
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COBERTURA DA MICRORREGIÃO DE CRUZ DAS ALMAS – BA

PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS: MICROREGION COVERAGE OF CRUZ DAS ALMAS - BA

BRENDO VITOR NOGUEIRA SOUSA^{1#}; VANÊSSA HELLEN ARAÚJO DE JESUS¹;
MARCOS ALEXANDRO FIGUEREDO DOS SANTOS¹; OHANA CUNHA DO NASCIMENTO²

¹*Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia.*

²*Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva com ênfase em Epidemiologia e pós-graduanda em Saúde Mental.*

Professora da Faculdade Adventista da Bahia e Assistente de Pesquisa no Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência - NNEPA/ UEFS.

[#] *Email: brendovitor@hotmail.com*

RESUMO: A Reforma Psiquiátrica possibilitou o declínio do modelo hospitalocêntrico. A partir dessa nova perspectiva, surgiram os modelos substitutivos; entre eles destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo princípio é a inserção do indivíduo em sofrimento psíquico no contexto social, tendo acesso à assistência ética e holística. O presente artigo tem como objetivo analisar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial da microrregião de Cruz das Almas entre os anos de 2008 e 2012. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, feito através de dados secundários e que abrange a cobertura dos CAPS da microrregião de Cruz das Almas nos anos de 2008 a 2012. A coleta, feita em março de 2015, foi possível através do acesso ao banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A análise para avaliação da cobertura consiste na fórmula do indicador CAPS/100.000 habitantes. Somente os municípios que possuem número igual ou superior a 20 mil habitantes foram abordados, totalizando assim 6 municípios: Cachoeira, Conceição da Feira, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Maragogipe e Muritiba, pois somente estes possuem, no mínimo, um CAPS. Como resultados, salienta-se que a microrregião alcançou ótimos índices de cobertura, pois cada município mencionado atingiu bons resultados durante o período estabelecido de cinco anos. No entanto, devido ao grande número de habitantes, é necessária a expansão desse serviço para outros municípios, a fim de que a oferta desta assistência atenda, de forma mais abrangente, a outras comunidades circunvizinhas.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde Mental; Cobertura de Serviços de Saúde; Hospitais psiquiátricos.

ABSTRACT: The Psychiatric Reform enabled the decline of the hospital-centered model. From this new perspective, emerged substitute models, with emphasis on Psychosocial Care Centers (CAPS), whose principle is the insertion of the individual in psychological distress in the social context, with access to ethical and holistic care. This article aims to analyze the coverage of Psychosocial Care Centers of Cruz das Almas microregion between 2008 and 2012. It is a quantitative cross-sectional study using secondary data covering the coverage of -CAPS from microregion of Cruz das Almas from 2008 to 2012. The data collection held on

March 2015 occurred through access to database of the Information Department of Unified Health System (DATASUS). The analysis for assessment of the coverage is the formula indicator CAPS/100.000 inhabitants. Only municipalities which have number equal to or greater than 20,000 inhabitants have been covered, totaling 6 municipalities: Cachoeira, Conceição da Feira, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Maragogipe and Muritiba, because only these ones have at least one CAPS. As a result, it is noted that the microregion cited achieved great coverage rates as each municipality mentioned have reached good results a period of five years, however due to the large number of inhabitants the expansion of this service is required for other municipalities making the provision of this assistance meets the other surrounding communities more broadly.

KEYWORDS: Mental Health Services; Health Services Coverage; Hospitals Psychiatric.

INTRODUÇÃO

Desde os períodos pré-históricos, a loucura era tratada de forma distinta nas diversas civilizações, seja enquanto maldição divina, bênção ou, posteriormente, enquanto adoecimento mental. No entanto, as metodologias para lidar com a loucura tendiam à segregação e, ao excluir os indivíduos com transtornos mentais do convívio com a comunidade, enclausurava-os em espaços que subestimavam a condição de existência humana.

