquiátrica prestada no Brasil era de má qualidade e que esta situação era decorrente, principalmente, do modelo assistencial então vigente – centrado no leito hospitalar psiquiátrico – indica prioridades e propõe estratégias para uma ação transformadora no campo de Saúde Mental⁽²⁾.

No âmbito do SUS, cuja regulamentação se completou em 1990, com a edição da Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, a operacionalização do sistema e a relação entre os administradores passaram a ser tratadas por meio de Portarias do Ministério de Saúde, das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) e mais recentemente das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) e do Pacto de Gestão⁽³⁾.

Foi na perspectiva gerada pelas NOB-SUS que a área de Saúde Mental, no âmbito federal, deu um passo importante para permitir a transformação do modelo assistencial, que foi a diversificação dos procedimentos remunerados pelo Sistema Único de Saúde, nos níveis ambulatorial e hospitalar, assim como a regulamentação do funcionamento dos serviços e a implantação de uma sistemática de fiscalização dos hospitais psiquiátricos⁽²⁾.

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na perspectiva do uso de mecanismos de gestão para sua implantação e avanço, pode ser compreendido em três períodos: o primeiro, de 1992 a 2001, em que houve a implementação de estratégias de desinstitucionalização, por meio das primeiras normas que possibilitavam experiências de humanização e controle da hospitalização, ampliação da rede ambulatorial em saúde mental e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos;

o segundo, de 2000 a 2002, marcado pela aprovação da Lei 10.216 de 2001 e pela expansão da rede de atenção psicossocial, com financiamento para implantação de dispositivos de desinstitucionalização e início da expansão da agenda política para novos problemas a serem enfrentados, como a questão das crianças e adolescentes e o abuso de drogas; e o terceiro, de 2003 até a atualidade, marcado pela consolidação da hegemonia reformista, com projetos específicos para situações específicas, como o Programa de Volta para Casa e maior articulação de políticas intersetoriais.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, isto é, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela cidade, e oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Tem como objetivos: reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; implantar o Programa de Volta Para Casa; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)⁽¹⁾.

Na perspectiva de um novo modelo assistencial, foi necessário também um novo olhar dos gestores para formular novos instrumentos de medidas de coberturas e de avaliação. Os indicadores que se resumiam a leito/habitantes e consulta médica/habitantes passaram a definir coberturas na comunidade e outros. Também era necessário instituir mecanismos de financiamento de uma rede que, de fato, pudesse atender aos objetivos da política nacional.

Assim, neste artigo é realizada uma breve retrospectiva e análise dos mecanismos de gestão que têm possibilitado o avanço da Reforma Psiquiátrica.

Os diversos relatórios de gestão do Ministério da Saúde mostram que muito foi feito no cumprimento dos propósitos da Reforma Psiquiátrica, com reais avanços na consolidação de uma rede regionalizada e integrada, para garantir uma assistência à saúde mental integral e equitativa. Por outro lado, ainda há muito por fazer.

Na perspectiva de um novo modelo assistencial, foi necessário um novo olhar dos gestores para formular novos instrumentos de medidas de cobertura e avaliação...

Neste contexto, alguns dados vão demonstrando as transformações na gestão da atenção à saúde mental:

Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar

Em 1997, ocorreram 410.003 internações em psiquiatria pelo SUS. Em 2001, foram realizadas 357.538 internações, com uma média de 29.759 por mês. Houve uma redução de 12,8% na frequência de internações no período. Esse dado é coerente com a política do Ministério para o setor: reduzir as internações plenas e ampliar as internações em regime de hospital-dia e o tratamento em regime ambulatorial⁽⁴⁾.

Foram fundamentais para esta redução alguns instrumentos de gestão iniciados em 1993, como a supervisão dos Hospitais Psiquiátricos e conseqüente descredenciamento daqueles que não atingiam o mínimo de respeito pelos direitos dos pacientes.

No início do milênio, no segundo momento importante citado, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM/MS N.º 251, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar psiquiátrica, reclassifica os hospitais psiquiátricos e define a estrutura e a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Os hospitais psiquiátricos são classificados tomando-se por base uma avaliação aferida pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH) e o número de leitos do hospital⁽⁵⁾.

Em 2002, quase todos os hospitais psiquiátricos foram avaliados, resultando em medidas de humanização dentro dos mesmos, redução de leitos e, em alguns casos, fechamento de unidades ou sua retirada do sistema.

Porém, apesar da legislação em saúde mental indicar a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e priorizar o tratamento extra-hospitalar, ainda são necessários avanços na atenção à crise e à consolidação da rede substitutiva de saúde mental no território⁽⁶⁾.

Outro instrumento importante para a mudança da assistência psiquiátrica hospitalar foi o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS-PRH instituído em 2004, pela Portaria GM N.º 52/04, que buscou a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (até 160 leitos). Os hospitais de menor porte são tecnicamente mais adequados a um bom funcionamento clínico e integração eficaz com a rede extra-hospitalar, ao contrário dos macro-hospitais. Ao mesmo tempo, garante-se que as reduções de leitos se efetivem de forma planejada, de modo a não provocar desassistência nas regiões onde o hospital psiquiátrico ainda tem grande peso na assistência às pessoas com transtornos mentais⁽⁷⁾.

