INDICADOR DE SAÚDE: NÍVEL DE COBERTURA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP

Health Indicator: coverage level of Psychosocial Attention Center at Ribeirão Preto, Brazil

BATALHÃO, André Cavalcante da Silva
Universidade Federal de Goiás

ESPÍRITO SANTO, Patrícia do Socorro Magalhães Franco do
Centro Universitário de Franca

TEIXEIRA, Denílson
Universidade Federal de Goiás

GODOI, Emiliano Lôbo de
Universidade Federal de Goiás

Resumo: O principal objetivo da pesquisa foi sistematizar o processo de avaliação do nível de atendimentos de um Centro de Atenção Psicossocial, utilizando como exemplo a cidade de Ribeirão Preto, Brasil. O estudo tem característica descritiva, a partir de dados secundários provenientes da Secretaria Municipal as Saúde de Ribeirão Preto e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Na investigação também se utilizou informações referenciadas, a partir de documentos e bibliografias especializadas. A cidade de Ribeirão Preto está em um nível de atendimento satisfatório, mesmo tendo apresentado queda em 2013 no valor do indicador Taxa de Cobertura CAPS/100.000 habitantes. Os indicadores de saúde podem auxiliar a tomada de decisão dos agentes governamentais, além de constituir um recurso facilitador para a percepção de demandas sociais em sua complexidade.

Palavras-chave: Saúde Mental; Serviços de Saúde; Transtornos Mentais; CAPS.

Abstract: The aim was to systematize the process of assessing the level of care Psychosocial Attention Center, using as an example the city of Ribeirão Preto, Brazil. A descriptive study in which data collection was used secondary data from the Secretary Municipal Health of Ribeirão Preto, and the National Registry of Health Research also consisted of using referenced information from documents and specialized bibliographies. The city of Ribeirão Preto is a satisfactory level of service, even having presented fall in 2013 in the value of the indicator coverage rate CAPS / 100.000. Health indicators can help the decision-making of government agents, in addition to being a facilitator resource for the perception of social demands in its complexity.

Descriptors: Mental Health; Health Services; Mental Desorders; PSAC.

INTRODUÇÃO

Após a Segunda Guerra Mundial, com o surgimento do Estado de Bem-estar Social e o movimento da Reforma Sanitária, se evidenciou uma maior preocupação com as políticas sociais. Com a Constituição Federal de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram asseguradas importantes mudanças na estrutura jurídico-institucional do sistema público de saúde, trazendo diretrizes e princípios como a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, com ênfase na descentralização administrativo-política, e a conseqüente transferência de serviços, responsabilidades e recursos da esfera federal para a estadual e municipal, além do incremento do controle social através de conselhos de saúde, contando com a participação partidária de esferas de governo, categorias profissionais, usuários e sociedade civil organizada (STOCKINGER, 2007).

O período inicial dos anos 1980 trouxe modificações significativas na organização do sistema de saúde do Estado de São Paulo, acontecendo contemporaneamente com o processo de reconstrução democrática vivenciado naquela época. Em 1982, houve uma reestruturação na assistência a saúde mental, que promoveu a descentralização do hospital psiquiátrico, o aumento no número de leitos na psiquiatria nos hospitais gerais, a criação de emergências psiquiátricas e a ampliação da rede extra-hospitalar, com a criação de ambulatórios e centros de saúde com equipes multiprofissionais. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi um exemplo fecundo do final desse período, em que este equipamento se destinou ao tratamento de pacientes com quadros mentais considerados graves. O CAPS sustentava práticas cotidianas múltiplas e diversificadas, produzindo uma nova cultura de relações no cuidado e na atitude terapêutica. Os serviços prestados pelos CAPS passaram a desenvolver estratégias para lidar não somente com o sofrimento psíquico do indivíduo, mas também com a relação dos sujeitos com a vida (GALLETTI, 2004; DURMAN *et al.*, 2005).

Os CAPS assumem esse papel estratégico na organização de uma rede comunitária de cuidados, com a função de direcionar localmente as políticas e os programas de saúde mental. A partir disso, desenvolvem projetos terapêuticos e comunitários, encaminhando e acompanhando os usuários que moram em residências terapêuticas, dando suporte para o trabalho dos

Agentes Comunitários de Saúde e das Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, nomeado *Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira*, popularmente conhecido como CAPS da Rua Itapeva. O surgimento deste e de outros CAPS, integrou um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a difícil circunstancia dos hospitais psiquiátricos brasileiros, que naquele momento ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2014).