Em diversas partes do mundo, o século XX foi um período de intensas transformações para a construção social e científica da loucura. No Brasil, o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) era formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Foi através desse movimento que passou a protagonizar e a construir, após vários cenários de lutas, a denúncia dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construção coletiva da crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico em sua assistência.¹

Como ápice do processo de reintegração social desses indivíduos, a desinstitucionalização foi outorgada a partir da consolidação e construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. No entanto, o que se espera de tal reforma não é somente a transferência do doente mental para além dos muros do hospital, confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou até mesmo que fique entregue à própria sorte; esperam-se muito mais conquistas, como: o estabelecimento da cidadania, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o protagonista de seu próprio tratamento, sem a ideia de cura como única solução. Dessa forma, buscando a autonomia e reintegração do sujeito à família e, conseqüentemente, à sociedade.²

A partir de então, surgiram os modelos substitutivos com objetivo principal de inserir o indivíduo em sofrimento psíquico novamente nos espaços de convivência e, nesse intermédio, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) assume especial importância no panorama de novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar.³

O CAPS é um serviço substitutivo, de atenção em saúde mental, que tem evidenciado efetividade na substituição da internação de longas datas por um tratamento que não encarcera os pacientes isolando-os de suas famílias e da comunidade. Assim, o primeiro CAPS do país surge em março de 1987, com a inauguração do CAPS Luis da Rocha Cerqueira, na Cidade de São Paulo, e representa a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental para expressiva fração dos indivíduos com transtornos mentais (psicóticos e neuróticos graves) atendidos na rede pública. O ideário desses centros é constituído a partir de propostas dirigidas à superação das limitações evidenciadas pelo binômio ambulatorio-hospital psiquiátrico no tratamento e reabilitação de sua clientela. Assim, para os CAPS se tornarem realmente novos serviços, rompendo com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalar hegemônico, torna-se necessário que o atendimento ofertado esteja comprometido com necessárias rupturas de ordem ética, política e epistemológica em relação ao “status quo” representado pela atenção ofertada e conveniada pela rede pública de saúde mental, sobretudo nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos.⁴

Por fim, justifica-se compreender se este serviço vem atendendo às reais demandas da população em destaque através de sua cobertura. Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo analisar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial da microrregião de Cruz das Almas entre os anos de 2008 e 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal descritivo, feito através de dados secundários online, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e que abrange a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial I (CAPS) de alguns municípios do Recôncavo Baiano, especificamente na microrregião de Cruz das Almas e cuja população é superior a 20 mil habitantes. São eles: Cachoeira, Conceição de Feira, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Maragogipe e Muritiba, estudados entre os anos de 2008 e 2012.

A coleta de dados ocorreu em março de 2015 e foram utilizadas as variáveis: ano, municípios da microrregião de Cruz das Almas com pelo menos um CAPS e número de habitantes de cada município mencionado. Para a análise dos dados obtidos, utilizamos a fórmula de cobertura que se baseia no indicador CAPS/ 100.000 habitantes, que pretende refletir o estado e as modificações para o processo de implementação. Os parâmetros de cobertura são calculados da seguinte forma: $((N^{\circ} \text{ CAPS I} \times 0,5) + (N^{\circ} \text{ CAPS II}) + (N^{\circ} \text{ de CAPS III} \times 1,5) + (N^{\circ} \text{ CAPS ia}) + (N^{\circ} \text{ CAPSS ad})) \times 100\ 000 / \text{pela população total residente de cada município no ano considerado}$. Os valores de referência do indicador citado explicitam que: maior de 0,70 considera-se uma cobertura muito boa; entre 0,50 e 0,69 uma boa cobertura; entre 0,35 e 0,49 uma cobertura regular/baixa; 0,20 a 0,34 uma baixa cobertura e $< 0,20$ uma cobertura insuficiente ou crítica, conforme descrito no Quadro 1.^{5,6}

QUADRO 1. Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes

Cobertura muito boa	> 0,70
Cobertura boa	0,50 e 0,69
Cobertura regular/baixa	0,35 e 0,49
Cobertura baixa	0,20 a 0,34
Cobertura insuficiente/crítica	< 0,20

Fonte: Superintendencia de Atenção Integral à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, SESAB 2011

