

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

ANDERSON DA SILVA MASSOLINO

**ANÁLISE SOBRE A REDE DE RECURSOS, SERVIÇOS E TRABALHO
PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM REGIÕES DE SAÚDE DO
RIO GRANDE DO SUL DE 2006 A 2015.**

PORTO ALEGRE, 2017

ANDERSON DA SILVA MASSOLINO

**ANÁLISE SOBRE A REDE DE RECURSOS, SERVIÇOS E TRABALHO
PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM REGIÕES DE SAÚDE DO
RIO GRANDE DO SUL DE 2006 A 2015.**

Trabalho de conclusão apresentado como pré-requisito
para a conclusão do curso de Bacharelado em Saúde
Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Professor orientador: Prof. Alcides Silva de Miranda

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado muita força nessa caminhada.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo ensino gratuito e de qualidade.

À Escola de Enfermagem, pela acolhida em suas instalações.

Aos Professores que durante a trajetória da graduação contribuíram para a minha formação Acadêmica.

Ao Professor Alcides Silva de Miranda, que me apoiou no momento que mais precisei e acreditou no meu potencial.

Aos colegas do semestre 2013/1 e 2013/2 pelo companheirismo e coleguismo nessa minha caminhada acadêmica.

À minha colega Rosane Madruga, que me ensinou muitos valores que vou levar para a minha vida toda.

À minha mãe Neiva, por ser um pilar na minha vida, pela educação que me foi dado e por sempre estar comigo em todos os momentos.

Aos meus familiares, por todo apoio de sempre.

Aos meus amigos e amigas que sempre estão torcendo e rezando pelo meu sucesso.

**“Precisamos resolver nossos monstros secretos,
Nossas feridas clandestinas, nossa insanidade oculta.
Não podemos nunca esquecer que os sonhos, a motivação,
o desejo de ser livre nos ajudam a superar esses monstros,
vencê-los e utilizá-los como servos da nossa inteligência.
Não tenha medo da dor, tenha medo de não enfrentá-la,
criticá-la, usá-la”.**

(Michel Foucault)

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar e comparar alguns indicadores sobre a rede de Recursos Físicos, Serviços e Trabalho Profissional em Atenção Psicossocial na área da Saúde em regiões do Rio Grande do Sul no período de 2006 a 2015 e evidenciá-los.

O indicador de Recursos Físicos será importante para descrever se há estabelecimentos do tipo de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em cada região de saúde para o número populacional do estado. Já o de Trabalho Profissional será de suma importância para analisar as taxas de oferta populacional de profissionais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que estejam a serviço da Atenção Psicossocial.

O resultado dessa pesquisa nos mostra que o município de Nova Palma, com uma população estimada em 2015 de 6.589 habitantes, é o município que aparece mais vezes nas listas dos dez melhores indicadores, com oito indicadores (indicadores de Terapeutas Ocupacionais cadastrados no CNES de 2006 a 2015, indicadores de Terapeutas Ocupacionais vinculados ao SUS de 2006 a 2015, indicadores de leitos psiquiátricos de 2006 a 2015 e indicadores de CAPS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES de 2008 a 2016).

O município de Boa Vista do Cadeado com uma população estimada em 2015 de 2.524 habitantes, aparece na lista dos dez melhores em seis indicadores (indicadores de Psiquiatras cadastrados no CNES de 2006 a 2015, indicadores de Psiquiatras vinculados ao SUS de 2006 a 2015 e indicadores de CAPS cadastrados no CNES de 2008 a 2016).

O terceiro município que mais apareceu entre os dez melhores indicadores foi o município de Giruá com uma população estimada em 2015 de 17.199 habitantes, onde aparece em cinco indicadores (indicadores de terapeutas ocupacionais cadastrados no CNES de 2006 a 2015, terapeutas ocupacionais vinculados ao SUS de 2006 a 2015, indicador de CAPS cadastrados no CNES de 2008 a 2016).

Os municípios que aparecem entre os dez melhores em quatro indicadores são: Alegria, Barão, Colinas, Nicolau Vergueiro, Nova Araçá, Poço das Antas, Santa Tereza e Tenente Portela.

Os municípios que aparecem na lista dos dez melhores em três indicadores são: Augusto Pestana, Barão de Cotegipe, Dona Francisca, Jaboticaba e Pelotas.

Os municípios que aparecem na lista dos dez melhores em dois indicadores são: Ajuricaba, André da Rocha, Arambaré, Araricá, Boa Vista do Sul, Camargo, Capão Bonito do Sul, Capivari do Sul, Cidreira, Cruzaltense, Dezesseis de Novembro, Dois Irmãos das Missões, Fortaleza dos Valos, Gentil, Glorinha, Harmonia, Itati, Ivorá, Petrópolis, Novo Xingu, Picada Café, Pinhal Grande, Porto Xavier, Rodeio Bonito, Sagrada Família, Santo Antônio da Palma, Santo Antônio das Missões, São José do Herval, São José do Hortêncio, São Sebastião do Caí, Torres, Três Cachoeiras, Vale Real Vila Nova do Sul e Xangri-lá.

E os municípios que aparecem somente uma vez na lista dos dez melhores indicadores são:

Alegrete, Caiçara, Campinas das Missões, Caxias do Sul, Crissiumal, Entre-Ijuis, Irai, Marcelino Ramos, Palmitinho, Pinheiro Machado, Pirapó, Porto Alegre, Ronda Alta, São Lourenço do Sul, São Luiz Gonzaga, São Sepé, São Valentim do Sul, Sertão, Três de Maio e Vera Cruz.

Palavras-chave: Indicadores; Saúde; CAPS; SUS; CNES; Municípios.

ABSTRACT

This job intends to analyze and to compare some indicators about the Resources, Services and Professional Work networks in Psychosocial Attention in the Health Field of Rio Grande do Sul during the 2006-2015 period, emphasizing them.

The indicator of Physical Resources will be important to describe if it has Centers for Psychosocial Attention (CAPS) in each Health Field in comparison to the number of population of the region. The Professional Work will be extremely important to analyze de tax of workers bounded to Brazilian's Unified Public Health System – Sistema Único de Saúde – (SUS) in order to Psychosocial Attention service.

The conclusion of this research shows that the municipality of Nova Palma, with estimated population of 6,589 inhabitants, in 2015, is the municipality that appear the most in the Top Ten list of best indicators, it having eight indicators (indicators of Occupational Therapists registered in the National Health Facilities Census – CNES during the 2006-2015 period, indicators of Occupational Therapists registered in SUS during the 2006-2015 period and indicators of CAPS registered in the CNES during the 2008-2016 period).

The municipality of Boa Vista do Cadeado, with estimated population of 2,524 inhabitants, in 2015, appears in the Top Ten list of best indicators, it having six indicators (indicators of Psychiatrists registered in CNES during the 2006-2015 period, indicator of Psychiatrists registered in the SUS during the 2006-2015 period and indicators of CAPS registered in the CNES during the 2008-2016 period).

The third municipality in the Top Ten indicator was Giruá, with estimated population of 17,199 inhabitants, in 2015, it having five indicators (indicators of Occupational Therapists registered in CNES during the 2006-2015 period, indicators of Occupational Therapists registered in SUS during the 2006-2015 period and indicators of CAPS registered in the CNES during the 2008-2016 period).

The municipalities that appear in the Top Ten with four indicators are: Alegria, Barão,

Colinas, Nicolau Vergueiro, Nova Araçá, Poço das Antas, Santa Tereza and Tenente Portela.

The municipalities that appear in the Top Ten with three indicators are: Augusto Pestana, Barão de Cotegipe, Dona Francisca, Jaboticaba and Pelotas.

The municipalities that appear in the Top Ten with two indicators are: Ajuricaba, André da Rocha, Arambaré, Araricá, Boa Vista do Sul, Camargo, Capão Bonito do Sul, Capivari do Sul, Cidreira, Cruzaltense, Dezesesseis de Novembro, Dois Irmãos das Missões, Fortaleza dos Valos, Gentil, Glorinha, Harmonia, Itati, Ivorá, Petrópolis, Novo Xingu, Picada Café, Pinhal Grande, Porto Xavier, Rodeio Bonito, Sagrada Família, Santo Antônio da Palma, Santo Antônio das Missões, São José do Herval, São José do Hortêncio, São Sebastião do Caí, Torres, Três Cachoeiras, Vale Real Vila Nova do Sul and Xangri-lá.

And, the municipalities that appear in the Top Ten with one indicators only are: Alegrete, Caiçara, Campinas das Missões, Caxias do Sul, Crissiumal, Entre-Ijuis, Irai, Marcelino Ramos, Palmitinho, Pinheiro Machado, Pirapó, Porto Alegre, Ronda Alta, São Lourenço do Sul, São Luiz Gonzaga, São Sepé, São Valentim do Sul, Sertão, Três de Maio and Vera Cruz.

Keywords: Indicators; Health; CAPS; SUS; CNES; Municipalities.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
SAÚDE MENTAL NO BRASIL	10
SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL	13
DADOS DEMOGRÁFICOS DO RS ENTRE 2006 E 2015.....	15
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS.....	16
PSICÓLOGO	23
MÉDICOS PSQUIATRAS	29
LEITOS PSQUIATRICOS	36
CAPS	40
REFERÊNCIAS	45

1 - INTRODUÇÃO

O trabalho em questão tem por objetivo em analisar e comparar indicadores das regiões de saúde do Rio Grande do Sul no período de 2006 e 2015 e chegar à conclusão do seguinte propósito: Os recursos do Sistema Único de Saúde para a Atenção Psicossocial do RS são suficientes para manter uma infraestrutura adequada visando em atender a demanda populacional das regiões de saúde do RS?

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desses CAPS e de tantos outros, faz parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores em saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

No artigo “Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013)” de Clarissa Dantas e Ana Oda, nos dizem que os serviços localizados em número restrito de municípios das regiões Sul e Sudeste do país, principalmente do Rio Grande do Sul e de São Paulo, os aportes de recursos financeiros e humanos não correspondam ao ritmo e às necessidades de expansão da rede (WHO-AIMS, 2007).

É fato também que as pesquisas sobre a política de saúde mental nos pais são escassas e de limitado alcance (WHO-AIMS, 2007). Por isso é de suma importância mais pesquisadora em analisar indicadores em busca de melhores serviços

2 – SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, o louco habitou o imaginário popular de diversas formas. De motivo de chacota e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes, o louco é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem.

Na Renascença, a segregação dos loucos se dava pelo seu banimento dos muros das cidades europeias e o seu confinamento era um confinamento errante: eram condenados a andar de cidade em cidade ou colocados em navios que, na inquietude do mar, vagavam sem destino, chegando, ocasionalmente, a algum porto.

No entanto, desde a Idade Média, os loucos são confinados em grandes asilos e hospitais destinados a toda sorte de indesejáveis – inválidos portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Nessas instituições, os mais violentos eram acorrentados; a alguns era permitido sair para mendigar.

No século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa.

O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deve ser exercida com firmeza, porém com gentileza. Isso denota o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passa a ser revestida.

No entanto, com o passar do tempo, o tratamento moral de Pinel vai se modificando e esvazia-se das ideias originais do método. Permanecem as ideias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, porém como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. No século XIX, o tratamento ao doente mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias.

Aos poucos, com o avanço das teorias organicistas, o que era considerado como doença moral passa a ser compreendida também como uma doença orgânica. No entanto, as técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permanece e adentra o século XX.

A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas.

Esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil. Nesse sentido é que se inicia o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais.

Aliado a essa luta, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

No Brasil, tal movimento inicia-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época.

Importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Dessa lei origina-se a Política de Saúde Mental a qual, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

2 – SAÚDE MENTAL NO RIO GRANDE DO SUL

A Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas têm por objetivo garantir o cuidado integral aos usuários nos territórios de vida, com base nos princípios do SUS, incluindo a Redução de Danos como diretriz de trabalho. Tem como função formular, financiar, apoiar, executar, monitorar e avaliar ações que promovam a expansão, a consolidação e a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios e regiões que efetivem a desinstitucionalização das pessoas com história de longa permanência em hospitais psiquiátricos.

O trabalho é desenvolvido de modo transversal com a inserção da saúde mental em todas as Políticas de Atenção à Saúde. Nesse sentido, são prioridades dessa política fortalecer a Atenção Básica, estruturar a atenção em rede – como processo de trabalho capaz de interligar todos os níveis do sistema para garantir a qualidade do acesso e a continuidade do cuidado – e desenvolver ações de Educação Permanente para trabalhadores, gestores, familiares e usuários, favorecendo a troca de experiências entre os diversos atores do cuidado.

Principais ações desenvolvidas:

- Assessoramento aos municípios para a implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental, através do apoio institucional georreferenciado nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS);
- Educação Permanente para os profissionais da rede de saúde e intersetorial nas diferentes regiões do estado;
- Financiamento e acompanhamento para implantação de ações e serviços nos três níveis da atenção:
- Atenção Básica - 278 Oficinas Terapêuticas; 40 Composições de Redução de Danos para municípios com mais de 16 mil habitantes e 93 Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) em municípios com menos de 16 mil habitantes (SES/DAS, 2014).
- Atenção Secundária - 178 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 38 Serviços Residenciais Terapêuticos (SES/DAS, 2014).
- Atenção Terciária – 1.295 leitos nos Serviços Hospitalares para Atenção Integral em Saúde Mental (SES/DAS, 2014).

- Monitoramento e avaliação dos serviços de saúde mental habilitados;
- Desinstitucionalização das pessoas com história de longa permanência em hospitais psiquiátricos, com destaque para o Projeto São Pedro em Movimento (desinstitucionalização dos moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro-HPSP);
- Ações de fomento à mobilização social na luta pela consolidação da Reforma Psiquiátrica e pela mudança nos modelos de atenção em saúde mental, álcool e outras drogas e pela garantia dos direitos humanos e ruptura com todas as formas de estigmatização e discriminação

3 – DADOS DEMOGRÁFICOS DO RS ENTRE 2006 E 2015

O Rio Grande do Sul no ano de 2006 tinha uma população de 10777427 habitantes, sendo que **5.265.425 homens e 5.512.002 mulheres**, sendo que a maioria da população é na faixa etária de 20 a 24 anos. Composto por 496 municípios e divididos por oito regiões de saúde.

O Rio Grande do Sul no ano de 2015 já possuía uma população de 11247972 habitantes, sendo que **5.474.482 homens e 5.773.490 mulheres**, sendo que a maioria da população é na faixa etária de 30 a 34 anos. Composto por 497 municípios e divididos por oito regiões de saúde.

4 - TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

O terapeuta ocupacional estuda e emprega atividades de trabalho e lazer no tratamento de distúrbios físicos ou mentais e de desajustes emocionais e sociais. O profissional utiliza tecnologias e atividades diversas para promover a autonomia de indivíduos com dificuldade de integrar-se à vida social em razão de problemas físicos, mentais ou emocionais. Ele elabora planos de reabilitação e adaptação, buscando desenvolver no paciente autoconfiança. Também cria e faz a avaliação de atividades físicas, podendo prestar atendimento individual ou em grupo. Seus principais campos de trabalho incluem clínicas, casas de repouso, hospitais, instituições geriátricas, psiquiátricas e penais, centros de reabilitação, creches e empresas. Além disso, o profissional está habilitado a prestar atendimento aos pacientes em domicílio.

No Rio Grande do Sul, em 2006 havia um total de 224 profissionais cadastrados, os municípios com maior taxa de oferta populacional eram: por 1000 habitantes.

Nova Palma – 0,31

Alegria – 0,21

Giruá – 0,17

Glorinha – 0,15

Ajuricaba – 0,13

Nova Petrópolis – 0,11

Três Cachoeiras – 0,10

Xangri-lá e Cidreira – 0,09

Pelotas e Santo Antônio das Missões – 0,08

Dos 30 melhores municípios, os dez piores que estão na cor vermelha no mapa são:

Teutônia, Triunfo, Guaporé, Três de maio, São José do Norte, Santa Cruz do Sul, Santa Rosa, Esteio, Capão do Leão, Quaraí e Veranópolis – 0,04.

Em 2015 houve uma mudança significativa nas dez melhores posições, sendo que o número de profissionais dobrou, atingindo um número de 443 profissionais. Os municípios com melhores indicadores foram:

Ivorá – 1,40

Alegria – 0,48

Nova Palma – 0,46

Sagrada Família – 0,37

Dona Francisca – 0,30

Vila Nova do Sul e Santa Barbara do Sul – 0,23

Tenente Portela – 0,21

Torres – 0,19

Giruá, Jaguari, Rodeio Bonito e Barão – 0,17.

Os dez piores municípios na cor vermelha do mapa são:

Estrela – 0,12

Três Coroas, Osório, Jaguarão, Camaquã, São Vicente do Sul, Casca e Santa Rosa – 0,11.

Candelária e Frederico Westphalen – 0,10

Podemos perceber que em dez anos, Ivorá teve um grande crescimento e Alegria dobrou a taxa de oferta, mas caiu uma posição, o município de Nova Palma, aumentou a taxa de oferta, mas caiu para terceira posição. De acordo com o mapa abaixo podemos perceber essas diferenças comparando os últimos dez anos. Os municípios de cor verde perceberam os melhores indicadores, na cor amarelo são municípios que precisam de uma pequena melhora e na cor vermelha são municípios que precisam melhorar muito, já na cor cinza se apresentam os municípios que não tem nenhum Terapeuta Ocupacional cadastrado. Na cor vermelha dos mapas, apenas o município de Santa Rosa se manteve entre os dez piores, mesmo com um aumento de 0,04 para 0,11.

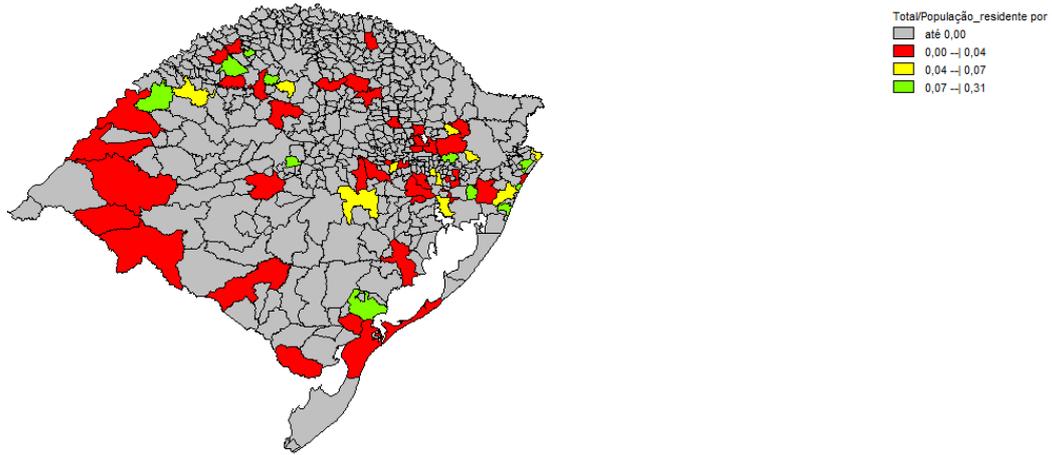


Figura 1 - Taxa de oferta populacional de terapeutas ocup. 2006.

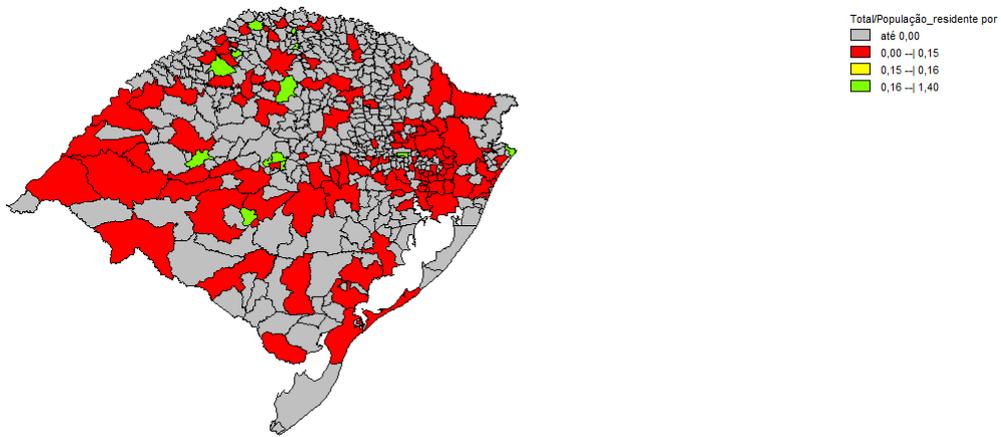


Figura 2 - Taxa de oferta populacional de terapeutas ocup. 2015.

Em 2006 dos 224 profissionais cadastrados, 208 tinham vínculo com o Sistema Único de Saúde (92,86%). Os municípios com maiores taxas de profissionais com vínculo com SUS eram: (por 1000 habitantes)

Nova Palma – 0,31

Alegria – 0,21

Giruí – 0,17

Glorinha – 0,15

Ajuricaba – 0,13

Nova Petrópolis – 0,11

Três Cachoeiras – 0,10

Xangri-lá e Cidreira – 0,09

Pelotas e Santo Antônio das Missões – 0,08

Dos municípios na cor vermelha do mapa, os dez piores indicadores são dos municípios:

São Vicente do Sul, Erval Seco e Osório, – 0,12.

Santa Barbara do Sul e Casca – 0,11

Jaguarão, Frederico Westphalen, Candelária, Três Cachoeiras e Santa Rosa – 0,10.

Mas em 2015, dos 443 profissionais cadastrados 409 tinham vínculo com o SUS. (92,32%), uma pequena queda. Os municípios com melhor desempenho foram:

Ivorá – 1,40

Alegria – 0,48

Nova Palma – 0,46

Sagrada Família – 0,37

Vila Nova do Sul – 0,23

Tenente Portela – 0,21

Torres – 0,19

Giruá, Jaguari, Rodeio Bonito e Barão – 0,17.

Os municípios de piores indicadores na cor vermelha dos mapas são:

Estrela – 0,12

Três Coroas, Osório, Jaguarão, Camaquã, São Vicente do Sul, Casca e Santa Rosa – 0,11.

Candelária e Frederico Westphalen – 0,10

Como podemos ver em dez anos o município de Alegria dobrou a taxa de oferta no SUS, mas mesmo assim permaneceu segundo lugar, já Ivorá que não aparecia entre os dez melhores em 2006, assumiu o primeiro lugar no decorrer de dez anos, atingindo 1,40 por 1000 habitantes. Nos mapas abaixo podemos perceber também que nas cores cinzas, não há nenhum profissional Terapeuta Ocupacional cadastrados no Sistema Único de Saúde.

Dos municípios com piores indicadores sete permaneceram nos dez piores indicadores (Osório, Jaguarão, São Vicente, Casca, Santa Rosa, Candelária e Frederico Westphalen).

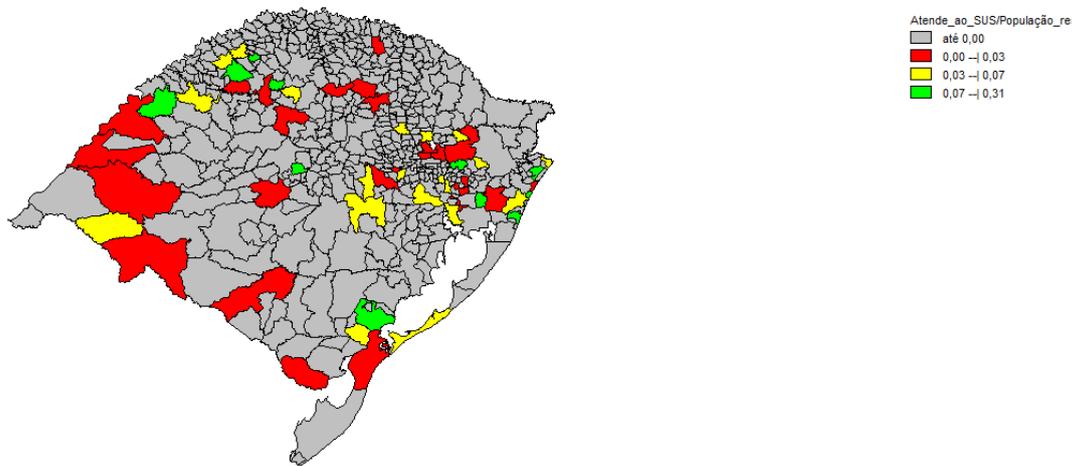


Figura 3 - Taxa de oferta populacional de terapeuta ocup.com SUS 2006

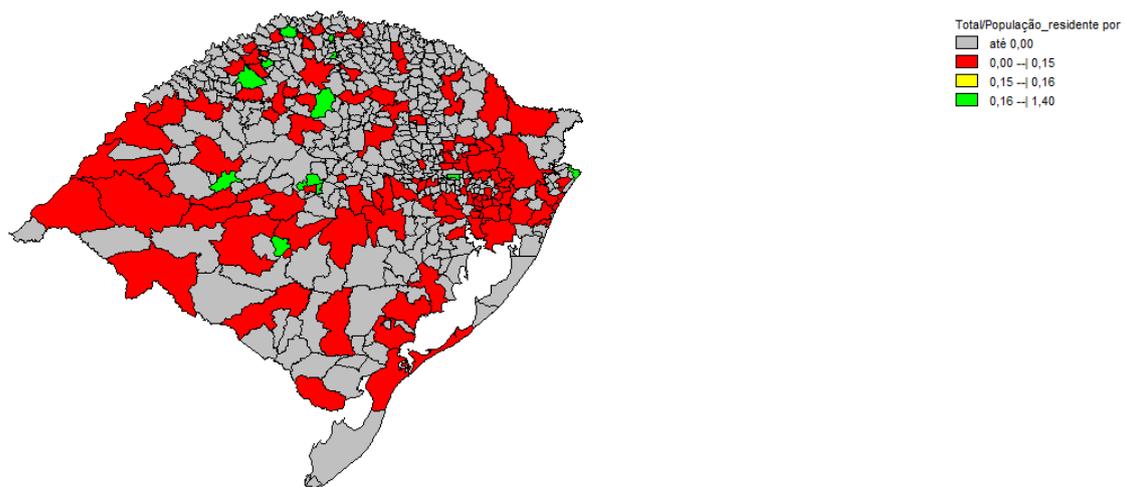


Figura 4 - Taxa de oferta populacional de terapeuta ocup.com SUS 2015

No indicador de proporção de ocupações profissionais de terapeutas ocupacionais com vínculo SUS no ano de 2006, de 37 municípios que tinham pelo menos um terapeuta ocupacional cadastrado, 29 municípios tinham 100% dos profissionais cadastrados no SUS (78,38%).

Em 2015 já tínhamos 120 municípios com pelo menos um terapeuta ocupacional cadastrado, mas em 100 municípios todos eram vinculados ao SUS (83,33%).

Em quatro municípios não temos nenhum terapeuta ocupacional vinculado ao SUS que são: Feliz, Flores da Cunha, Santo Antônio das Missões e Estância Velha.

Nos mapas abaixo as partes de cor branca e cinza, são municípios que não tem ocupações profissionais de terapeutas ocupacionais cadastrados.

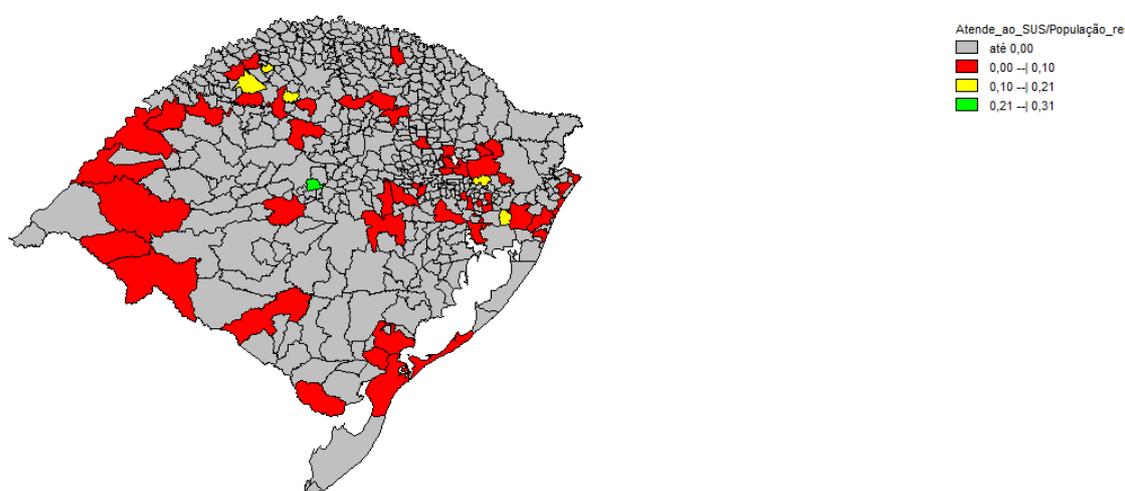


Figura 5 - Proporção de ocupações profissionais de terapeutas ocupacionais com vínculo SUS – 2006

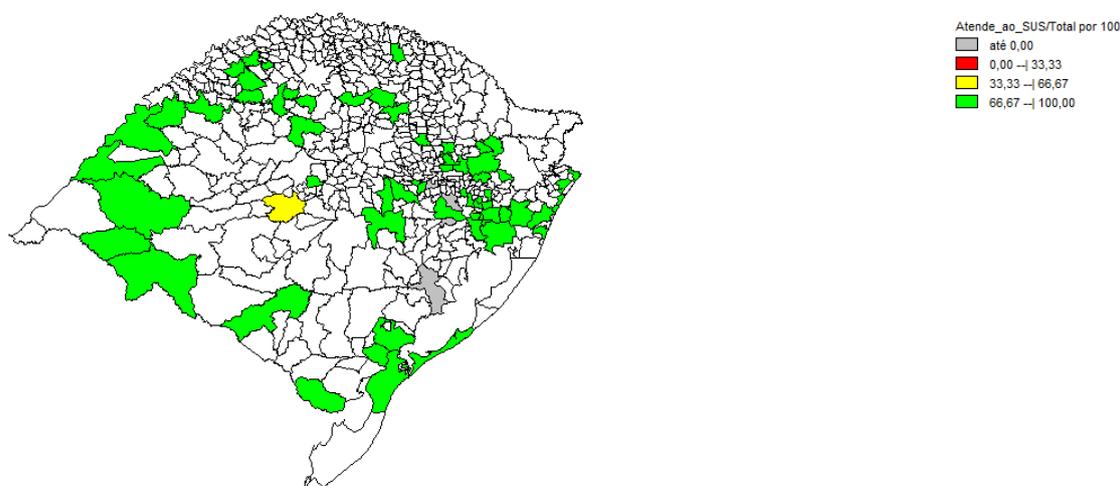


Figura 6 - Proporção de ocupações profissionais de terapeutas ocupacionais com vínculo SUS – 2015

5 - PSICÓLOGO

O psicólogo é um profissional habilitado a tratar, por meio de técnicas que chamamos de psicoterápicas, as inúmeras formas de adoecimento mental que podem acometer um ser humano ao longo de sua vida. No geral estas técnicas utilizam prioritariamente a fala, mas podem utilizar também outros recursos como desenhos e técnicas corporais.

Como funciona seu trabalho?

1. Encontros semanais com seu paciente com duração fixa (50 minutos) ou variável a depender da abordagem teórica
2. Uso de conversas em um clima de acolhimento, respeito e intimidade emocional com o paciente.
3. Tem como objetivo não a redução do sintoma, mas o entendimento das causas que levaram ao adoecimento mental.
4. Busca uma melhora global da qualidade de vida do paciente (melhor conhecimento de si mesmo, melhora nas relações interpessoais, maior satisfação na vida, no trabalho e nas relações amorosas, etc.).
5. Busca do fortalecimento das defesas egóicas naturais do paciente de modo a torná-lo mais apto a lidar com as adversidades naturais da vida
6. O tratamento possui uma duração prolongada no tempo, pois visa não a redução imediata dos sintomas, mas a melhora global da qualidade de vida do paciente.

No Rio Grande do Sul no ano de 2006 havia um total de 1.410 Profissionais de Psicologia cadastrados, já em 2015 já tínhamos 3772 Psicólogos cadastrados, um aumento de 267% em 10 anos.

Em 2006 os municípios com melhores indicadores de taxa de oferta de Psicólogos por 1000 habitantes eram:

Gentil: 1,15

Santa Tereza: 1,13

Nicolau Vergueiro: 1,12

Boa Vista do Sul: 1,05

Poço das Antas: 0,99

Santo Antonio da Palma: 0,90

Cruzaltense: 0,86

André da Rocha: 0,83

Camargo: 0,76

Dezesseis de Novembro: 0,64

Em 2015 os municípios com melhores indicadores por 1000 habitantes eram:

Três de Maio e Nicolau Vergueiro: 1,14

Capão Bonito do Sul: 1,13

Santa Tereza e Novo Xingu: 1,12

Nova Boa Vista: 1,02

Poço das Antas: 0,95

Monte Alegre dos Campos: 0,93

Dois Irmãos das Missões e São José do Herval: 0,92

Analisando podemos ver que o município de Nicolau Vergueiro no decorrer de dez anos, teve um aumento de 0,02 subindo de terceiro para primeiro lugar. Santa Tereza permaneceu com 1,12, O município de Poço das Antas teve uma queda de 0,04. O Município de Gentil em dez anos perdeu todos os Psicólogos, em 2006 havia dois profissionais cadastrados e em 2015 não havia nenhum cadastrado. O município no mapa na cor cinza não tem Psicólogos cadastrados.

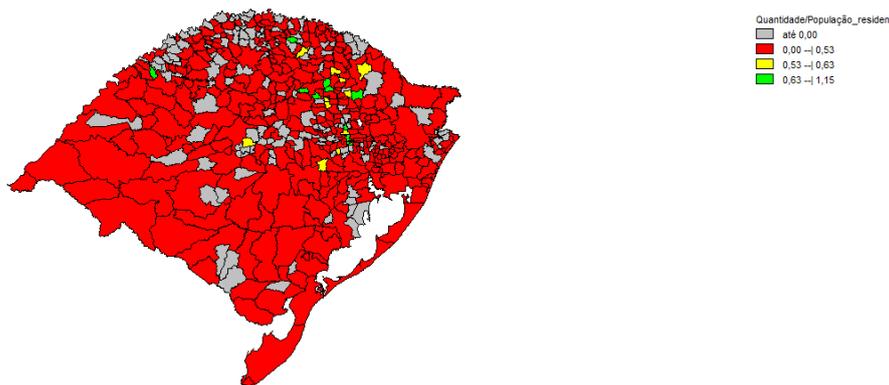


Figura 7 - Taxa de Oferta de Psicólogos 2006

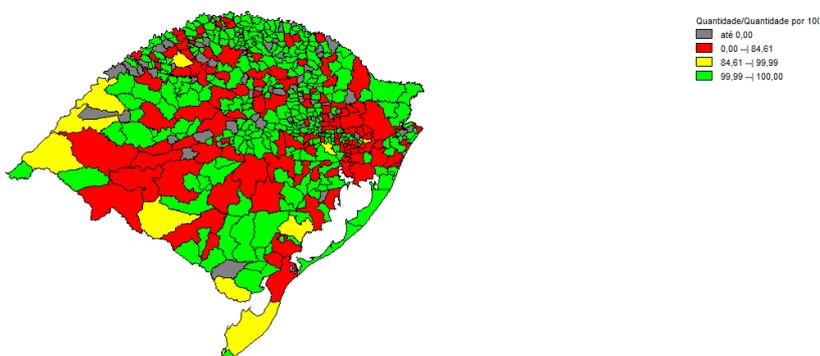


Figura 8 - Taxa de Oferta de Psicólogos 2015

Com relação à Taxa de oferta populacional de Psicólogos com vínculo SUS, em 2006 os melhores indicadores eram dos municípios:

Gentil – 1,15

Santa Tereza – 1,13

Nicolau Vergueiro – 1,12

Boa Vista do Sul – 1,05

Poço das Antas – 0,99

Santo Antônio da Palma – 0,90

Cruzaltense – 0,86

André da Rocha – 0,83

Camargo – 0,76

Dezesseis de Novembro – 0,64

No Ano de 2015 tivemos um leve crescimento na taxa de oferta populacional de Psicólogos com vínculo SUS, havendo mudanças no quadro dos dez melhores municípios, ficando assim:

Nicolau Vergueiro – 1,14

Capão Bonito do Sul – 1,13

Santa Tereza e Novo Xingu – 1,12

Nova Boa Vista – 1,02

Poço das Antas – 0,95

Monte Alegre dos Campos – 0,93

Dois Irmãos das Missões e São José do Herval – 0,92

São Valentim do Sul – 0,89

Podemos Analisar que o município de Nicolau Vergueiro, teve um leve crescimento de 0,02 pulando para o primeiro lugar. O Município de Gentil que liderava com 1,15 em dez anos perdeu os psicólogos que tinham convenio com o SUS. O município de Santa Tereza perdeu 0,01 da taxa, caindo de segundo para terceiro lugar. O município de Poço das Antas perdeu 0,04 da taxa em dez anos, caindo de quinto para sexto lugar. Os municípios no mapa na cor cinza não possuem psicólogos cadastrados no Sistema Único de Saúde.

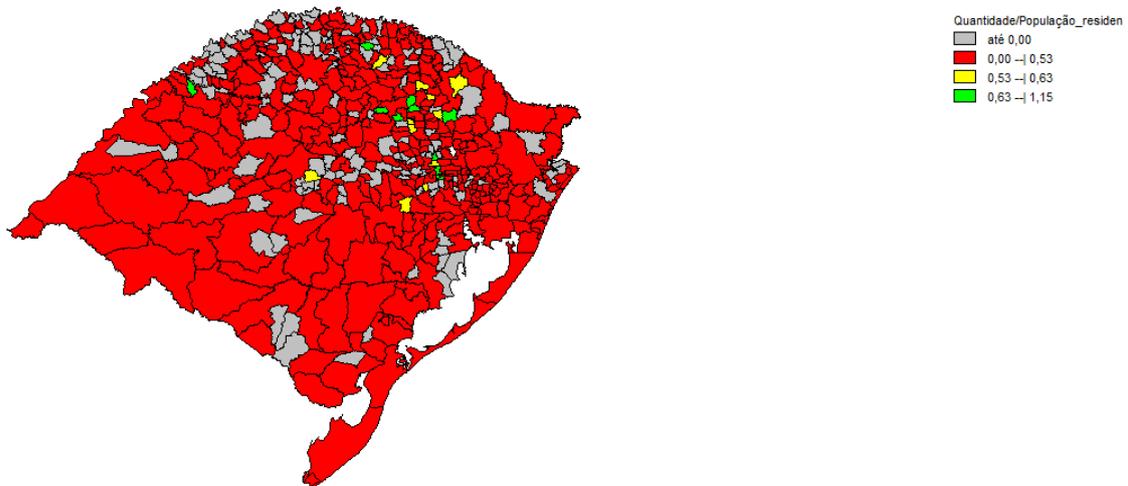


Figura 9 - Taxa de Oferta Populacional de Psicólogos com Vínculo SUS 2006

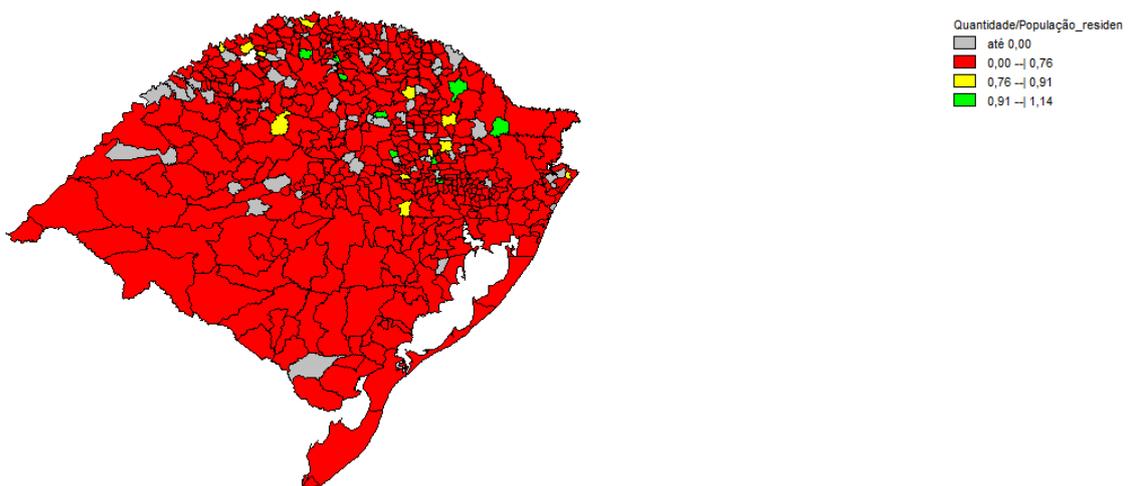


Figura 10 - Taxa de Oferta Populacional de Psicólogos com Vínculo SUS 2015

No indicador de proporção de ocupação de profissionais de Psicólogos com vínculo no SUS, temos 331 (77,70%) municípios com 100% dos profissionais com ocupação de Psicólogos vinculados aos SUS. No decorrer de dez anos esse panorama teve uma piora, pois temos agora no ano de 2015, um número de 309 municípios com 100% dos profissionais com ocupação de Psicólogos vinculados aos SUS (62,17%). Os municípios na cor cinza não possuem Psicólogos cadastrados.

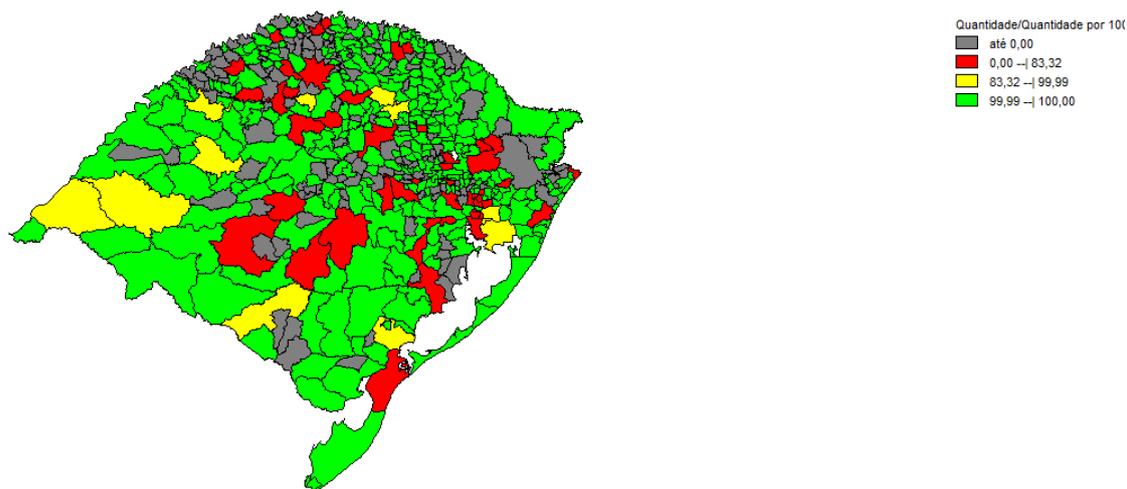


Figura 11 - Proporção de ocupações profissionais de psicólogos com vínculo SUS 2006

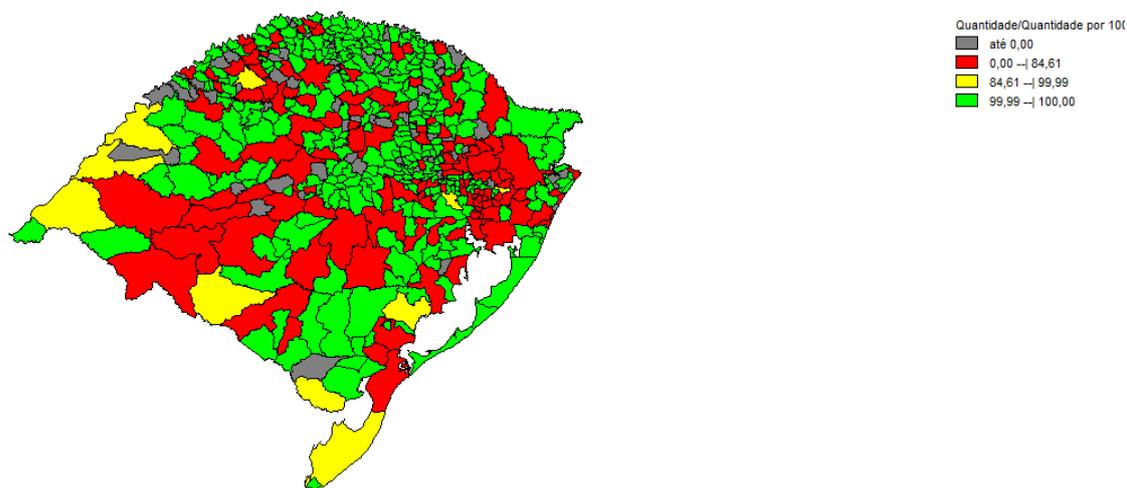


Figura 12 - Proporção de ocupações profissionais de psicólogos com vínculo SUS 2015

6 - MÉDICOS PSIQUIATRAS

O que faz o psiquiatra?

O psiquiatra é um médico de formação que se especializou na identificação, diagnóstico e tratamento medicamentoso das desordens mentais. É um profissional fundamental no tratamento de desordens mental severo tais como, esquizofrenia, autismo, transtornos de humor, etc.

Como funciona o seu trabalho?

1. Encontros periódicos (mensais) com o paciente para ajuste da medicação e acompanhamento do quadro
2. Uso de medicação para tratamento dos sintomas que porventura estejam impedindo o paciente de ter uma vida global satisfatória
3. Tem como objetivo a redução dos sintomas e a melhora, a curto e médio prazo, da qualidade de vida do paciente.
4. O tratamento possui uma duração mais curta no tempo (quando comparado à psicoterapia), já que tem como foco a redução dos sintomas que, uma vez estabilizados, tornam desnecessário o seguimento com o médico.

Em 2006 no Rio Grande do Sul, havia 543 médicos psiquiatras, os municípios com melhores indicadores eram:

Boa Vista do Cadeado – 0,80

Colinas – 0,40

Maratá – 0,39

Barão de Cotegipe – 0,30

Nova Araçá – 0,26

Harmonia – 0,24

Pinhal Grande e Araricá – 0,21

Vale Real – 0,20

Picada Café – 0,19

Dos trinta melhores municípios, os que estão precisando melhorar os indicadores são:

Santa Maria – 0,11

Balneário Pinhal, Caxias do Sul e Três Cachoeiras – 0,10.