O cuidado com a saúde mental é um elemento essencial na prática da saúde pública geral. Para que os indivíduos e as famílias que necessitam dos serviços de saúde mental acessem os provedores desse atendimento é necessário constante monitoramento de atendimentos, para quantificar a população que necessita dos serviços, e auxiliar o sistema público de saúde na alocação de recursos destinados a área. O aumento das taxas de transtornos mentais se traduz em uma maior demanda de cuidados de saúde mental nos municípios, tanto em tratamentos que podem ser vitalícios, quanto às situações emergenciais. O progresso global na saúde mental acontecerá a partir de esforços estratégicos para impulsionar uma reforma, que gerará benefícios diretos a sociedade (PRABHAKAR *et al.*, 2009).

Atualmente o Ministério da Saúde vê a Reforma Psiquiátrica como 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

As diferentes necessidades da sociedade de atenção em saúde mental foram direcionando a criação e adaptação de novas modalidades de atendimento em CAPS, ofertando diversos tipos de serviços que inicialmente não eram oferecidos para os usuários. Os CAPS foram divididos em seis tipos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2014):

- CAPS I: Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 20.000 até 70.000 habitantes. Oferece atendimento diário de 2ª a 6ª feira em pelo menos um período/dia;

- CAPS II: Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 70.000 a 200.000 habitantes. Oferece atendimento diário de 2ª a 6ª feira em dois períodos/dia;
- CAPS III: Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Oferece atendimento em período integral/24h.
- CAPS i: Serviço especializado para crianças, adolescente e jovem (até 25 anos) em municípios com população acima de 200.000 habitantes.
- CAPS ad – Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios de 70 mil a 200.000 habitantes.
- CAPS ad III – Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios com população acima de 200.000 habitantes, por período integral/24h.

O presente estudo teve por objetivo principal avaliar o nível de qualidade do indicador Taxa de Cobertura CAPS por 100.000 habitantes, utilizando como exemplo o município de Ribeirão Preto (SP), e posteriormente, descrever brevemente a partir de uma simples análise comparativa, o número destes equipamentos no município paulista e nas capitais brasileiras.

MÉTODOS

Os dados secundários utilizados na pesquisa são provenientes da Secretaria Municipal as Saúde de Ribeirão Preto e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Na investigação também se utilizou informações referenciadas, a partir de documentos e bibliografias especializadas. As seguintes etapas de análise foram utilizadas na interpretação dos dados: observação do comportamento da linha de quantidade de equipamentos CAPS; nível de atendimento no município de Ribeirão Preto; modalidade de atendimento (tipologia do equipamento); comparações com o número de CAPS das capitais brasileiros com a cidade de Ribeirão Preto.

A partir da observação do comportamento da linha do tempo, da quantidade de equipamentos CAPS, culminamos em uma análise estritamente quantitativa, o que significa que o nível de atendimento municipal revelará um valor métrico estrutural, a partir de cada modalidade de atendimento. Mesmo o

município de Ribeirão Preto sendo uma "cabeça" de região administrativa do Estado de São Paulo, atinge valores maiores do que algumas capitais do Brasil, o que possibilita, observando os valores quantitativos, uma análise comparativa simples entre essas cidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Brasil apresentou evolução no número de CAPS no período de 1980 a 2014. As informações na Figura 1 demonstram o aumento de forma geral no país, não considerando os estabelecimentos não-ativos.