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As modalidades de CAPS se determinam pela capacidade de atendimento e pela clientela atendida, sendo divididas em: CAPS I - atendem aos municípios com populações entre 20.000 e 50.000 habitantes, caracterizando assim unidades de pequeno porte, as quais se dedicam a cuidar de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, e transtornos decorrentes do uso do álcool e de outras drogas; o CAPS II atende aos municípios com populações de 70.000 a 200.000 habitantes, nele são oferecidos serviços de médio porte, atendendo ao mesmo tipo de clientela já citada no CAPS I, sua capacidade é de 360 atendimentos por mês, funcionando em cinco dias úteis na semana; o CAPS III é a modalidade mais complexa da rede e o único que funciona 24 horas durante os 7 dias da semana, incluindo feriados. Esse tipo está mais presente nas grandes metrópoles brasileiras, realiza curtas internações de no máximo 7 dias e possui capacidade para 450 atendimentos mensais.⁷

O CAPSi (infantil) é especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, como portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por conta de sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. São destinados a municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionam durante cinco dias úteis na semana e geralmente têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. Há ainda o CAPSad (álcool e drogas) – especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas – também são destinados para municípios com mais de 200.000 habitantes ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou por serem cenários importantes, que necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental, funcionam durante os cinco dias úteis da semana, tendo capacidade de realizar até 240 acompanhamentos por mês.^{7,8}

Percebe-se que todas as modalidades do CAPS e sua atuação nos municípios seguem o critério de perfil populacional; mas, devido a sua natureza local e comunitária, cabe aos gestores locais e a toda a comunidade analisar se o serviço realmente está atendendo ou não às demandas de saúde mental de seus respectivos municípios.^{7,8}

O Gráfico1 permite avaliar a cobertura da microrregião de Cruz das Almas ao longo dos anos, segundo o quantitativo populacional. Essa Microrregião possui em média nove municípios com aproximadamente 250 mil habitantes, de acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no ano de 2012. No entanto, somente os municípios que possuíam número igual ou superior a 20 mil habitantes em 2012 foram abordados.

O município de Cachoeira, como descrito no Gráfico1, manteve uma cobertura considerada muito boa, de acordo com os parâmetros estabelecidos, em todos os anos pesquisados, chegando à cobertura total de 1.53 do referido período. Já o município de Conceição da Feira não possuía nenhum tipo de CAPS nos anos de 2008 e 2009, pois não tinha alcançado o critério mínimo de 20 mil habitantes. Esse critério só foi alcançado a partir de 2010, quando atingiu uma cobertura considerável, mantida até 2012. Sua cobertura total com relação aos cinco anos chega a 1.47, número considerado muito bom.

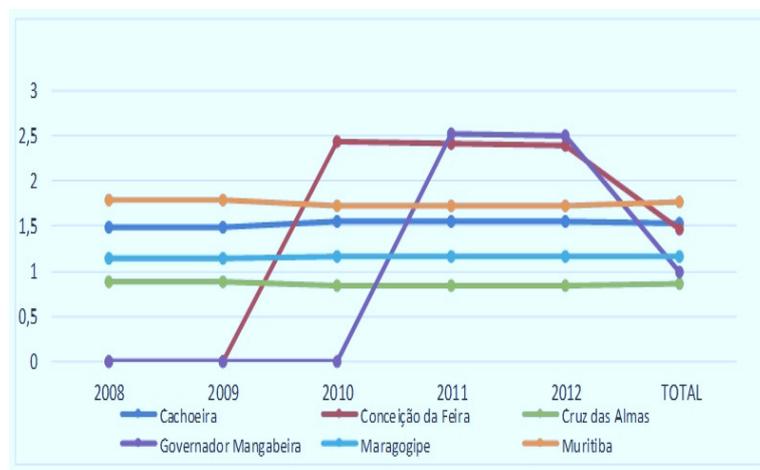
O CAPS de Cruz das Almas é o que possui a menor cobertura de toda a microrregião, mas ainda assim é considerado muito bom, de acordo com os parâmetros já citados, chegando a alcançar o valor de 0,86. Porém é preciso intervir numa tentativa de aumento dessa cobertura, pois se trata de um CAPS único para atender uma população com mais de 50 mil habitantes.

A implantação do CAPS de Governador Mangabeira ocorreu no ano de 2011, alcançando assim uma cobertura altíssima, 0,99 que, de acordo com os parâmetros estabelecidos, demonstram uma cobertura muito boa.

No município de Maragogipe a cobertura foi crescente nos anos de 2008 a 2010. Embora não tenha havido aumento nos anos de 2011 e 2012, mesmo assim seus níveis alcançaram ótimos resultados chegando a uma cobertura total de 1.16 no período estabelecido. O município de Muritiba teve um pequeno aumento nos anos de 2008 para 2009; porém, a partir de 2010 houve uma regressão que permaneceu até o ano de 2012. Apesar dessa pequena diminuição, sua cobertura sempre obteve resultado satisfatório, sendo este município o líder de cobertura de toda a microrregião chegando a 1,76 em sua totalidade no período proposto.

Nos anos de 2007 e 2008 pouquíssimos CAPS foram credenciados na Bahia. Nesse mesmo período o Ministério da Saúde fornece dados sobre a cobertura do estado com o parâmetro de 0,51 CAPS/100 mil habitantes situando-o entre os de cobertura regular/boa, o 11º entre os melhores dos 27 Estados da Federação. No entanto, tal parâmetro melhor se adequa em estados menores e com maior densidade populacional, o que não é o caso da Bahia, por ter uma grande dimensão geográfica e, além disso, 95% dos seus municípios possui uma população abaixo de 100.000 habitantes. Isso significa que o parâmetro citado também utilizado nesta pesquisa penaliza a Bahia, pois é insuficiente e inadequado.⁹

GRÁFICO 1. Cobertura da população segundo Centros de Atenção Psicossocial I da Microrregião de Cruz das Almas - BA entre 2008 a 2012



Fonte: Ministério da Saúde; DataSUS.

Os seis municípios descritos na Tabela 1 possuem no mínimo um CAPS, cabendo aos habitantes dos municípios, com população inferior a 20 mil habitantes, buscar o atendimento no município mais próximo, fazendo-se cumprir a regionalização proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁰

Na atual política de saúde mental, o CAPS ocupa um lugar de extrema importância dentro da rede de saúde, sendo um papel estratégico para a mudança da lógica do cuidado e como articulador da rede, já que a composição do serviço inclui as pessoas, suas existências e seus sofrimentos¹¹ Entretanto, a implementação desse serviço ainda tem sido considerada insuficiente no país, no que se refere ao número, como também ao modo de funcionamento, e em que medida este funcionamento se aproxima do ideário da reforma psiquiátrica.¹²

O Ministério da Saúde, por meio de seus documentos, revela que a cobertura dos CAPS passou de 21% em 2002 para 53% no final de 2008, mostrando assim um aumento significativo. Neste último ano citado, o país contava com 1.290 CAPS distribuídos de forma desigual entre os estados e entre 266 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes.¹³

Já no ano de 2011 o Ministério da Saúde faz referência à existência de 1.742 CAPS de forma geral em todo o país. Nesse mesmo ano, de acordo com o indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes, a região norte alcançou uma cobertura de 0,45 (regular/baixa) a menor de todas as regiões do Brasil, seguida da região centro-oeste com 0,53 (cobertura boa), sudeste com 0,63 (cobertura boa), nordeste com 0,87 (cobertura muito boa) e sul com 0,91 (cobertura muito boa), sendo as duas últimas que alcançaram maiores índices de cobertura em todo o país.

A Bahia, em 2002, possuía uma cobertura extremamente crítica com um índice de 0,08; porém, com o decorrer dos anos e com a ampliação dos serviços, passou a alcançar uma boa cobertura: no ano de 2007 com o índice de 0,52, e uma excelente cobertura com o índice de 0,87 em 2011.¹⁴

Assim, embora os indicadores de cobertura se mostrem razoáveis, a existência apenas do CAPS I

(sinalizado em unanimidade na Tabela 1), não é suficiente para atender todos os públicos nas suas diversidades e particularidades, requerendo uma consolidação do apoio matricial como estratégia de assistência, suporte da rede básica, centrada no Programa de Saúde da Família, entre outras formas de oferta de serviços de saúde e encaminhamento que permitam a resolutividade dos problemas externalizados pela população.

TABELA 1. Número de habitantes por ano, número e tipo de CAPS dos municípios da Microrregião de Cruz das Almas que possuem tal serviço de saúde mental.

Município	Número de habitantes por ano					Nº e tipo de CAPS
	2008	2009	2010	2011	2012	
-	-	-	-	-	-	-
Cachoeira	33.495	33.781	32.026	32.150	32.270	1 CAPS I
Conceição da Feira	19.891	20.119	20.391	20.612	20.826	1 CAPS I
Cruz das Almas	56.766	57.100	58.606	59.045	59.470	1 CAPS I
Governador Mangabeira	20.539	20.670	19.818	19.873	19.836	1 CAPS I
Maragogipe	43.620	43.923	42.815	43.967	43.114	1 CAPS I
Muritiba	27.866	27.755	28.899	28.922	28.944	1 CAPS I

Fonte: Ministério da Saúde; DataSUS e Secretária da Saúde do Estado da Bahia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A microrregião de Cruz das Almas não deixa a desejar no que diz respeito à cobertura dos CAPS, já que os municípios mencionados evidenciaram bons resultados durante os cinco anos propostos pela pesquisa. No entanto, é preciso levar em consideração que alguns municípios dessa microrregião ainda não possuem nenhum tipo de CAPS por conta do número de habitantes, propondo a necessidade contínua de avaliação populacional para averiguar o alcance do critério estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Mesmo com os fatores acima citados, dados oficiais utilizando indicadores de cobertura e sua evolução temporal relevam uma tendência à diminuição de oferta de leito em hospitais psiquiátricos e a expansão da rede dos CAPS ao longo dos anos.¹⁵ Com isso, pode-se observar que a real proposta da reforma psiquiátrica vem sendo galgada no que diz respeito à substituição do modelo asilar. Devemos, contudo, pensar realmente de que forma esse processo vem acontecendo e se está ocorrendo de maneira planejada; só assim, pode-se saber se a desinstitucionalização vem incidindo de forma ética e satisfatória.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. MINISTERIO 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.

2. GONÇALVES, A. SENA, R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*. 2001; 9(2): 48 – 55.
3. ONOCKO-CAMPOS, R. FURTADO, J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Maio de 2006; 22(5): 1053 – 1062.
4. SCHRANK, G. OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *RevEscEnferm USP*. 2008; 42(1): 127 – 134.
5. ESTADO DA BAHIA. Rede de Atenção Psicossocial Cobertura de Saúde Mental por Microrregião de Saúde. Bahia, 2011. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PCzsRda-EvwJ:www1.saude.ba.gov.br/dipro/pacto/download/OFICINA_SIS-PACTO_26.07.2012/Serie_hist/17%2520Cobertura%2520CAPS%2520Micro%2520SAJ%2520e%-2520Cruz.doc+%&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acessado em 10 de dezembro de 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados □ 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>>. Acessado em 11 dezembro de 2015.
7. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. SILVA, A. A importância do CAPS na consolidação do novo modelo de Saúde Mental Brasileiro. Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010silva-amp.pdf>>. Acessado em 12 de dezembro de 2015.
9. RABELO, A. COUTINHO, D. Análise da saúde mental no estado da Bahia – 2008. *Gaz. Méd. Bahia*. 2008; 78(2): 104-119.
10. ESTADO DA BAHIA. Rede de Atenção Psicossocial Cobertura de Saúde Mental por Microrregião de Saúde. Bahia, 2011. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PCzsRda-EvwJ:www1.saude.ba.gov.br/dipro/pacto/download/OFICINA_SIS-PACTO_26.07.2012/Serie_hist/17%2520Cobertura%2520CAPS%2520Micro%2520SAJ%2520e%-2520Cruz.doc+%&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acessado em 10 de dezembro de 2015.
11. BARRETO, S. O processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais: discursos e práticas em um CAPS. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10907/1/5555555555.pdf>>. Acessado em 13 de dezembro de 2015.
12. NUNES, M. TORRENTÉ, M. OTTONI, V. NETO, V. SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência

Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. vol. 24, n. 1, jan. 2008, p. 188-196. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/18.pdf>> Acessado em 13 de dezembro de 2015.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 5, ano III, nº 5. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2008. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf>. Acessado em 13 de dezembro de 2015.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados nº10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

15. GONÇALVES, V. ABREU, P. CANDIGALO, R. SARAIVA, S. LOBATO, M. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. Rev. Psiquiatr. RS. 2010; 32(1): 16-18.