



IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA REGIÃO DO VALE DO MAMANGUAPE NA PARAÍBA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nataly Cézar de Lima Lins (1); Plácido Lourenço Fernandes Júnior (2); Amanda Soares (3); Danielle Franklin de Carvalho (4)

1. *Universidade Estadual da Paraíba. taly_nutri@hotmail.com*
2. *Faculdade Maurício de Nassau. placidojr_nutri@hotmail.com*
3. *Universidade Estadual da Paraíba. amandar_soares@hotmail.com*
4. *Universidade Estadual da Paraíba. daniellefranklin6@gmail.com*

Resumo:

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência da implantação da Rede de Atenção Psicossocial na 14ª Região de Saúde da Paraíba, especificando todas as etapas necessárias à implantação, o fluxo documental necessário para sua estruturação e as lacunas existentes nesse tipo de processo. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência acerca da implantação da Rede de Atenção Psicossocial na 14ª Região de Saúde da Paraíba, no período de janeiro de 2013 a julho de 2014. Todas as informações foram baseadas em vivências das reuniões da Câmara Técnica da região e das reuniões da Comissão de Intergestores Regionais do Vale do Mamanguape (CIR-VM), além das atas dessas reuniões e de outros documentos relacionados a esse processo. **Descrição da Experiência:** Os gestores municipais de saúde, os representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da 1ª Gerência Regional de Saúde, bem como os responsáveis técnicos dos municípios tiveram a oportunidade de participar da implantação da Rede de Atenção Psicossocial na 14ª Região de Saúde através de várias reuniões e ações voltadas para reduzir a ocorrência de falhas no andamento desse processo. **Discussão:** A proposta da construção de uma rede de cuidado em saúde mental para atender a demanda de usuários da 14ª Região de Saúde da Paraíba, criadas a partir da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, foi de grande relevância e teve o intuito de garantir o direito ao atendimento eficaz e integral para os usuários que necessitavam dos serviços dos pontos de atenção da RAPS. **Considerações finais:** A implantação da Rede de Atenção Psicossocial na 14ª Região de Saúde favoreceu as práticas de inclusão social no território e promoveu a melhoria da autoestima dos usuários dos serviços de saúde mental, superando preconceitos e garantindo direito a um atendimento integral e resolutivo, ampliando a visão do cuidado psicossocial.

Palavras-chave: Atenção à saúde, serviços de saúde, saúde mental.



INTRODUÇÃO

Ainda no século XX, a busca pela transformação da atenção à saúde mental começa a ser uma realidade na política de saúde pública brasileira; no entanto, a luta por reforma nesse âmbito não se deu de modo desvinculado da luta pela reforma sanitária. Concomitante à VIII Conferência Nacional de Saúde, foram realizados dois eventos que marcaram o movimento em prol da transformação da assistência psiquiátrica brasileira: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (AZEVEDO et al, 2012).

A partir desse período, alguns movimentos sociais passaram a denunciar a violência que ocorria nos manicômios e a mercantilização da loucura, o que culminou na Reforma Psiquiátrica Brasileira em 1978, movimento contemporâneo ao “movimento sanitário”, que avançou marcado por inúmeros conflitos e desafios. Tinha como objetivo o fim dos hospitais psiquiátricos devido às altas despesas e gasto de recursos públicos e à forma de atenção inadequada e excludente (BRASIL, 2005a).

No ano de 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Entretanto, apenas no ano de 2001 essa lei foi sancionada no país com algumas restrições, mas se tornou um marco histórico da psiquiatria brasileira, impondo novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Envolveva, em sua proposta, profissionais da área de saúde, usuários e familiares, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001).

Posteriormente, foram criados oficialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como a Portaria GM 224/92 passou a proibir a existência de espaços restritivos e exigir que fosse resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados e feito o registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados. Os CAPS constituem serviços de saúde municipais abertos e territorializados que oferecem atendimento diário e visam à reinserção social. Com a criação desses centros, possibilitava-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (MOURA, 2011).

Esse processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação ganhara impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que estabeleciam diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e passava a definir e estruturar a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Estabelecia, ainda, as modalidades

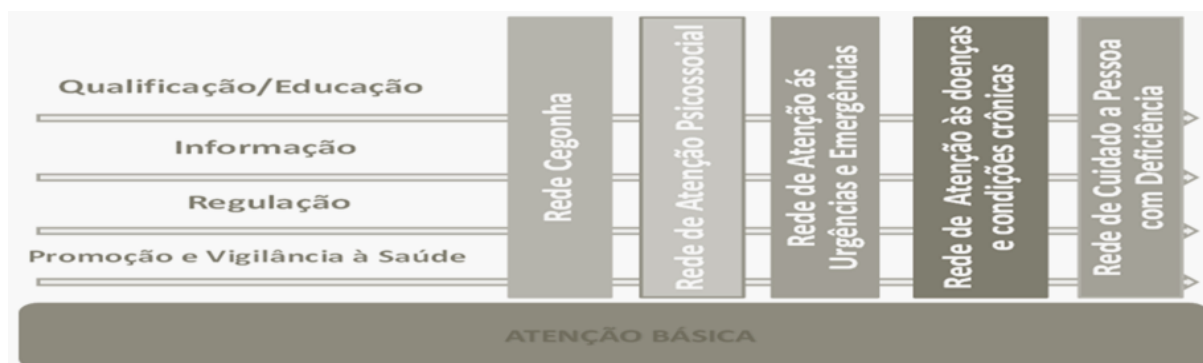
dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) E CAPS Infanto-juvenil (CAPSi), definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002).

Posteriormente, a Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003 instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", coordenado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Em fevereiro de 2005 homologa-se a Portaria nº 245, com a finalidade de destinar incentivo financeiro para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial; e a Portaria nº 246, para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos. E a partir do decreto 7.508 de 2011, que complementa a lei 8.080, passa-se a trabalhar na formação das Redes de Atenção Prioritárias à Saúde, dentre elas a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2005c; BRASIL, 2011a).

De acordo com a portaria nº 4.279, de 30/12/2010 do Ministério da Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O Ministério da Saúde instituiu cinco redes prioritárias de Atenção à Saúde, conforme pode ser observado na Figura 1 (MENDES, 2011).

Figura 1: Redes de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.



Fonte: BRASIL, 2013.

Com relação à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as principais diretrizes são: a diversificação das estratégias de cuidado, o desenvolvimento de atividades no território



(promoção de autonomia no exercício da cidadania), participação dos usuários e seus familiares no controle social, organização dos serviços em rede com estabelecimento de ações intersetoriais, promoção de estratégias de educação permanente e desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular. A RAPS é integrada pela Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011b).

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Décima Quarta Região de Saúde da Paraíba (Região do Vale do Mamanguape), especificando todas as etapas necessárias à implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial, além de revelar o fluxo documental necessário e as lacunas existentes no desenvolvimento do processo.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência acerca da implantação da Rede de Atenção Psicossocial na 14ª Região de Saúde da Paraíba – Região do Vale do Mamanguape, no período de janeiro de 2013 a setembro de 2014.

Todas as experiências relacionadas à implantação dessa rede prioritária de atenção à saúde, bem como o fluxo documental mencionado como necessário para sua implantação, foram baseadas em vivências das reuniões da Câmara Técnica da região e das reuniões da Comissão de Intergestores Regionais do Vale do Mamanguape (CIR-VM), além das atas dessas reuniões e de outros documentos relacionados a esse processo.

Os aspectos éticos e legais para o desenvolvimento desse estudo foram pautados nas determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A Região do Vale do Mamanguape é uma região metropolitana brasileira localizada no estado da Paraíba. Foi instituída pela Lei complementar nº 116 de 21 de Janeiro de 2013 e publicada no Diário Oficial da Paraíba em 22 de Janeiro de 2013 e é composta pelos seguintes municípios: Baía da Traição, Capim, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima, Itapororoca, Jacaraú, Mamanguape (sede da Região Metropolitana do Vale do Mamanguape, no estado da Paraíba), Marcação, Mataraca, Pedro Régis e Rio Tinto (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DA PARAÍBA, 2013).



No Quadro 1 apresenta-se uma breve caracterização dos municípios que constituem a 14ª Região de Saúde da Paraíba, com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2010).

Quadro 1: Caracterização dos municípios que constituem a 14ª Região de Saúde da Paraíba, criada a partir de dados do Censo Demográfico do IBGE em 2010.

Município	População Total (Hab.)	População urbana (Hab.)	População rural (Hab.)	Área total (Km ²)	Densidade demográfica (Hab./ Km ²)
Baía da Traição	8.012	3.092	492	102,4	78,27
Capim	5.601	4.106	1.495	78,2	71,66
Cuité de Mamanguape	6.202	2.069	4.133	108,4	57,19
Curral de Cima	5.209	473	4.736	85,1	61,21
Itapororoca	16.997	10.856	6.141	146,1	116,37
Jacaraú	13.942	8.032	564	253,0	55,10
Mamanguape	42.303	34.234	8.069	340,5	124,23
Marcação	7.609	2.849	476	122,9	61,91
Mataraca	7.407	6.548	859	184,3	40,19
Pedro Régis	5.765	2.148	3.617	73,6	78,37
Rio Tinto	22.976	13.057	9.919	464,9	49,42
TOTAL	142.113	87.464	40.501	1.959,4	793,92

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010.

Segundo o Regimento Interno da Comissão Intergestores Regional do Vale do Mamanguape (CIR-VM), esta se caracteriza como instância privilegiada de negociação, articulação e decisão quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde – SUS, e se mostra como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa no âmbito regional, a partir da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integral e resolutiva.

Nas reuniões da CIR devem estar presentes todos os gestores de saúde dos municípios que integram a região de saúde e, sempre que necessário, devem se fazer presentes os



representantes da Gerência Regional de Saúde e técnicos responsáveis pelas diversas áreas de atuação da Secretaria Estadual de Saúde. Entretanto, antes das reuniões da CIR, deve haver reuniões da Câmara Técnica, composta por representantes técnicos de todas as Secretarias de Saúde Municipais da região, com o intuito de oferecer suporte técnico aos gestores municipais de saúde, a fim de agilizar o processo de trabalho.

Durante as reuniões da Câmara Técnica da 14ª Região de Saúde se fizeram presentes durante todo o período de acompanhamento, representantes técnicos das Secretarias de Saúde de cada município que compõem a Região do Vale do Mamanguape e o Presidente e a Secretária da CIR-VM. Entretanto, é importante mencionar que, por quatro vezes, essas reuniões mensais não aconteceram por falta de quórum, mesmo havendo agendamento prévio.

Nas reuniões da CIR-VM se fizeram presentes durante o período de acompanhamento os gestores da saúde de cada município, alguns técnicos dos municípios, as apoiadoras da 1ª Gerência Regional de Saúde (1GRS), a Gerente da 1GRS e, quando necessário, equipe de apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

No ano de 2013 as reuniões da Câmara Técnica da 14ª Região de Saúde ocorriam na penúltima sexta-feira de cada mês e as reuniões da CIR-VM ocorriam na última sexta-feira de cada mês. No entanto, sempre que necessário havia ajuste dessas datas de reuniões. A partir de 2014 esse agendamento foi modificado e as reuniões da Câmara Técnica da 14ª Região de Saúde passaram a ocorrer na penúltima quinta-feira de cada mês e as reuniões da CIR-VM passaram a ocorrer na última quinta-feira de cada mês.

No dia 15 de março de 2013 houve uma breve introdução à Rede de Atenção Psicossocial durante a reunião da Câmara Técnica, com o objetivo de expor para os técnicos das secretarias de saúde de cada município as informações sobre essa rede de atenção à saúde para que estes pudessem repassar essas informações para os gestores da saúde de seus municípios a fim de sensibilizá-los e atualizá-los sobre o assunto.

Posteriormente, no dia 22 de março de 2013, na reunião da CIR-VM, houve a participação da Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde (SES), que fez uma exposição detalhada sobre a RAPS. A partir daí foram realizadas as pactuações entre os municípios da região do Vale do Mamanguape e ao serem concluídas houve a escolha de um representante da região para escrever o Plano Regional da RAPS.

A proposta inicial da formação da RAPS na Região do Vale do Mamanguape foi de mudança em algumas pactuações já existentes, permanência de um CAPS I no município de Rio Tinto, mudança de um CAPS I para CAPS II no município de Mamanguape e implantação de novos serviços, gerando a conformação que pode ser observada no Quadro 2.



Quadro 2: Proposta inicial de formação da RAPS na 14ª Região de Saúde da Paraíba.		
Ponto de Atenção da RAPS	Município sede do serviço	Municípios diretamente beneficiados com o serviço
CAPS I	Jacaraú	Jacaraú, Pedro Régis e Curral de Cima.
CAPS I	Marcação	Marcação e Baía da Traição.
CAPS I	Itapororoca	Itapororoca.
CAPS I	Rio Tinto	Rio Tinto.
CAPS I	Capim	Capim e Cuité de Mamanguape.
CAPS II	Mamanguape	Mamanguape e Mataraca.
CAPS ADIII 24h	Mamanguape	Todos os municípios da Região de Saúde.
CAPS i	Curral de Cima	Curral de Cima, Capim, Cuité de Mamanguape, Itapororoca, Pedro Régis e Jacaraú.
CAPS i	Rio Tinto	Rio Tinto, Mamanguape, Mataraca, Marcação e Baía da Traição.
Unidade de Acolhimento (Adulto)	Mamanguape	Todos os municípios da Região de Saúde.
Unidade de Acolhimento (Infanto-juvenil)	Rio Tinto	Todos os municípios da Região de Saúde.
06 Leitos de Saúde Mental no Hospital Regional de Mamanguape	Mamanguape	Todos os municípios da Região de Saúde.

Fonte: Ata da Reunião da CIR-VM do dia 22 de março de 2013.

Durante a reunião, a gestora da saúde do município de Rio Tinto mostrou-se insatisfeita com a pactuação prevista, uma vez que não pretendia implantar em seu território o CAPSi e a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, com os quais o município de Rio Tinto seria contemplado, e, sim, o CAPS AD III 24h, justificando a presença, em seu território, de um grande número de usuários de álcool e outras drogas. No entanto, após bastante discussão sobre o assunto, ao final da reunião ficaram pactuados todos os serviços anteriormente descritos no Quadro 2.

Na reunião da Câmara Técnica que ocorreu no dia 19 de abril de 2013, a técnica representante do município de Rio Tinto comunicou que a gestora de saúde havia desistido de implantar o CAPSi e a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil em seu território. Obtivemos também a informação que o Plano Regional da RAPS estava em processo de elaboração e que



seria feita esta alteração. Posteriormente, na reunião da CIR-VM de abril ficou decidida a seguinte modificação na pactuação: o município de Mataraca passou a ser a sede do CAPSi e da Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil que seria em Rio Tinto.

No dia 27 de maio de 2013, em mais uma reunião de Câmara Técnica, houve o envio de dados da caracterização de cada município para conclusão do Plano Regional da RAPS e em 29 de maio de 2013, na reunião da CIR-VM, houve a leitura das pactuações que constavam no Plano Regional da RAPS onde constava a conformação definitiva da RAPS da 14ª Região de Saúde da Paraíba, que pode ser observada no Quadro 3. Entretanto, não foram distribuídas aos representantes dos municípios cópias do Plano Regional da RAPS.

Quadro 3: Conformação da RAPS na 14ª Região de Saúde da Paraíba.

Ponto de Atenção da RAPS	Município sede do serviço	Municípios diretamente beneficiados com o serviço.
CAPS I	Jacaraú	Jacaraú, Pedro Régis e Curral de Cima.
CAPS I	Marcação	Marcação e Baía da Traição.
CAPS I	Itapororoca	Itapororoca.
CAPS I	Rio Tinto	Rio Tinto.
CAPS I	Capim	Capim e Cuité de Mamanguape.
CAPS II	Mamanguape	Mamanguape e Mataraca.
CAPS ADIII 24h	Mamanguape	Todos os municípios da Região de Saúde.
CAPS i	Curral de Cima	Curral de Cima, Capim, Cuité de Mamanguape, Itapororoca, Pedro Régis e Jacaraú.
CAPS i	Mataraca	Rio Tinto, Mamanguape, Mataraca, Marcação e Baía da Traição.
Unidade de Acolhimento (Adulto)	Mamanguape	Todos os municípios da Região de Saúde.
Unidade de Acolhimento (Infante-juvenil)	Mataraca	Todos os municípios da Região de Saúde.
06 Leitos de Saúde Mental no Hospital Regional de	Mamanguape	Todos os municípios da Região de Saúde.



Mamanguape		
------------	--	--

Fonte: Ata da Reunião da CIR-VM do dia 29 de maio de 2013.

Posteriormente, os gestores da saúde dos municípios que constituem a Região do Vale do Mamanguape foram convocados para comparecerem à Secretaria de Saúde de Mamanguape para assinarem os termos de compromisso e termos de pactuação da RAPS para que estes fossem anexados ao Plano Regional da RAPS da 14ª Região de Saúde da Paraíba e, em seguida, encaminhados para avaliação da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB).

Conforme a legislação do SUS, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) pactuam a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, no âmbito dos estados, vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde para efeitos administrativos e operacionais (BRASIL, 1993).

Em janeiro de 2014, os gestores da saúde dos municípios que iriam sediar os pontos de atenção da RAPS da Região do Vale do Mamanguape foram orientados a elaborar seus projetos de implantação dos serviços e anexar seus termos de pactuação e termos de compromisso e encaminhar para o setor de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, juntamente com um ofício de solicitação de adiantamento de recursos para implantação dos pontos de atenção. Entretanto, os representantes de alguns municípios não entregaram a documentação no prazo determinado, para que pudesse ser enviada pela SES-PB para avaliação do Ministério da Saúde (MS).

Até o mês de setembro de 2014, nenhum município da 14ª Região de Saúde da Paraíba que enviou a documentação para a SES havia iniciado a implantação dos pontos de atenção da RAPS, pois até este momento o MS não tinha repassado os recursos financeiros. Além disso, até esse período os representantes de alguns municípios que seriam sede de pontos de atenção da rede ainda não tinham elaborado seus projetos, implicando em um atraso ainda maior na implantação integral da RAPS na região.

DISCUSSÃO

Ao final do ano de 2014, a atenção à saúde mental na região do Vale do Mamanguape ainda ocorria de maneira precária, pois a RAPS ainda não havia sido implantada e a quantidade de serviços implantados no território era deficiente e a demanda elevada, causando um impasse para realização de práticas humanizadas. Esse fato revela que muitas vezes há uma desatenção aos usuários, familiares e comunidades no âmbito da saúde mental por ser difícil oferecer atenção integral e resolutiva dentro do território.



A proposta da construção de uma rede de cuidado em saúde mental para atender a demanda de usuários da 14ª Região de Saúde da Paraíba, criada concomitantemente à desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, foi de grande relevância e teve o intuito de garantir o direito ao atendimento eficaz e integral para os usuários que necessitavam dos serviços dos pontos de atenção da RAPS.

Entretanto, os interesses políticos que permearam o processo principalmente no tocante a distribuição dos pontos de atenção da RAPS e a falta de comprometimento de alguns gestores municipais, tornaram o processo mais demorado e prejudicaram a implantação integral da rede.

Com todos os serviços de atendimento à saúde mental instalados no território, os usuários não precisariam se deslocar para longe de suas residências para conseguir uma consulta especializada na área de saúde mental. Além disso, com os pontos de atenção mais próximos dos usuários, estes teriam acesso fácil aos serviços e isso implicaria em maior e mais eficiente continuidade dos tratamentos propostos pelos profissionais que lidam com a saúde mental. Tendo em vista que, quando os serviços não são instalados no território, muitos usuários abandonam seus tratamentos por dificuldades de deslocamento.

Um fato que também foi considerado em relação ao atraso da implantação integral da RAPS foi que havia uma previsão de funcionamento do Hospital Geral de Mamanguape para o ano de 2013 e, por isso, os Leitos de Saúde Mental foram pactuados para este hospital. No entanto, apenas em julho de 2014 o Hospital Geral de Mamanguape foi inaugurado e até o mês de setembro deste ano não dispunha de todos os serviços funcionando plenamente, incluindo os Leitos de Saúde Mental pactuados.

Considerando que o acesso dos gestores de saúde ao Plano Regional da RAPS foi limitado apenas à leitura das pactuações numa reunião da CIR-VM mencionada anteriormente, teria sido de grande relevância entregar uma cópia desse documento para o representante da saúde de cada um dos onze municípios da região para que ficasse à disposição nas secretarias de saúde, assim, as pessoas interessadas poderiam ter acesso às informações contidas no plano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como alguns municípios que seriam sede de pontos de atenção pactuados pela RAPS demoraram a elaborar seus projetos e não providenciaram os ofícios de adiantamento de recursos, alguns serviços foram implantados bem antes que outros e isso prejudicou o pleno funcionamento da rede.



Além disso, os recursos financeiros, materiais e estruturais que deveriam ter sido repassados pelo Ministério da Saúde para a implantação dos pontos de atenção dos municípios que enviaram a documentação necessária, constituíram um fator que tornou ainda mais lento o processo de implantação da RAPS na região.

A implantação dessa rede de atenção prioritária, mesmo de forma parcial, tornou possível por parte das Equipes das Estratégias de Saúde da Família um melhor acompanhamento dos usuários de saúde mental que se encontravam estáveis, possibilitando a descentralização do cuidado ao indivíduo.

Por fim, a implantação da Rede de Atenção Psicossocial na 14ª Região de Saúde favoreceu as práticas de inclusão social no território e promoveu a melhoria da autoestima dos usuários dos serviços de saúde mental, superando preconceitos e otimizando a garantia do direito a um atendimento integral e resolutivo, ampliando a visão do cuidado psicossocial.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO E.B. et al. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 60-70, jul./dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html> Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Brasília, DF; 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em 15 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa De Volta para Casa**. Brasília (DF): OPAS; 2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005**. Brasília, DF; 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0245_17_02_2005.html> Acesso em: 15 set. 2016.



_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005**. Brasília, DF; 2005c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0246_17_02_2005.html> Acesso em: 15 set. 2016.

_____. **Decreto nº 7508, de junho de 2011**. Brasília-DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. CONASEMS. **Redes Temáticas de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/292620/> Acesso em: 15 set. 2016.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DA PARAÍBA. **Lei Complementar nº 116, de 21 de janeiro de 2013**. Disponível em: <<http://static.paraiba.pb.gov.br/2013/01/Di%C3%A1rio-Oficial-22-01-2013.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 16 nov. 2013.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**, 2ª Ed. Brasília: E. Vilaça, 2011. As Redes de Atenção à Saúde: Revisão Bibliográfica, Fundamentos, Conceito e Elementos Constitutivos. p. 61-85.

MOURA, J.A. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial**. Publicado em 07 de junho de 2011. Disponível em: <<http://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>> Acesso em: 21 dez. 2013.