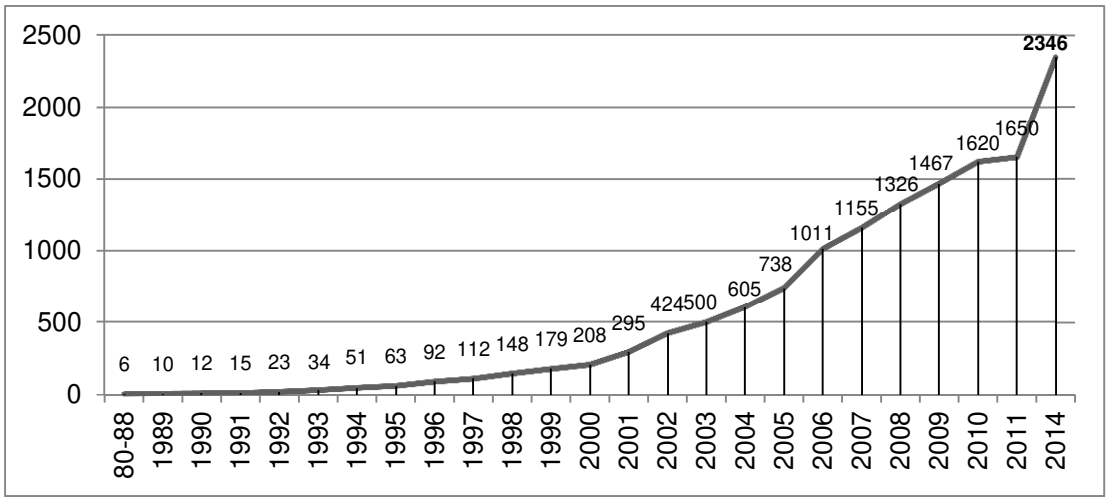

Figura 1. Número de CAPS criados no território brasileiro de 1980 a janeiro de 2014.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Do período inicial (1980-1988) até janeiro de 2014, houve um aumento percentual de mais de 39.000% no número destes equipamentos no Brasil. O crescimento no número de estabelecimentos reflete maior atenção em políticas públicas de saúde mental, mas também o aumento da demanda no decorrer do tempo. Apesar disso, o CAPS é um equipamento desigualmente distribuído nas unidades da Federação. De 2011 a 2014, o aumento de estabelecimentos de atendimento chegou a quase 30% no país (mesmo com a interrupção temporal ou ainda não divulgação dos dados de 2012 e 2013). O Estado com maior número de CAPS no Brasil é o Estado de São Paulo (396 estabelecimentos), que representa aproximadamente 16,9% do total de equipamentos mantidos no país. O Estado com menor número de CAPS é o Acre, com três CAPS para atender a demanda desta unidade da federação.

A região com maior número de CAPS no Brasil é a Sudeste, com 835 estabelecimentos (35,59% do total nacional), seguida pela região Nordeste com 821 estabelecimentos, com a representatividade de 34,99% do número total no Brasil. A Tabela 1, elenca a quantidade e os tipos de CAPS distribuídos pelas capitais brasileiras em relação a cidade de Ribeirão Preto, que apresenta valor superior ao de algumas capitais do Brasil.

Tabela 1. Distribuição e tipos de CAPS nas capitais brasileiras e em Ribeirão Preto em janeiro de 2014.

Cidade	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total Geral	Ativos	Desativados/Tipo/ano
São Paulo	5	27	9	22	19	1	83	82	1/CAPSi/2010
Rio de Janeiro	-	13	2	8	5	-	28	28	-
Salvador	-	14	-	2	1	2	19	19	-
Recife	1	8	1	3	5	-	18	17	1/CAPSad/2007
Fortaleza	1	5	-	2	8	-	16	16	-
Curitiba	-	4	5	3	3	-	15	15	-
Belo Horizonte	-		7	-	3	1	11	11	-
Porto Alegre	1	4	-	2	2	2	11	11	-
Belém	4	1	1	-	3	-	9	9	-
Goiânia	-	5	-	1	2	-	8	8	-
Teresina	-	4	1	1	1	-	7	7	-
São Luís	1	1	1	1	2	-	6	6	-
Campo Grande	-	3	1	1	1	-	6	6	-
Aracaju	-	-	3	2	1	-	6	6	-
Maceió	1	3	-	-	1	-	5	5	-
Vitória	-	2	-	1	2	-	5	4	1/CAPSII/2013
Cuiabá	1	1	-	2	1	-	5	5	-
João Pessoa	-	1	1	1	-	2	5	5	-
Natal	-	2	-	1	2	-	5	5	-
Porto Velho	-	2	-	1	1	-	4	4	-
Florianópolis	-	1	-	1	2	-	4	4	-
Ribeirão Preto	**-**	**1**	**1**	**1**	**1**	**-**	**4**	**-**	**-**
Manaus	-	1	1	1	-	-	3	3	-
Rio Branco	-	1	-	-	1	-	2	2	-
Macapá	-	-	-	1	1	-	2	2	-
Brasília	-	1	-	-	-	1	2	2	-
Boa Vista	-	1	-	-	1	-	2	2	-
Palmas	-	1	-	-	-	1	2	2	-

Fonte: Elaborado pelos autores.

O município de Ribeirão Preto contempla maior número de CAPS do que capitais como Manaus e Brasília, que possuem população, de acordo com estimativas (IBGE, 2014) para 2013, três e quatro vezes maiores que a cidade paulista, respectivamente. Capitais com população menores que Ribeirão Preto, como Florianópolis (453.285 habitantes) e Porto Velho (484.992),

possuem um número de redes de atendimento semelhante ao encontrado na cidade do interior paulista.

Utilizando como referência a estimativa para população em 2013 (IBGE, 2014), calculou-se a Taxa de cobertura CAPS (BRASIL, 2012), de acordo com a metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde, para Ribeirão Preto, e para as capitais brasileiras que apresentaram número total semelhante ao da cidade paulista. O indicador denominado Taxa de cobertura CAPS/100.000 habitantes, encontrado para o ano de 2013, foram:

Florianópolis: 0,88 - considerado como Cobertura muito boa;

Porto Velho: 0,82 - considerado como Cobertura muito boa; e

Ribeirão Preto: 0,69 - considerado como Cobertura boa.

A partir da metodologia que o Ministério da Saúde (2012) utiliza, no cálculo do indicador, podemos perceber que os níveis de cobertura são diferentes, mesmo com número de estabelecimentos semelhantes. Em relação a Ribeirão Preto, os municípios de Florianópolis e Porto Velho, estão em um nível superior de atendimento na avaliação da rede de assistência.

Na Figura 2, estão os valores do indicador Taxa de cobertura CAPS/100.000 habitantes da cidade de Ribeirão Preto, de 2007 a 2013. Os dados que abasteceram o gráfico e representam o período de 2007 a 2012 são originários de informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal da Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2014) e o dado referente a 2013 foi calculado nesta pesquisa, como apresentando anteriormente.

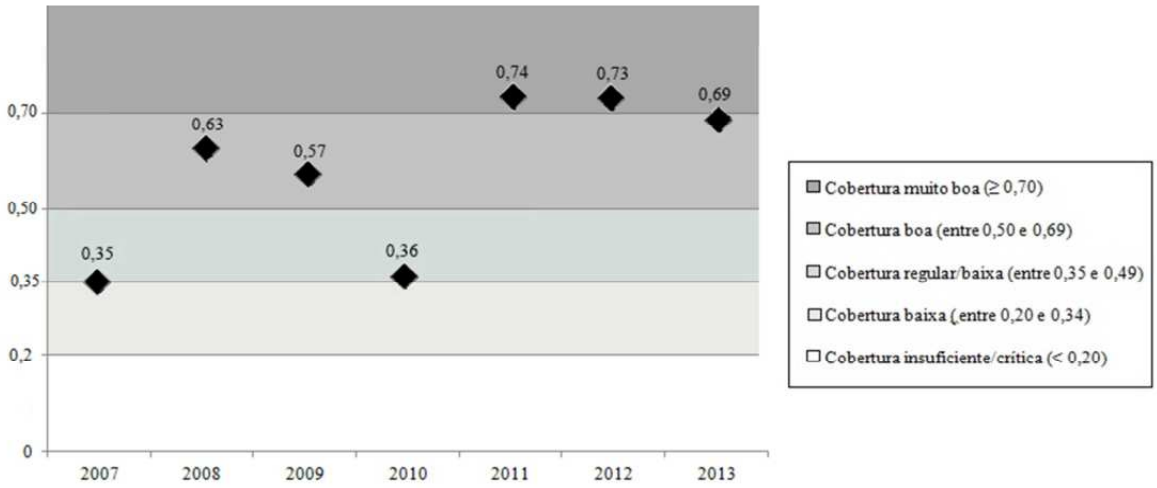

Figura 2. Desempenho do indicador Taxa de cobertura CAPS/100.000 habitantes para Ribeirão Preto.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em 2007, o relatório de gestão da Secretaria da Saúde do município, indicou que a gestão pública já agia administrativamente, iniciando o processo de implantação de um CAPSIII, com a realização de ações matriciais na área do Centro de Saúde Escola e nos bairros do Dom Mielle e Marincek. No mesmo ano a meta de criar um CAPSi também estava nos planos, para promoção de ações intersetoriais com instituições, ONGs, Ministério Público e outras secretarias, para prover atenção direcionada a criança e ao adolescente. O aumento do indicador em 2008, se deu pela implantação do CAPSIII, meta atingida considerada no relatório de gestão de 2008, mas com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em 2009. Em 2009, iniciaram a implantação do CAPSi, pensado em 2007, em que o imóvel para o estabelecimento foi alugado e as reformas para adequação da unidade começam a ser executadas. A queda do valor do indicador, de 2008 para 2009, talvez tenha se dado pelo aumento populacional, que não foi acompanhado pelo crescimento da rede de atendimento em saúde mental. Em 2010, das cinco metas estabelecidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, na área de saúde mental, duas foram atingidas, outras duas não atingidas e uma parcialmente atingida. As duas metas atingidas foram: a realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental em Álcool e Drogas: *Integrando esforços para a construção de uma rede intersetorial na comunidade*, a partir de dos eixos temáticos *Integração, Modelos de Assistência e Ação Conjunta ao Dependente Química; Direitos e Assistência a Criança e ao Adolescente;* e *Assistência ao Adulto.* O resultado desse evento foi um relatório que elencou as principais responsabilidades e objetivos da coordenação de programas na saúde mental. A segunda meta atingida foi a realização da Conferência Municipal da Saúde Mental, que aconteceu nos dias sete e oito de abril, e teve com tema central Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios, e três eixos temáticos que foram Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os

movimentos sociais; e Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial. O relatório resultante do evento organizou as considerações aceitas pelos delegados responsáveis, em cada um dos três eixos temáticos.

O valor baixo do indicador Taxa de cobertura CAPS/100.000 habitantes em 2010, é justificada no relatório de gestão do mesmo ano, que o município implantou em 2008 um CAPSIII que estava em fase de credenciamento junto ao Ministério da Saúde, o que impactou negativamente o indicador. Mas, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o CAPSIII de Ribeirão Preto foi implantando em seis de março de 2009, o que já poderia ser considerado no cálculo de 2010. Isso pode indicar que as variáveis foram colhidas precocemente, influenciando nos resultados. Em 2011, o indicador superou a meta traçada para o ano, que era de 0,50/100.000 habitantes, e atingiu o valor de 0,74/100.000 habitantes. Esse resultado se deu pela consideração do CAPSi no cálcúlo, já que este estabelecimento estava em funcionamento, mas só foi cadastrado no CNES em 17 de agosto de 2012.

No ano de 2012 (último período em que o relatório de gestão foi disponibilizado até o momento), o indicador permaneceu no mesmo nível de atendimento, sofrendo uma queda no indicador com valor pouco considerável. Em 2013, o valor passou do nível *Cobertura muito boa* para *Cobertura boa.* A queda se deu pela estimativa de crescimento da população para 2013, e pela mesma quantidade de CAPS no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a reforma psiquiátrica tenha sido um acontecimento importante, no que se diz respeito ao amparo de usuários e familiares de pessoas que necessitam desse serviço, a demanda pelos CAPS é cada vez maior e mais específica. O crescimento populacional observado a cada ano na cidade de Ribeirão Preto, nos fez detectar que as mudanças características da população local requerem posturas diferentes na assistência aos usuários de CAPS. Trabalhadores de outras regiões brasileiras, por exemplo, migram para a região de Ribeirão Preto, principalmente pela oferta de trabalho no setor sucroalcooleiro, e em situações adversas, em uma sociedade culturalmente diferente da de sua origem, se deparam com dificuldades de relacionamento

interpessoal, que podem evoluir para o alcoolismo ou uso de substâncias entorpecentes. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são um serviço fundamental para um território, e que nos dias de hoje é muito buscado pela população. Em gerações passadas, as pessoas com transtornos mentais eram escondidas da sociedade, consideradas motivo de vergonha pela família, e por esse motivo eram trancafiadas dentro de casa. Hoje a população percebeu a necessidade de reintegrar socialmente as pessoas com transtornos mentais, e com isso melhorar o bem-estar humano na sociedade.

Pode-se depreender que houve a necessidade de ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença, se tradicionalmente a ciência promoveu a fragmentação dos saberes, fazendo surgir as diversas áreas do conhecimento e suas especialidades. Hoje se entende que este avanço também fragmentou o conhecimento, e, esta "fragmentação do conhecimento em disciplinas diversas possibilita um crescimento acelerado dos saberes, mas, paradoxalmente, este conhecimento assim fragmentado dificulta a compreensão do todo" (SPINK, 2009).

A cidade de Ribeirão Preto possui um nível de atendimento satisfatório, já que seu indicador de cobertura dos serviços de CAPS tem atingido nos últimos três anos bom desempenho. O papel de multiprofissionais é um suporte que alicerça uma política de saúde mental, que desempenha uma luta diária contra as dificuldades no acesso à esses serviços, e, experimenta limitações para atender e prevenir necessidades individuais e coletivas, de forma ágil e flexível. Trata-se da compreensão da saúde como um fenômeno multiváriavel, que é impossível de ser apreendido a partir de um único enfoque disciplinar, A gestão holística nesse âmbito hoje não é mais uma proposta, e sim uma realidade enquadrada no processo de gerenciamento público, e em cada categoria de atendimentos do CAPS. Investimentos em estruturas físicas, associado a investimentos em recursos humanos e a elaboração de rotinas que integrem os profissionais com a sociedade, promovem não só a sustentabilidade das redes de atendimento, como o bem-estar social no município.

A análise desenvolvida neste estudo tem característica estritamente quantitativa, servindo como um indicador de uma realidade estrutural. Cabe destacar a necessidade de avaliações qualitativas ao atendimento dos CAPS e

suas resultantes, a fim de aquilatar o entendimento sobre a temática e fortalecer políticas públicas direcionadas a problemática, para que se possa gerar soluções conciliatórias na articulação de estratégias políticas das ações cotidianas governamentais.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicológas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACAO2.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

DURMAN, S. *et al.* Centro de Atendimento Psicossocial Infantil – Caps i: um espaço para o ensino em saúde mental. **Revista Nursing**, v.89, n.8. 2005. p. 480-483

GALLETTI, M. C. **Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** Goiânia: Ed. da UCG, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. Ribeirão Preto. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340>. Acesso em: 28 jan. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/41341655/Saude-Mental-No-Sus>. Acesso em: 27 mar. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Atendimento_Prestado.asp>. Acesso em 14 jan. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa, Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. **Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012**. Disponível em:

<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2012.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2014.

PRABHAKAR, D.; QUALLS-HAMPTON R. Y.; JACKSON, R.; CARDARELLI, K. M. Mental Health Indicator Parity: Integrating National, State, and Local Data. In: Sirgy M J, Phillips R, Rahtz D. (Eds.). **Community Quality-of-Life indicators: Best Cases IV**. New York: Springer, 2009. p. 81-107.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão**. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16saude.php#>. Acesso em: 04 jan. 2014.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

STOCKINGER, R. C. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas humanistas e existenciais.** Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

Sobre os autores

BATALHÃO, André Cavalcante da Silva
Administrador pelo CUML-Ribeirão Preto, mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela UNIARA, doutorando em Ciências Ambientais na Universidade Federal de Goiás, bolsista CAPES.

ESPÍRITO SANTO, Patrícia do Socorro Magalhães Franco do
Psicóloga pela Universidade Federal do Pará, mestre em Ciências Médicas pela Universidade de São Paulo, doutora Psicologia pela mesma instituição de ensino. Docente da graduação e pós-graduação do Centro Universitário de Franca e da graduação do Centro Universitário Barão de Mauá.

TEIXEIRA, Denílson
Biólogo pela Universidade Federal de São Carlos, mestre e doutor em Ciências da Engenharia Ambiental pela Universidade de São Paulo. Docente e pesquisador na Universidade Federal de Goiás.

GODOI, Emiliano Lôbo de
Engenheiro Agrônomo pela Universidade Federal de Viçosa, mestre e doutor em Agronomia pela Universidade Federal de Goiás. Docente e pesquisador na Universidade Federal de Goiás.