Residências Terapêuticas

Outra iniciativa importante foi a regulamentação da Portaria GM/MS N.º 106, de 2000, que criou as residên-

cias terapêuticas. A Portaria GM/MS N.º 1.220, de 2000, cria e inclui os procedimentos assistenciais das residências no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), possibilitando, de fato, aos municípios a implementação de iniciativas para a desinstitucionalização de pacientes submetidos a longa permanência asilar⁽⁵⁾.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são casas constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Este é um dos principais equipamentos para efetivação da desinstitucionalização⁽⁴⁾.

Na terceira etapa da Reforma, a expansão e a consolidação foi uma das principais preocupações no processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos de longa permanência. Os mecanismos de financiamento asseguravam repasse fundo a fundo de incentivo no valor de 10 mil reais por módulo de oito moradores e custeio das Residências Terapêuticas, através da realocação das AIHs dos leitos psiquiátricos de longa permanência descredenciados do SUS para o Programa de Saúde Mental, permitindo o encerramento do ano de 2010 com 570 Residências implantadas. No entanto, a cobertura das Residências no país, ainda é baixa⁽⁸⁾.

O Programa de Volta para Casa

Criado pela Lei Federal 10.708, em 2003, o Programa de Volta para Casa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Desde a década de 1990, tentava-se criar mecanismos de repasse financeiro para usuários, que após longo tempo de internação, saíam de alta com recursos para sobreviver.

O Programa tem o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$320,00 aos seus beneficiários. Para receber o auxílio, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social⁽⁸⁾.

Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa ainda é muito baixo – apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar no Brasil recebe o benefício. Em 2010, atingiu-se a marca de 3.635 beneficiários⁽⁸⁾.

Assim, existe ainda grande dificuldade para a desinstitucionalização da população mais cronicada dos Hospitais Psiquiátricos⁽⁸⁾. Por exemplo, o Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos no Estado de São Paulo, realizado em todos os hospitais psiquiátricos da rede SUS, identificou cerca de 6.300 pessoas instucio-

nalizadas há mais de um ano, ou seja, mais de 50% da população internada⁽⁹⁾. Em que pesem alguns mecanismos da gestão estadual para o financiamento de serviços nos municípios, em 2011, existem cerca de 300 Residências Terapêuticas em funcionamento e os CAPS, que em 2005 eram cerca de 150, hoje são apenas cerca de 260⁽⁸⁾.

Atenção no Território

Outra Portaria considerada fundamental para a Reforma Psiquiátrica é a GM/MS N.º 336, de 2002, que estabelece modalidades de serviços dos CAPS e define sua remuneração pelo Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC) e seu financiamento com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)⁽¹⁰⁾. Este mecanismo, instituído na segunda fase deste processo da Reforma, foi fundamental para a ampliação e consolidação do modelo.

O CAPS teve um crescimento lento no país, pois a sua implantação competia com outros dispositivos no teto financeiro dos municípios. O financiamento por meio do FAEC garantiu para os municípios, que desejavam implantar uma rede territorial de atuação, os recursos financeiros necessários para a manutenção dos serviços. Assim, o Ministério da Saúde, em 2002, ao estabelecer um mecanismo de financiamento específico para os serviços de atenção diária *extra teto* ampliou os recursos para a criação de novos serviços. Em 1996 o Brasil contava com 154 CAPSs, em 2001 eram 295 e, em outubro de 2002, chegaram a 348, com o novo financiamento pelo FAEC⁽¹⁰⁾.

O Brasil terminou o ano de 2010 com 1.620 CAPS implantados e cobertura de 0,66 por 100.000 habitantes. O número de serviços implantados demonstra a lenta mas definitiva reversão do modelo assistencial, cujo financiamento, no início da década de 90, destinava 94% para os dispositivos de atenção hospitalar, reduzido para 80% em 2002⁽⁸⁾.

Entre esses novos CAPS, estão também aqueles para atendimento de usuários com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas (CAPSad), modelo que foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde pelo Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (Portaria GM/MS N.º 816 de 30 de abril de 2002)⁽⁵⁾. Este Programa foi um significativo avanço das políticas na área de Saúde Mental, pois pela primeira vez configuram-se diretrizes, modelo assistencial, financiamento específico e formação de recursos humanos para uma área reconhecidamente importante, mas até então não priorizada pelo Ministério da Saúde. Várias estratégias têm sido encaminhadas no sentido de atender esta população e enfrentar o aumento do consumo, assim como as conseqüências sociais e na saúde dessas pessoas.

Saúde Mental na Atenção Básica

Desde o que estamos chamando de primeiro período de gestão da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saú-

de estimulou ativamente nos últimos anos a inclusão, nas políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, de diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental.

