



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Ênfase em gestão.

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) COMO DISPOSITIVO ESTRATÉGICO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DE SEUS AVANÇOS E DESAFIOS

Viviane Aparecida Siqueira Lopes¹
Rayanne Tropiano dos Santos²

Resumo: Este artigo analisa os Centros de Atenção Psicossocial, na condição de dispositivo estratégico do processo de desinstitucionalização, como proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sua elaboração ocorreu a partir de observação-participante associada à revisão de literatura. Em seus resultados, reconhece a existência de avanços e desafios.

Palavras-chaves: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Reforma Psiquiátrica. Sistema Único de Saúde. .

Abstract: This paper analyzes Psychosocial Care Centers as a strategic device of the deinstitutionalization process, as proposed by the Brazilian Psychiatric Reform. Its elaboration resulted from participant observation associated with literature review. In its results, it recognizes the existence of advances and challenges.

Keywords: Psychosocial Care Centers (CAPS). Psychiatric reform. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram regulamentados, no Brasil, a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em dezembro de 2001, e especificamente pela Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, sendo definidos e estabelecidos segundo modalidade, níveis, territorialidade, horários de funcionamento e recursos humanos, ou seja, formação da equipe técnica mínima para atuação multidisciplinar. (BRASIL, 2002).

A partir de toda transição histórica de construção da Política de saúde mental, os CAPS passam então a ser definidos como:

[...] instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se

¹ Professor com formação em outras áreas. Universidade Federal Fluminense. E-mail: <vivianeviviane@uol.com.br >.

² Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal Fluminense. E-mail: <vivianeviviane@uol.com.br >.

desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 13)

Os objetivos dos CAPS são:

Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersectoriais; Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; Dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; Articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental numa determinada área de abrangência; Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004, p. 13)

Os CAPS são subdivididos em CAPS I, II, e III e CAPS ad, CAPSi e CAPS ad III. Os CAPS I são serviços de atenção à saúde mental em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; os CAPS II são serviços de atenção à saúde mental em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes; os CAPS III são serviços de atenção à saúde mental em municípios com população acima de 200 mil habitantes; os CAPS ad são serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas, implantados em municípios entre 70 mil e 200 mil habitantes; os CAPSi são serviços especializados para crianças, adolescentes e jovens com até 25 anos, em municípios acima de 200 mil habitantes; os Caps ad III são serviços especializados para usuários de álcool e outras drogas em municípios acima de 200 mil habitantes. (BRASIL, 2017).

OS CAPS não são apenas um estabelecimento de saúde, mas uma estratégia de transformação da assistência à saúde mental, que visa construir um novo modo de *cuidado* do sofrimento psíquico (LEAL; DELGADO, 2007; YASUI, 2007).

Cuidar, segundo, Yasui (2007) significa:

[...] pensar numa atitude de ocupação, preocupação responsabilização e envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, preciso reconhecê-lo como alguém que represente para mim mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. Isso representa uma ruptura epistemológica de grande importância. Significa romper com a racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas, centrados na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante (YASUI, 2007, p. 161).

Assim, o CAPS é caracterizado como “[...] uma radical ruptura com o modelo hegemônico de produção de saberes que fundamentam e autorizam o saber/fazer psiquiátrico baseados no isolamento, na tutela, na disciplinarização e que têm o manicômio uma das suas expressões [...]” (YASUI, 2007, p.157)

Esse compromisso com uma nova prática de *cuidado* deve estar presente em todas as ações do CAPS: no acolhimento, na escuta qualificada, no Projeto Terapêutico Singular (PTS), nas oficinas e nas outras atividades propostas pela instituição. Para Yasui (2007, p. 159), o PTS é “um conjunto de ações pactuadas entre diferentes atores: o usuário, seu familiar, integrantes da equipe e profissionais de outros serviços”. Assim, este Projeto:

[...] pressupõe uma negociação que envolve a organização de uma nova rotina, definição de quais ações participar, assunção de responsabilidades e compartilhamento de tarefas, interesses nem sempre convergentes ou conciliáveis: por vezes a família quer internar; ou o local de trabalho quer demitir o usuário, ou a escola não o aceita mais. Quase sempre, existem divergências entre os integrantes da equipe sobre a melhor conduta e o melhor projeto; em outras ocasiões, temos resistência do usuário em comparecer ao serviço ou às atividades propostas. O CAPS é meio, caminho, não fim. E a possibilidade da tessitura da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido numa ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. [...] Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho (YASUI, 2007, p.157).