Palmares do Sul, São Sebastião do Caí, Cidreira, Passo Fundo e Planalto – 0,09.

Barra do Ribeiro e Feliz – 0,08

Em 2015 houve mudanças significativas, pois houve um aumento de médicos psiquiatras de 543 para 715. Os melhores municípios em 2015 eram:

Colinas e Boa Vista do Cadeado – 0,40

Itati – 0,38

Barão – 0,33

Dona Francisca – 0,30

Arambaré – 0,27

Jaboticaba – 0,24

Capivari do Sul e Nova Araçá – 0,23

São José do Hortêncio e Fortaleza dos Valos – 0,22

Dos 30 melhores municípios, os dez piores são:

Caraá, Pelotas e Bento Gonçalves – 0,13.

Arroio do Sal e Passo Fundo – 0,11

Nova Petrópolis, Esteio, Dois Irmãos, Constantina e Candelária – 0,10.

Os municípios que constam no mapa na cor cinza, não possuem Médicos Psiquiatras cadastrados.

Analisando os dez melhores municípios nos dez anos, temos uma queda do município de Boa Vista do Cadeado, caindo de 0,80 para 0,40 e mesmo assim permanecendo em primeiro lugar junto com o município de Colinas que permaneceu com os mesmos 0,40. O município de Nova Araçá também teve uma pequena queda de 0,26 para 0,23, mas permanecendo entre os dez melhores.

Entre os municípios com piores indicadores, somente o município de Passo Fundo se manteve entre os dez piores, mesmo com um pequeno aumento passando de 0,09 para 0,11.

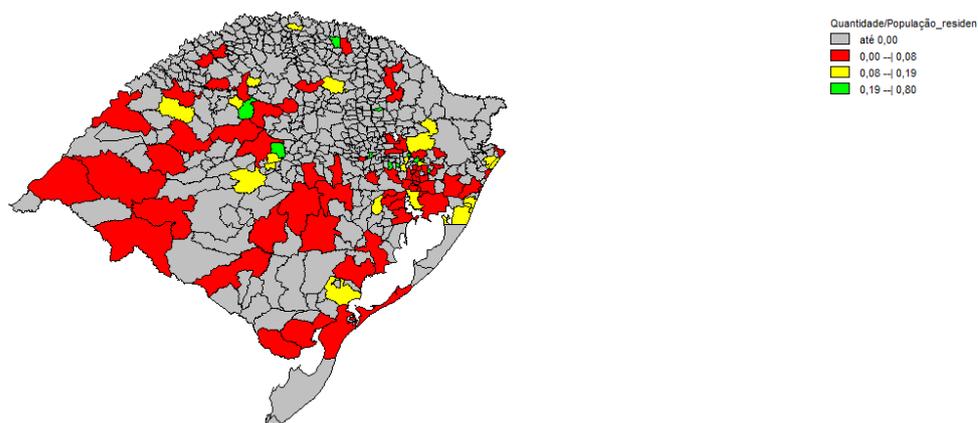


Figura 13 - Taxa de Oferta Populacional de Médicos Psiquiatras – 2006

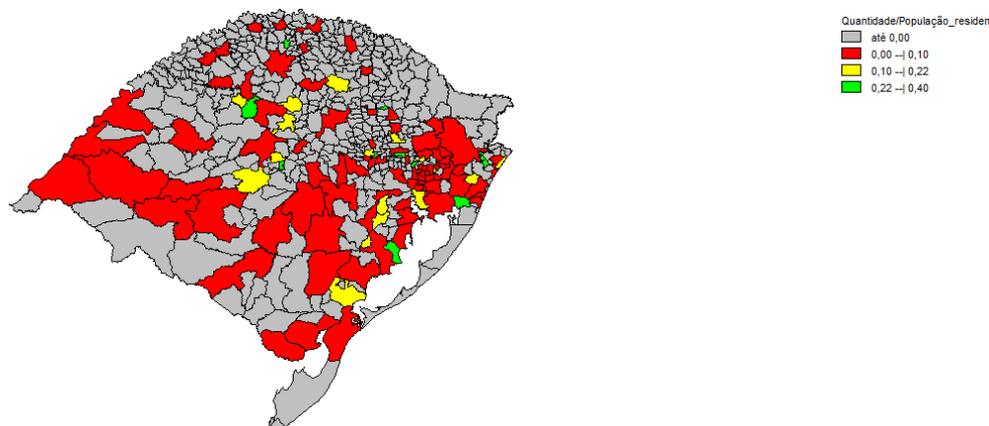


Figura 14 - Taxa de Oferta Populacional de Médicos Psiquiatras – 2015

Em relação a taxa de oferta populacional de médicos de psiquiatras com vínculo SUS, em 2006 haviam 439 médicos psiquiatras vinculados ao Sistema Único de Saúde, os municípios com melhores indicadores eram:

Boa Vista do Cadeado – 0,80

Colinas – 0,40

Maratá – 0,39

Barão do Cotegipe – 0,30

Nova Araçá – 0,26

Harmonia – 0,24

Pinhal Grande e Araricá – 0,21

Vale Real – 0,20

Picada Café – 0,19

Dos trinta melhores municípios, os dez piores indicadores eram dos municípios:

São Sebastião do Caí, Planalto, Palmares do Sul e Cidreira – 0,09.

Feliz, Barra do Ribeiro e Passo Fundo – 0,08.

Jaguarão, Bento Gonçalves e Candelária – 0,07.

Em dez anos temos um pequeno aumento de profissionais vinculados ao SUS, em 2015 havia 496 profissionais médicos psiquiatras cadastrados no Sistema Único de Saúde, os municípios com melhores indicadores eram:

Colinas e Boa Vista do Cadeado – 0,40

Itati – 0,38

Barão – 0,33

Dona Francisca – 0,30

Arambaré – 0,27

Jaboticaba – 0,24

Capivari do Sul e Nova Araçá – 0,23

São José do Hortêncio e Fortaleza dos Valos – 0,22

Dos trinta melhores municípios, os dez com indicadores mais baixos eram:

Arroio do Sal – 0,11

Dois Irmãos, Constantina e Candelária – 0,10.

São Francisco de Paula, Três Cachoeiras, Ivoti, Santa Maria, São Lourenço do Sul, Pelotas e São Jerônimo – 0,09.

Conforme o mapa abaixo, os municípios na cor cinza, não possuem nenhum médico psiquiatra vinculados ao Sistema Único de Saúde.

Analisando os melhores municípios comparando os dez anos, o município de Boa Vista do Cadeado, mesmo com uma queda drástica de 0,80 para 0,40, permaneceu em primeiro lugar, junto com o município de Colinas que permaneceu com os mesmos 0,40.

Comparando os dez piores municípios, somente o município de Candelária permaneceu entre os dez, mesmo com um pequeno aumento no indicador, saindo dos 0,07 para 0,10.

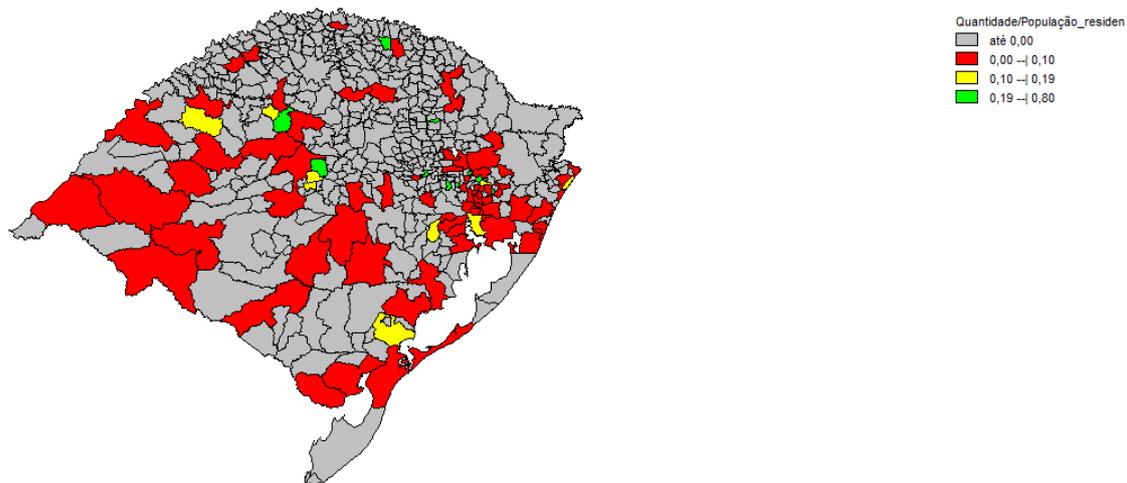


Figura 15 - Taxa de Oferta Populacional de Médicos Psiquiatras com vínculo SUS – 2006

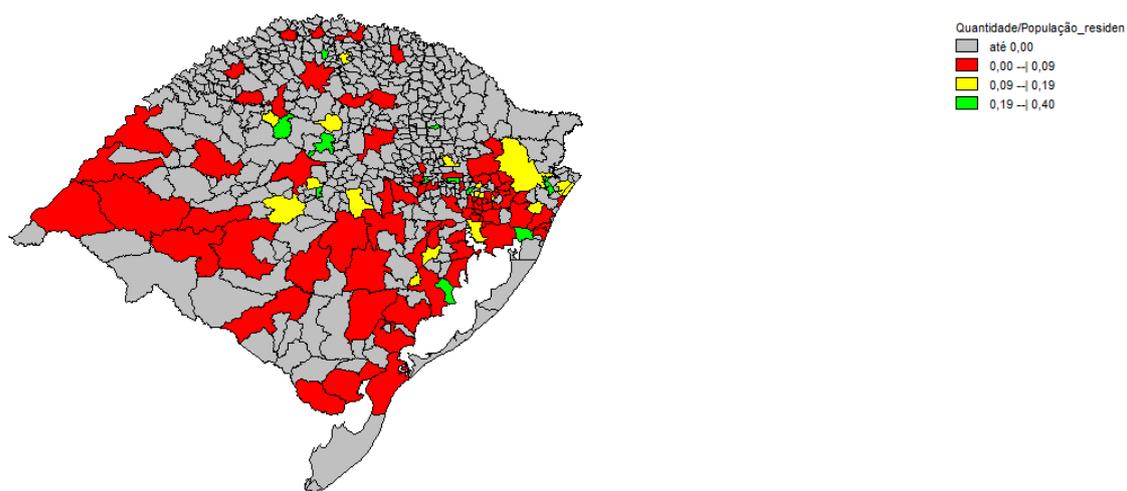


Figura 16 - Taxa de Oferta Populacional de Médicos Psiquiatras com vínculo SUS – 2015

A proporção de ocupação de profissionais de Médicos psiquiatras em 2006 total e vinculado ao SUS no RS era de 79,2%, 136 municípios atingiram a marca de 100,00% os demais ficaram com 0%.

Mas no ano de 2015, a proporção caiu no RS atingindo a marca de 70,6%, uma queda de quase 10% no total do Estado.

Mesmo que 138 municípios atingiram o 100%, uma das causas da queda, foram municípios que não tinha Psiquiátricos e em dez anos tiveram, mas não são cadastrados no SUS.

Nos mapas abaixo, os municípios na cor vermelha e branca, são os que possuem zero por cento.

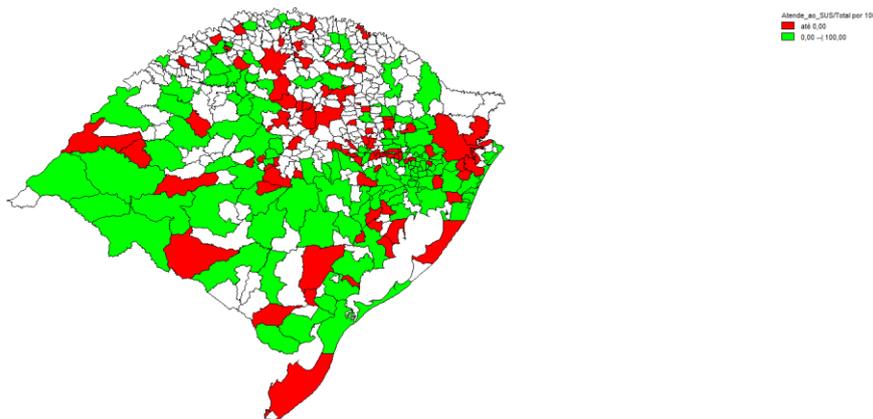


Figura 17 - Proporção de Ocupação de Médicos Psiquiatras – 2006

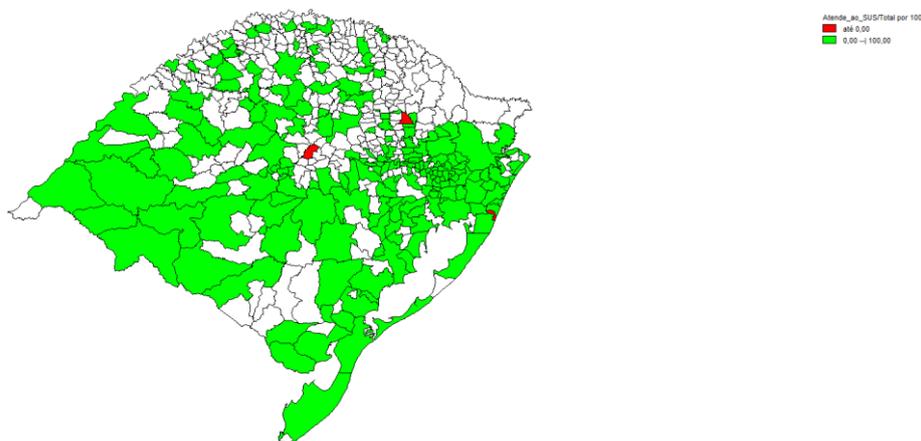


Figura 18 - Proporção de Ocupação de Médicos Psiquiatras – 2015

7 - LEITOS PSIQUIATRICOS

Em julho de 2006 no Rio Grande do Sul, havia 2.516 leitos Psiquiátricos para uma população estimada de 10.777.427 habitantes uma média de 0,23 leitos para cada 1.000 habitantes.os dez melhores municípios são:

Barão de Cotegipe: 2,09

Nova Palma: 2,01

São Sebastião do Cai: 1,38

Iraí: 1,04

Caxias do Sul: 0,82

Jacutinga e Porto Alegre: 0,79

Pirapó e Taquaraçu do Sul: 0,66

Pelotas: 0,63

Ao selecionarmos os 30 melhores municípios, os dez piores são:

Santa Bárbara do Sul e Fortaleza dos Valos: 0,42

Caibaté: 0,39

Guarani das Missões: 0,35

Porto Lucena, Rodeio Bonito, São Lourenço do Sul: 0,34

São Nicolau: 0,33

Três Passos: 0,32

Cerro Largo e Julio de Castilhos: 0,30

Até aqui podemos observar que os trinta melhores municípios,todos tem a média acima dos 0,23 do Estado do Rio Grande do Sul.

Em julho de 2015, havia 3.635 leitos psiquiátricos para uma população estimada de 11.247.923 habitantes, uma média de 0,32 leitos para cada 1.000 habitantes. Os dez melhores municípios foram:

Jaboticaba: 4,37

Caiçara: 3,91

Marcelino Ramos: 3,18

Palmitinho: 2,65

Ronda Alta: 2,44

Nova Palma: 2,43

Campina das Missões: 2,31

São Sebastião do Caí: 2,11

Augusto Pestana: 2,10

Sertão: 1,62

Ao selecionar os trinta melhores municípios, os dez com piores indicadores são:

Candelária e Espumoso: 0,95

Cambará do Sul: 0,90

Dois Lajeados: 0,88

Guarani das Missões: 0,86

Porto Xavier: 0,74

Condor e Cacequi: 0,73

São Francisco de Assis: 0,72

Porto Alegre: 0,70

No decorrer dos dez anos, observamos uma mudança significativa no aumento da média do Estado subindo de 0,23 para 0,32. O município de Jaboticaba em 2006 tinha apenas um leito psiquiátrico, com uma média de 0,23. Em dez anos o município de Jaboticaba passou a ter 18 leitos e com uma média de 4,37 passando a ser o melhor município.

O município de Nova Palma teve um aumento na média de 2,01 para 2,43. Mas mesmo assim teve uma queda de posição passando de segundo para sexto lugar.

O município de São Sebastião do Caí, teve um aumento de 1,38 para 2,11. Mas caindo do terceiro para o oitavo lugar da lista dos dez melhores indicadores.

Os municípios de Nova Palma, São Sebastião do Caí, Iraí e Porto Alegre permaneceram entre os trinta melhores no decorrer dos dez anos, mas Porto Alegre teve uma queda no indicador caindo de 0,79 para 0,70, isso fez que Porto Alegre passasse da lista dos dez melhores para a lista dos dez piores municípios dentro da lista dos trinta melhores municípios. Nos mapas abaixo de 2005 e 2016 observamos que os municípios na cor cinza, não possuem Leitos Psiquiátricos.

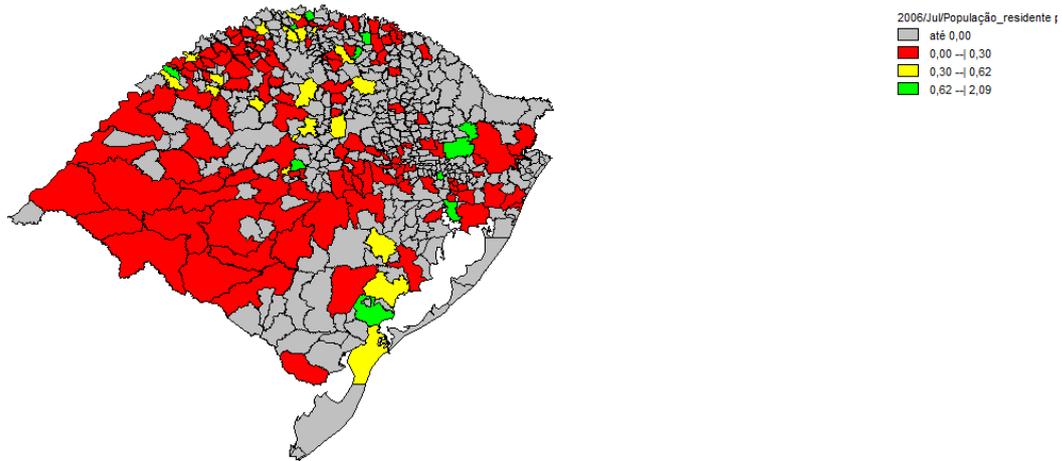


Figura 19 - Taxa de Oferta Populacional de Leitos Hospitalares da Especialidade de Psiquiatria - 2006

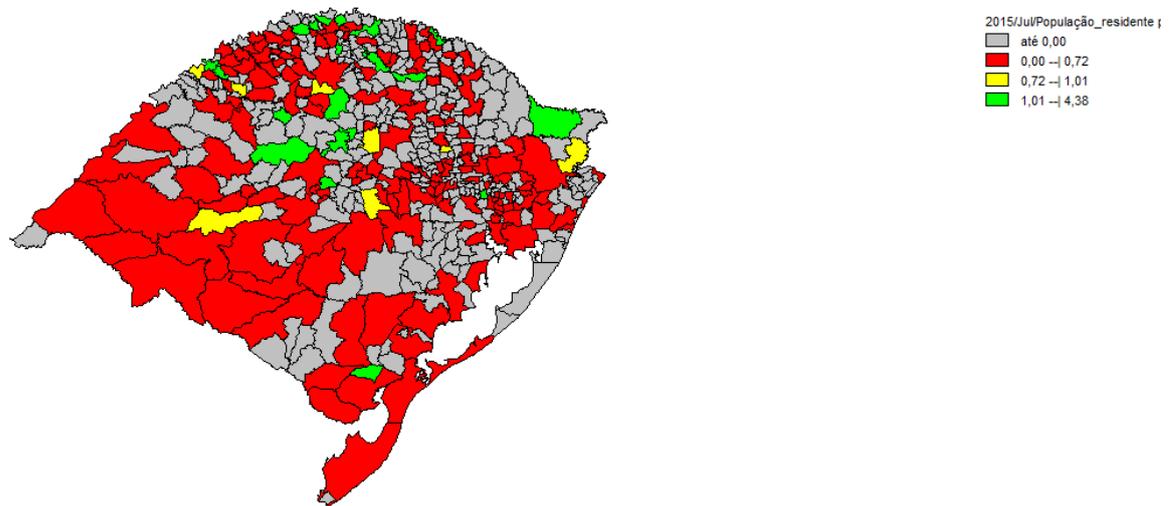


Figura 20 - Taxa de Oferta Populacional de Leitos Hospitalares da Especialidade de Psiquiatria - 2015

8 - Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

De acordo com o site Portal da Saúde, Os CAPS possuem caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, realizando atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack álcool ou outras drogas.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 sobre os Centros de Atenção Psicossocial e os organiza nas modalidades de:

- **CAPS I** - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;
- **CAPS II** - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.
- **CAPS III** - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
- **CAPS AD** - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

- **CAPS AD III** - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
- **CAPS i.** - atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

Os cadastros dos CAPS tiveram início a partir de 2008 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No Rio Grande do Sul haviam 122 CAPS cadastrados para uma população estimada de 10.855.214 habitantes, uma média 0,11 para cada 10.000 habitantes. Os dez melhores indicadores são dos municípios:

Boa Vista do Cadeado – 3,97

Jacutinga - 2,75

Nova Palma – 1,50

Augusto Pestana – 1,35

Porto Xavier – 0,90

Tenente Portela – 0,70

São Lourenço do Sul – 0,69

Alegrete – 0,63

Girúá – 0,58

São Luiz Gonzaga – 0,57

Ao selecionarmos os 30 melhores municípios, os dez piores indicadores são dos municípios:

Três Coroas, Capão do Leão e São Sepé – 0,41.

Triunfo e Encruzilhada do Sul – 0,40

São José do Norte – 0,39

Taquari – 0,38

Frederico Westphalen – 0,35

Garibaldi, Candelária e Estrela – 0,33.

Em 2016 já tínhamos 199 CAPS cadastrados no Rio Grande do Sul para uma população de 11.286.500 habitantes. Uma média de 0,18 estabelecimentos para cada 10.000 habitantes, os dez melhores indicadores foram dos municípios:

Boa Vista do Cadeado – 3,96

Nova Palma - 1,52

Augusto Pestana – 1,41

Entre-Ijuis – 1,11

Porto Xavier – 0,93

São Sepé – 0,82

Vera Cruz e Pinheiro Machado – 0,77.

Tenente Portela – 0,71

Crissiumal – 0,70

Ao selecionarmos os trinta melhores municípios, os dez com piores indicadores são dos municípios:

Nova Petrópolis e Nova Hartz – 0,49

Piratini e Rolante – 0,48.

Cruz Alta e Butiá – 0,47

São Francisco de Paula e Tapejara – 0,46

Encantado, Osório e Ivoti – 0,45.

Analisando o decorrer dos oito anos, observamos que o município de Boa Vista do Cadeado teve uma queda mínima de 3,97 para 3,96, mas se mantendo como o melhor município. O município de Nova Palma teve um crescimento de 1,50 para 1,52 passando do terceiro para o segundo lugar.

O município de Augusto Pestana obteve um grande crescimento passando de 1,35 para 1,41 passando do quarto para o terceiro melhor município. Porto Xavier teve um pequeno crescimento de 0,90 para 0,93 permanecendo em quinto lugar.

O Município de Tenente Portela teve um crescimento mínimo passando de 0,70 para 0,71, mesmo assim caiu do sexto para o nono lugar. O município de Jacutinga que em 2008 tinha o segundo melhor indicador, em oito anos perdeu o único CAPS cadastrado que havia no município.

O município de São Sepé dobrou seu crescimento, saindo da lista dos dez piores e passando a integrar a lista dos dez melhores municípios. Em 2008 o município tinha um indicador de 0,41, mas em 2016 passou para 0,82, saindo do vigésimo lugar para o sexto lugar.

Analisando os mapas abaixo, podemos observar que os municípios na cor cinza, não possuem CAPS até o ano de 2016.

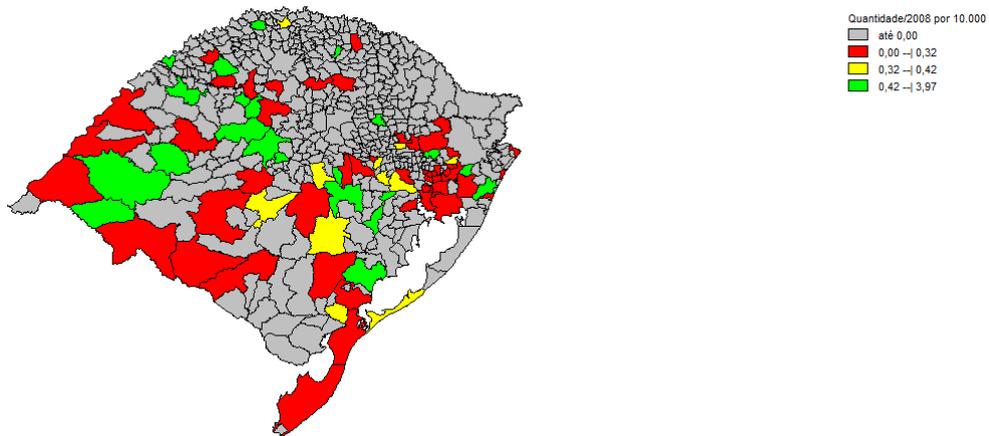


Figura 21 - Taxa de Oferta Populacional de Oferta de Estabelecimentos do tipo CAPS - 2008

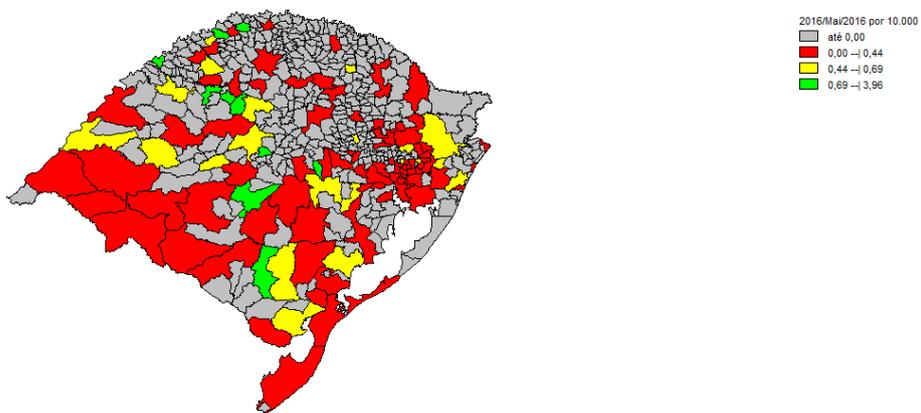


Figura 22 - Taxa de Oferta Populacional de Oferta de Estabelecimentos do tipo CAPS – 2016

REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

DANTAS, Clarissa de Rosalmeida and ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis* [online]. 2014, vol.24, n.4, pp.1127-1179. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400008>.

GONCALVES, Veralice Maria et al. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. 2010, vol.32, n.1, pp.16-18. ISSN 0101-8108. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082010000100003>.

SAÚDE MENTAL NO SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasil: Ministério da Saúde. 2004- citado em 2017 Jan 22. Disponível em: www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204> (Acessado em: 13/07/2017)

<http://www.ccms.saude.gov.br/VPC/reforma.html> (acessado em: 13/07/2017)

<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/saude-mental> (acessado em: 13/07/2017)

<http://guiadoestudante.abril.com.br/profissoes/terapia-ocupacional/> (acessado em: 13/07/2017)

<http://www.ribeiraopretopsicologia.com.br/quais-as-diferencas-entre-o-psicologo-e-o-psiquiatra/> (acessado em: 13/07/2017)

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12609-caps> (acessado em: 13/07/2017).