Com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família na maior parte do país, a estratégia de implementação de Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental foi articulada junto aos gestores e cada vez mais os municípios vinham aderindo a esta proposta, até a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O *matriciamento* consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica⁽⁸⁾.

Em 2008, a Portaria GM 154/08 recomendou a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes dos NASF. Este foi um dos principais avanços do terceiro período, para a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica. Os NASF são dispositivos com alta potencialidade para garantir a articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde mental dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Dados de dezembro de 2010 informam que 1.288 NASF estão em funcionamento no país. Dos 7.634 trabalhadores destes Núcleos, 2.349, cerca de 31%, são trabalhadores do campo da saúde mental⁽¹¹⁾.

Avanços na Construção e Implementação de Políticas Intersetoriais

A grande marca da construção da intersectorialidade aconteceu neste último período com a IV Conferência Nacional de Saúde Mental que propõe que o campo da saúde mental não pode mais deixar de ser apreendido como transversal a várias políticas sociais. As alianças intersectoriais devem atuar de forma articulada para estabelecer diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas, com a participação de seus gestores e lideranças⁽¹²⁾.

Algumas ações na área de Saúde Mental têm a característica de trazer para o centro da cena da gestão e do cotidiano dos serviços a integração com outras políticas públicas. Podemos citar alguns projetos que, especialmente, têm exigido esta articulação: a política de Saúde Mental para a Infância e Adolescência, o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, o projeto de Saúde Mental e Direitos Humanos, a Política de Saúde Mental e Intervenção na Cultura e o Plano Crack.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil avança na medida em que mecanismos de gestão são criados e implementados para ampliar a rede de serviços.

No âmbito federal, nos últimos quatro anos, os gastos absolutos com serviços e programas extra-hospitalares dobraram. Em 2002, 24,82% dos recursos do SUS destinados à atenção à saúde mental eram aplicados nos serviços e programas extra-hospitalares. Em 2005, este investimento chegou a 44,53% do total. No final da década passada, em 2010, constatou-se uma efetiva reorientação do financiamento em saúde mental, de tal modo que, pela primeira vez, o componente extra hospitalar superou o hospitalar⁽⁸⁾.

Ainda assim, na esfera federal, 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental. É necessário empreender esforços para ampliação dos recursos destinados à saúde mental para pelo menos 3% do orçamento da saúde no próximo biênio, ressaltando-se que a Organização Mundial da Saúde recomenda *mais que 5%* do orçamento global da saúde. Do mesmo modo, é preciso criar recursos em outros Ministérios para os projetos intersetoriais⁽⁸⁾.

No atual cenário, concordamos com a avaliação da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde de que há uma tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar de base comunitária⁽⁸⁾.

No entanto, vivemos um momento em que as pressões de corporações e profissionais, parlamentares contrários à reforma, setores da Universidade e matérias negativas na imprensa, tentam desqualificar o processo da reforma e acabam por favorecer estratégias do Governo Federal e

de alguns Governos Estaduais que remetem a internações compulsórias e processos de aprisionamento que visam a uma limpeza eugênica das cidades, sem realizar um debate mais qualificado sobre os problemas existentes.

Por outro lado, alguns mecanismos precisam ser revistos e aperfeiçoados. Por exemplo, o mecanismo de custeio mensal (contrapartida federal) das Residências Terapêuticas foi um dos maiores obstáculos para a expansão das SRT nos últimos anos.

Outra grave questão é a dos recursos humanos para a rede de serviços. Em que pese a existência de recursos e programas, eles têm se mostrado insuficientes para as necessidades de capacitação dos trabalhadores da rede de saúde mental. A maioria destes trabalhadores vêm trabalhar sob o signo da Reforma Psiquiátrica e são formados em escolas que em geral ainda ensinam o modelo de atenção médico-centrado e biologicista. Evidencia-se a necessidade de propor e implementar projetos de capacitação ou qualificação em larga escala.

Assim, permanecem desafios para consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial promotora da reintegração social e da cidadania. Entre eles, aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental é fundamental e, especialmente, aumentar a contrapartida federal para o custeio dos CAPS que se aproxime mais realisticamente das exigências de custeio desses serviços possibilitando a expansão da rede CAPS, especialmente dos CAPS III.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Portal da Saúde. O que é Reforma Psiquiátrica? [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 out. 3]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925
2. Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-judice [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão SAS: quadriênio 1998-2001 [Internet]. 2ª ed. Brasília; 2002 [citado 2011 out. 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_sas.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão: 2003-2006 [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2011 out. 3]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 [Internet]. 5ª ed. Brasília; 2004 [citado 2011 out. 3]. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/19902004.pdf>
6. Salles MM, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(1):73-81.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental em Dados – 4 [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2011 out. 3]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão: 2007-2010 [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 out. 3]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf

-
9. Barros S, Bichaff R. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP; 2008.
 10. Brasil. Ministério da Saúde; Secretária de Atenção a Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2011 out. 6]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf
 11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental em Dados – 7 [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2011 out. 4]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>
 12. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da VI Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial [Internet]. Brasília; 2010. [citado 2011 out. 3]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf