

Evolução da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, 2012-2018

Evolution of the Psychosocial Care Network in Brazil, 2012-2018

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles¹ , Thereza Christina Bahia Coelho¹ , Jéssica Vieira dos Santos¹ ,
Andrei Souza Teles² 

¹Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde – Feira de Santana (BA), Brasil.

²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde – Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.

Como citar: Teles MPSF, Coelho TCB, Santos JV, Teles AS. Evolução da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, 2012-2018. Cad Saúde Coletiva. 2024;32(3):e32030437.

Resumo

Introdução: A implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, foi essencial para garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção no território. **Objetivo:** Analisar a evolução e a distribuição de serviços da RAPS no Brasil, de 2012 a 2018. **Método:** Estudo quantitativo, com base em dados secundários, analisados em relação às seguintes dimensões: tipos de serviços substitutivos; distribuição dos leitos psiquiátricos; distribuição e cobertura do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e financiamento da RAPS. **Resultados:** De modo geral, houve aumento em todos os serviços analisados, com destaque para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (40%) e para os CAPS (30,93%). Apesar disso, a maior parte dos municípios brasileiros (68,3%) não contam com qualquer tipo de CAPS. A Região Norte do país concentrou estados com as coberturas de CAPS mais baixas e menores taxas de leitos psiquiátricos/1.000 habitantes. As transferências de recursos financeiros para a RAPS em todo território nacional aumentaram, contudo 71,53% dos municípios não receberam recurso em 2017. **Conclusão:** A abertura de novos serviços substitutivos em todo país é necessária, mas não suficiente, pois é imprescindível que haja uma melhor distribuição e constância na oferta de ações e serviços da RAPS.

Palavras-chave: saúde mental; serviços de saúde mental; política de saúde.

Abstract

Background: The implementation of the Psychosocial Care Network (RAPS) in 2011 was essential to ensure the articulation and integration of care points in the territory. **Objective:** To analyze the evolution and distribution of RAPS services in Brazil, from 2012 to 2018. **Method:** Quantitative study, based on secondary data, analyzed in relation to the following dimensions: types of substitutive services; distribution of psychiatric beds; distribution and coverage of the Psychosocial Care Center (CAPS); and RAPS funding. **Results:** In general, there was an increase in all services analyzed, especially the Expanded Center for Family Health and Primary Care (NASF-AB) (40%) and CAPS (30.93%). Despite this, most Brazilian municipalities (68.3%) do not have any type of CAPS. The Northern region of the country concentrated states with the lowest CAPS coverage and lower rates of psychiatric beds/1,000 inhabitants. Transfers of financial resources to RAPS throughout the national territory increased; however, 71.53% of the municipalities did not receive funds in 2017. **Conclusion:** The opening of new substitute services throughout the country is necessary, but not sufficient, as it is essential that there be better distribution and consistency in the offering of RAPS actions and services.

Keywords: mental health; mental health services; health policy.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Milla Pauline da Silva Ferreira Teles. E-mail: millapsf@gmail.com

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Ago. 23, 2021. Aprovado em: Maio 12, 2022

INTRODUÇÃO

No Brasil, a trajetória da atenção à saúde mental passou por importantes transformações, a partir de 1970, com as críticas em torno da estrutura asilar e da cronificação dos pacientes. Os asilos, como eram chamados os hospitais psiquiátricos da época, ao invés de um lugar social e de cuidado transformaram-se em locais onde predominavam a violência, os maus-tratos, a exclusão e a violação dos direitos humanos¹.

Nesse contexto, teve início o movimento pela reforma psiquiátrica, que trouxe em sua essência um direcionamento para a mudança do modelo de atenção à saúde mental. Enfatizou-se a extinção progressiva dos manicômios e foi introduzido novas abordagens terapêuticas, buscando como recurso a comunidade, com vistas ao protagonismo e cidadania de usuários e familiares. A Lei nº 10.216, sancionada em abril de 2001, representou um importante marco, pois forneceu a base legal dos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil^{2,3}.

No processo de ampliação da reforma, um novo modo de organização dos serviços foi proposto com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011. Essa iniciativa promoveu a ampliação do acesso à atenção psicossocial e a articulação de diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo àquelas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Com a rede instituída, os serviços passariam a atuar de forma integrada, garantindo o acolhimento, o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências⁴.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pontos da atenção psicossocial especializada da RAPS, configuraram-se como equipamentos estratégicos no tecimento da rede. Esta também é formada pela atenção básica em saúde, tendo como pontos de atenção a Unidade Básica de Saúde (UBS), as Equipes de Consultório na Rua (eCR), o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o Centro de Convivência. Fazem parte da RAPS, ainda, a atenção residencial de caráter transitório, como as Unidades de Acolhimento (UAs) adulto e infanto-juvenil; as estratégias de desinstitucionalização, quais sejam, as residências terapêuticas e o Programa de Volta para Casa (PVC); a atenção hospitalar, constituída por leitos de psiquiatria em hospital geral e serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas; além da atenção de urgência e emergência, como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)^{4,5}.

O movimento pela reforma psiquiátrica e a estruturação da RAPS proporcionaram uma série de avanços para o sistema de saúde mental, especialmente no que tange à redução de leitos e ao progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos⁶. Esse processo se deu por meio da diminuição da necessidade de internações e da introdução de leitos em CAPS III e em hospitais gerais^{7,8}.

Importa assinalar, contudo, que segundo o Atlas de Saúde Mental de 2017 da Organização Mundial da Saúde (OMS), há escassez de profissionais treinados e faltam investimentos em instalações físicas nessa área em todo o mundo. Os gastos governamentais são inferiores a US\$ 1 *per capita* em países de baixa e média renda, enquanto os países de alta renda gastam mais de US\$ 80 com saúde mental⁹.

No Brasil, 3% da população geral sofrem com transtornos mentais do tipo graves e persistentes, sendo que 6% apresentam transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os gastos com a saúde mental, em 2001, correspondiam somente a 2,7% do gasto total em saúde, e, mais recentemente, em 2019, esse gasto foi ainda mais baixo, apenas 2,1%, sendo R\$ 12,50 *per capita*^{10,11}.

Em direção contrária ao ordenamento da reforma que prevê que os dispositivos substitutivos sejam as principais formas de atenção psicossocial, a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, passou a enfatizar os hospitais psiquiátricos na RAPS¹². Como agravante, foi editada recentemente pelo governo federal a Nota Técnica nº 11/2019, que ressalta o caráter complementar da rede em detrimento do caráter substitutivo. A nota valoriza a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, o investimento em aparelhos de eletroconvulsoterapia, o incentivo ao atendimento ambulatorial e as comunidades terapêuticas^{13,14}.

Partindo do pressuposto de que os serviços de base comunitária são essenciais para a progressiva continuidade da reforma psiquiátrica, bem como para o fortalecimento da RAPS, e da premente necessidade de discussão e de realização de pesquisas abordando toda a rede, este estudo teve por objetivo analisar a evolução e a distribuição dos principais serviços da RAPS no Brasil, de 2012 a 2018.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de análise de série espaço-temporal da RAPS em todo território nacional, no período de 2012-2018. O Brasil é composto por 26 estados, um Distrito Federal e 5.570 municípios, com uma população de 209,5 milhões, no ano 2018¹⁵.

As políticas de saúde mental, no Brasil, são da responsabilidade dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), que contribuem para o seu financiamento. Dessa forma, contam com serviços em todos os níveis de complexidade, sob a responsabilidade tanto do Ministério da Saúde, do Distrito Federal, quanto das 27 Secretarias Estaduais de Saúde e das 5.570 Secretarias Municipais de Saúde que gerem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Constituíram como fontes de dados os seguintes sistemas de informação: o Departamento de Informática do SUS (DATASUS); o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); o Fundo Nacional de Saúde (FNS); e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram coletados entre os meses de abril a julho de 2020.

A coleta, a organização dos dados da RAPS e o cálculo dos indicadores foram efetuados com o auxílio do programa *Microsoft Excel*. Os dados foram analisados em relação às seguintes dimensões: tipos de serviços substitutivos/comunidade; distribuição dos leitos psiquiátricos (cálculo do indicador leitos/1.000 hab. e média de ocupação de leitos); distribuição de CAPS (cálculo da cobertura de CAPS/100.000 hab.); e financiamento da RAPS. A escolha do recorte temporal do estudo justifica-se por compreender o período pós-implantação da RAPS e pela completude dos dados disponíveis nos sistemas de informação consultados.