Ou seja, as práticas desenvolvidas no CAPS não deve se limitar às paredes institucionais, mas deve buscar vínculos e parcerias diversas, sendo a concepção de ‘território’ fundamental neste sentido. Para Amarante (2007), além da reforma psiquiátrica como uma reforma de serviço, que modificou a lógica do *cuidado*, é necessário pensar a atenção psicossocial como um *processo social complexo*, que é constituído por diversos atores e pelas dimensões, *teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural*.

A *dimensão teórico-conceitual* fundamenta o campo do saber psiquiátrico sobre a ‘loucura’, definido como um saber positivo, neutro e autônomo, do qual coloca o sujeito entre parêntesis (AMARANTE, 2007). Desta forma, torna-se imprescindível a ruptura com esse paradigma, nos novos dispositivos da saúde mental.

A doença entre parêntesis não significa a negação da existência da ‘doença’, em outras palavras, não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiátrica convencionou denominar doença mental. A estratégia de colocar a doença entre parênteses é um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana (AMARANTE, 2007, p. 67).

Segundo Amarante:

[...] com a doença entre parênteses nos deparamos com o sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, isto possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial. (AMARANTE, 2007, p. 69)

Assim, a *dimensão técnico-assistencial*, abrange tanto a subjetividade, campo de atuação da psicologia, como a objetividade, ou seja, as necessidades concretas da ordem social, campo de atuação do Serviço Social. A dimensão *técnico-assistencial*, abrange as demandas relacionadas às necessidades assistenciais, socioeconômicas, familiares e individuais. Essa dimensão envolve o âmbito *psicossocial*, a promoção de acolhimento, *cuidado*, atenção e sociabilidade (AMARANTE, 2007).

A dimensão jurídico-política é um conjunto de desafios e estratégias que precisam ser contemplados na legislação. Neste sentido, torna-se imprescindível a formulação de *novas políticas sociais*, pautadas pelas demandas sociais das pessoas em sofrimentos psíquicos, seus familiares e dos gestores e trabalhadores da política de saúde mental. Como exemplo de um direito social por essa dimensão, tem-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que embora seja uma política social importante, ainda possui fragilidades como as restrições de doenças e restrição do sujeito ao mercado de trabalho, como dispõe a Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993), sendo um obstáculo às estratégias de inclusão social, autonomia e plena expansão dos indivíduos sociais (AMARANTE, 2007).

A *dimensão sociocultural*, se expressa no envolvimento da sociedade na discursão da reforma psiquiátrica, com o objetivo de provocar reflexão sobre os hospitais psiquiátricos, a loucura e o sofrimento psíquico a partir da produção cultural e artística dos atores sociais, sendo eles usuários, familiares, profissionais e voluntários. Como exemplo de ações norteadas por essa dimensão, tem-se o dia 18 de maio, dia Nacional da Luta Antimanicomial, no qual ocorrem atividades culturais, políticas, acadêmicas, em todo o país, com intuito de promover o debate e a reflexão com a sociedade (AMARANTE, 2007).

OS CAPS E A POSSIBILIDADE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

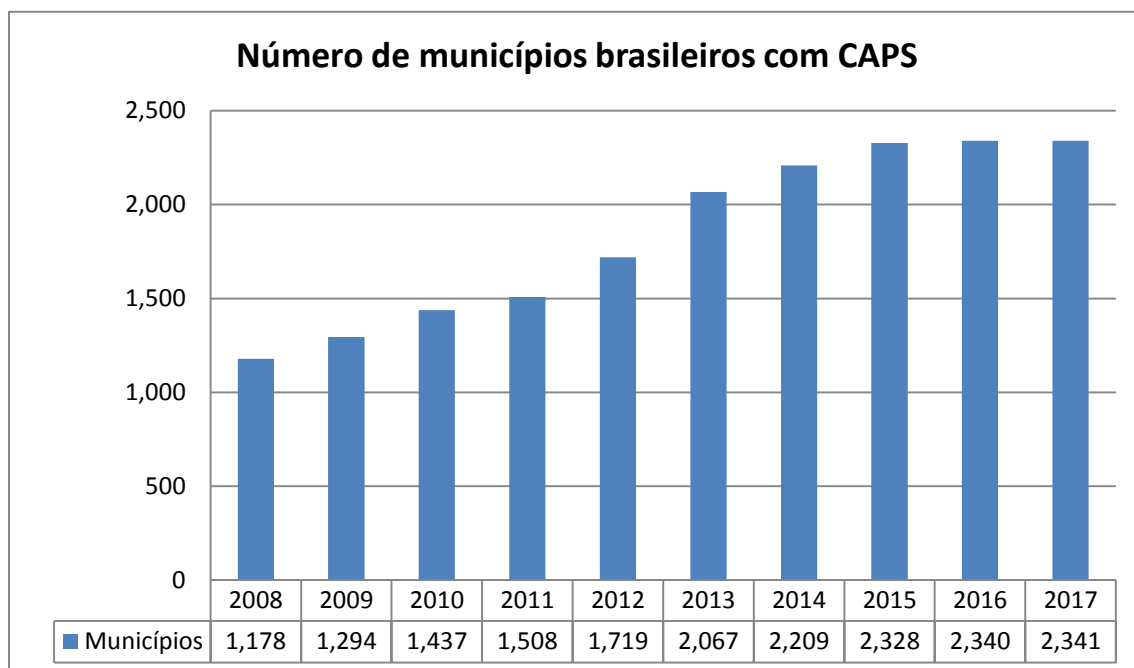
A implantação dos CAPS trouxe uma nova lógica de atenção e cuidado à pessoa em sofrimento psíquico visando à ruptura do modelo biomédico de medicalização, exclusão, punição e focalização dos sintomas/patologias. Esse dispositivo nasce do Movimento de Reforma Psiquiátrica na perspectiva de desinstitucionalização, propondo uma desconstrução da lógica manicomial no modo de atenção e tratamento dos

enfermos mentais. Desse modo, por serem substitutivos não devem ser complementar ao hospital psiquiátrico, pois objetiva um novo modelo de assistência à saúde mental, que promova autonomia e incentivo ao protagonismo do usuário em seu território e em sua saúde. Assim, “[...] pessoas que provavelmente teriam como destino viverem encarceradas em Hospitais Psiquiátricos, submetidas a um cotidiano mortífero, encontram outras possibilidades de cuidado que apostam em modos distintos de levar a vida.” (YASUI, 2013, p.13).

O Ministério da Saúde é responsável pelo cadastro e financiamento dos CAPS, que repassa aos municípios, pagos às Secretarias de Saúde e pelo Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS). Nesse sentido, a Portaria nº 189 de 20 de Março de 2002a, prevê a inclusão de procedimentos e a normatização pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) sobre o acolhimento, a observação e o repouso quando necessário em leito nos CAPS III e CAPSad III (BRASIL, 2002a). Também, a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, lançada em 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que possui os componentes, atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de institucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002a; 2011; 2017).

Nos mais de trinta anos que se passou desde a criação do primeiro CAPS, veio ocorrendo à expansão paulatina deste tipo de serviço de saúde mental no Brasil, sendo registrado pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) e pela a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)/Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) através do Ministério da Saúde (MS) em 2017, a presença de CAPS em 2.341 municípios brasileiros, tendo o número de municípios com CAPS crescido em 98,7% a partir de 2008. (BRASIL, 2017). (FIGURA 1).

Figura 1 – Número de municípios brasileiros com CAPS, no período 2008 a 2017.



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/MS, 2017.

Observa-se também o crescimento do número total de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSad 24 e CAPSi) habilitados, em funcionamento no Brasil, totalizando 2.462 CAPS no ano de 2017, tendo ampliado em 85,6% entre os anos de 2007 e 2017. (FIGURA 2)

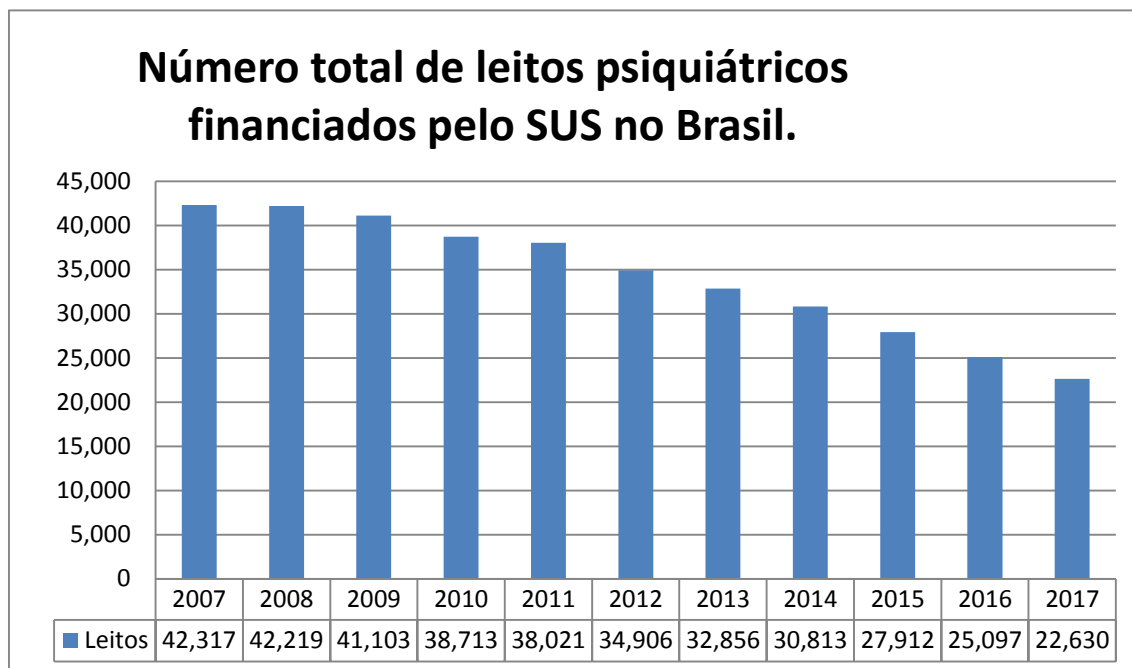
Figura 2 – Número total de CAPS habilitados em funcionamento no Brasil, no período 2008 a 2017.



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/MS, 2018.

Em contrapartida, o número de leitos contratos em hospitais psiquiátricos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), reduziu em 46,5% no país, no mesmo período, pois decresceram de 42.317 para 22.630 leitos, totalizando menos 20.322 leitos no território nacional. (FIGURA 3)

Figura 3 – Número total de leitos psiquiátricos financiados pelo SUS no Brasil.



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil, 2018.

Desse modo, em termos de redução no número de leitos psiquiátricos e da expansão do número de CAPS, há na atualidade a sinalização de avanços no processo de desinstitucionalização. No entanto, ao se analisar as práticas cotidianas desenvolvidas pela equipe profissional e a gestão da Política de Saúde Mental, observa-se que há muito ainda a se avançar. A literatura sinaliza como fragilidades e desafios referentes aos CAPS (ONOCKO-CAMPOS et al., 2009; GONÇALVES et al., 2010; KANTORSKI et al., 2012):

- Dificuldade no cumprimento da portaria 336/02 (BRASIL, 2002), que regulamenta a equipe mínima;
- Poucos leitos destinados à saúde mental nos hospitais gerais;
- Falta de materiais consumo e permanentes;
- Falta de recursos humanos (técnicos e profissionais de outras áreas como: auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, porteiros, entre outros.);
- Dificuldades no que concerne a atenção à crise, sobretudo nos fins de semana quando a equipe técnica é reduzida;

- Dificuldades de articulação com a rede básica;
- Dificuldades nos critérios de utilização dos leitos-noite, sendo utilizados acima do limite de dias;
- Demanda leito-noite maior que a capacidade estrutural do serviço;
- Horários de funcionamento pouco convenientes para a participação de familiares no serviço;
- Número excessivo de usuários para o número de técnicos de referência;
- Falta de processos avaliativos da gestão do dispositivo;
- Dificuldade no gerenciamento dos médicos psiquiatras;
- Modo de funcionamento do serviço semelhante às rotinas de hospitais psiquiátricos;
- Parcerias insuficientes com outros serviços da rede;
- Pouca compreensão dos objetivos dos CAPS por parte dos coordenadores de unidades básicas;
- Cobertura insuficiente;
- Desafio na ruptura com a racionalidade médica.

Em suma, os desafios e fragilidades apresentados dos CAPS, estão relacionados a quatro fatores: a) Não operacionalização das prerrogativas jurídico-legais referentes aos CAPS; b) Falta de clareza sobre os objetivos institucionais; c) Grande demanda de usuários *versus* o número de técnicos; d) Racionalidade médica como prática hegemônica.

Em relação ao desafio da ruptura com a racionalidade médica, Yasui (2007) sinaliza que:

Com muito mais frequência do que gostaríamos o que vemos é uma organização dos processos de trabalho que ainda se norteia pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, centrada nos fenômenos patológicos e no ato prescritivo. A presença do psiquiatra e seus atos determinam a dinâmica e a estratégia terapêutica, via de regra medicamentosa. As discussões de caso em equipe, quando existem, geralmente ocorrem sem a presença daquele profissional e tendem a reduzir o sofrimento psíquico ao quadro patológico. A utilização de outras ações não muda a lógica do modelo: a oficina terapêutica, por exemplo, transforma-se não em um campo relacional de trabalho vivo, de encontro, de criação, mas mera reprodução de técnicas muitas vezes de caráter moralizante e de controle que transformam a potencialidade criativa em trabalho repetitivo, sem sentido, burocrático. Reproduz-se a utilização das ferramentas conceituais das práticas hegemônicas: isolando (ainda que num serviço aparentemente aberto); discursos técnicos que calam o paciente (monólogo da razão sobre a loucura); a doença suplantando a complexidade da vida; e a medicalização como estratégia terapêutica central. (YASUI, 2007, p. 163)

No processo de estágio supervisionado em Serviço Social vivenciado em um CAPS, também foi observado que o discurso da racionalidade médica, ainda influi para que seja dada maior ênfase a observação do sujeito por sua patologia, assim como nas Instituições Totais (GOFFMAN, 1961), nas quais, a classificação patológica e o registro no prontuário fazem com que as atitudes e os fracassos passados e presentes sejam justificados pelos fenômenos patológicos, reduzindo a complexidade da vida e das relações sociais. Isso resulta na medicalização como elemento fundamental para o tratamento terapêutico, o que se contrapõe à proposta de desinstitucionalização, atribuída por Rotelli et. al. (1990) e absorvida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Outro aspecto analisado no CAPS é a necessidade de repensar o processo de elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), pois a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), intitulada “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”, lançada pelo Governo brasileiro, em 2008, define que tal projeto deve ser realizado através de: “uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.” (BRASIL, 2008, p.40). No entanto, foi observado que nem todos os PTS foram elaborados a partir da discussão entre equipe multidisciplinar, familiares e usuários, o que se contrapõe às diretrizes da RPB e do CAPS, em particular; pois exige o indivíduo de participar das decisões acerca de sua própria saúde.

Além desses aspectos, outra fragilidade percebida é a restrição do PTS apenas ao CAPS, pois há pouca articulação do serviço com a rede. Esta articulação possibilitaria a proposta de um PTS composto por ações que envolvesse outros espaços institucionais como: cursos profissionalizantes, pré-vestibulares sociais, escolas, entre outros. As oficinas terapêuticas, de acordo com o objetivo das mesmas, também poderiam ocorrer fora do espaço institucional, como em: quadras esportivas, praças, teatros, etc. Esse movimento extra CAPS, beneficiaria a criação de vínculos com o território e o tratamento terapêutico. Na falta de parcerias há um ‘tratamento’ restrito ao CAPS, o que não contribui para a redução no quadro de estigmatização, relativa a demarcação do indivíduo como “usuário do CAPS”, devido ao estabelecimento de um fluxo monótono entre residência-CAPS.

Yasui (2007) evidencia que para superar essa realidade, são necessárias ações inovadoras, um novo olhar sobre a “doença”, compreendendo que a saúde é uma produção social e não excedendo o *cuidado* para práticas assistencialistas ou controladoras, que possam limitar o indivíduo.

A produção de novas relações e a construção de projetos de vida mais autônomos não se dá em lugares com relações mediadas por medo, na mesmice, na mediocridade. Entenda-se medíocre aqui como a qualidade média, modesta, sem expressão ou originalidade, pouco capaz, sem qualquer talento que, de modo geral, fica aquém. Ou seja, serviços absolutamente comuns, que reproduzem as mesmas práticas que podemos nomear de manicomiais. (YASUI, 2007, p. 163)

As fragilidades e desafios presentes nas práticas cotidianas que constituem os CAPS podem ser enfrentadas, segundo Onocko-Campos e colaboradores (2009), a partir das seguintes ações:

- Gestão participativa, com profissionais, usuário e familiares;
- Formação continuada;
- Maior participação da equipe nas reuniões;
- Diálogo sobre abordagens clínicas;
- Identificação de serviços, programas e dispositivos da rede e do território que se articulem ao CAPS;
- Adequação do serviço à portaria 336/02 (BRASIL, 2002);
- Maior democratização de informações com familiares, usuários e com coordenadores de unidades básicas;
- Realização de avaliação dos CAPS;
- Criação de uma rede de apoio composta por profissionais de vários CAPS;
- Maior avaliação de casos e critérios de acolhimento ao leito.

Desse modo, os CAPS devem ser oferecidos como 'espaços' para além da assistência médica, configurando-se em ações que cada vez mais promovam a autonomia e a reinserção social, o que envolve o aprofundamento de vínculos familiares e comunitários e a interface com os demais programas e políticas presentes no contexto municipal. Devem atuar na promoção dos sujeitos, no sentido de superar as situações de vulnerabilidade e riscos sociais e de estigmatização, estimulando a participação social e a autonomia via projetos artísticos, capacitações profissionais, escolarização e geração de renda. Nesse sentido, o Serviço Social tem muito a contribuir, nas dimensões socioeducacional, jurídico-política e técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) constituem importante dispositivo da estratégia de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico, compondo um novo modelo assistencial em saúde mental.

Entretanto, embora avanços importantes tenham ocorrido como a redução de leitos psiquiátricos pelos SUS e a ampliação do número de CAPS no território brasileiro, indicando que a desinstitucionalização que vem sendo processada, a Política de Saúde Mental ainda não é uma política concluída, tendo muitos desafios a serem enfrentados, entre os quais se destaca o descompasso entre ações desenvolvidas nos CAPS e os objetivos dos mesmos.

O Assistente Social como um profissional que compõe a equipe multidisciplinar nos CAPS, possui o seu trabalho inserido no bojo desses desafios, se constituindo por ações relevantes e reconhecidas, mas também por significativas lacunas, o que requer uma busca por requalificar seu fazer profissional a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo em vista, em especial a ampliação do trabalho junto aos familiares e a realização de intervenções para além das inseridas na dimensão socioassistencial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. **Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/L8742.htm Acesso em: 06 mar. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. CAPS. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica - (SAGE)**. 2017. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/paineis/caps/oquee.html>. Acesso em: 09 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 189 de 20 de Março de 2002a**. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/porta/web/hp/2/docs/189.pdf> Acesso em: 06 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 06 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria/GM, n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 17 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 06 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil**: Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 abr. 2019.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961. 320 p.

GONÇALVES, Veralice Maria et al. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.16-18, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01018108201000010003&lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2019.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. Avaliação dos centros de atenção psicossocial na perspectiva dos entrevistadores. **Jonah - Journal Of Nursing And Health**, Pelotas, v. 2, n. , p.13-26, mar 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3476/2861>>. Acesso em: 02 abr. 2019.

LEAL, E.M.; DELGADO, P.G.G. **Clínica e cotidiano**: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHERIO, R. et al. (eds.) **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007, p. 137-154

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. **Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial**: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, p. 16-22. 2009

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via**: a reforma psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, MF. (Org.). São Paulo: Hucitec, 1990, p. 27-59.

YASUI, S. CAPS: Estratégia de Produção de Cuidado e de Bons Encontros. In: Pinheiro, R. et al. (Orgs.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: Contribuições para Estudos Avaliativos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco. 2007.

YASUI, S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. *Revista Polis e Psique*, v. 2, p. 5-15, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/127083>>.