Os dados concernentes aos leitos psiquiátricos da RAPS nacional foram analisados de modo a dimensionar a distribuição destes em hospital geral e especializado, sendo também calculada a taxa de leitos cadastrados/1.000 habitantes e a média de leitos ocupados. Os leitos psiquiátricos ocupados pelo SUS foram estimados baseados nos dias de permanência dos pacientes internados por transtornos mentais, registrados nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Os dias de permanência anual foram divididos pelo total de dias do ano (365) para obter o número médio de leitos psiquiátricos ocupados em cada unidade da federação.

A análise dos CAPS contemplou a distribuição por tipo e por estado/região. Foi calculado também o indicador de cobertura de CAPS por estado, a fim de analisar a expansão da rede em âmbito nacional. Considera-se como parâmetro ideal a proporção de 1 (um) CAPS para cada 100.000 mil habitantes¹⁶. O cálculo foi realizado como mostra a Equação 1:

$$\frac{[(n^{\circ} \text{CAPS I} \times 0,5) + (n^{\circ} \text{CAPS II}) + (n^{\circ} \text{CAPS III} \times 1,5) + (n^{\circ} \text{CAPS i}) + (n^{\circ} \text{CAPS AD})]}{\text{População} \times 100.000} \quad (1)$$

Segundo a Área Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, os resultados do indicador "CAPS/100.000 mil habitantes" podem ser classificados segundo os seguintes critérios de cobertura:

- Muito boa (acima de 0,70);
- Regular/boa (0,50–0,69);
- Regular/baixa (0,35–0,49);
- Baixa (0,20–0,34);
- Insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

No que concerne às informações financeiras, fizeram parte, para a base do cálculo, o Teto Municipal Rede Psicossocial, o Teto Municipal Rede Psicossocial (RSM-CRAC) e o Teto Municipal Rede Saúde Mental (RSME) do bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Os repasses dos pontos de atenção integrantes do Programa "Crack, é Possível Vencer" (os CAPS

AD III, os leitos de saúde mental e as Unidades de Acolhimento) foram identificados na Ação RSM-CRAC, enquanto os demais pontos de atenção da RAPS (CAPS I, II, III e AD e SRT), na Ação RSME Estadual ou Municipal.

É válido ressaltar que os dados de financiamento da RAPS incluídos no estudo foram referentes aos anos de 2012 a 2017, por questões de disponibilidade e operacionalidade. A partir do ano 2018, as novas regras em relação aos blocos de financiamento no setor saúde¹⁷, dificultaram a identificação dos recursos gastos com a RAPS no FNS.

O presente estudo fez parte de projeto de doutorado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana em 06/05/2020, parecer nº 4.011.028 e CAAE: 29343020.0.0000.0053.

RESULTADOS

A Tabela 1 evidencia a evolução de serviços da RAPS no território nacional, no período de 2012 a 2018. Como parte integrante da RAPS, os CAPS, em 2012, somavam 2.145 unidades implantadas (46,41%), representando o maior número de serviços da rede naquele ano, e aumentou para 3.013 (28,99%), em 2018. As equipes de NASF-AB, desde a implantação da rede, variaram de 1.849 (40%) a 5.651 núcleos, representando o maior percentual, em 2018, 54,36% do total de serviços. Já as eCR, apresentaram, de 2012 a 2018, um crescimento da ordem de 245%.

Em janeiro de 2012, foram instituídas 28 UA adulto e três infantis, seis anos mais tarde, com uma tímida evolução, tendo em vista a perspectiva geográfica abrangida — totalizavam, 136 (1,31%) e 35 (0,34%) unidades cada uma. O mesmo não aconteceu com os hospitais-dia, que eram 230 (4,98%) em 2012, chegaram a subir para 246 em 2014, retornando para o mesmo patamar de 230 no ano seguinte, e chegando a 233 (2,24%) em 2018, isto é, sem aumento significativo (1,30%).

Em relação às residências terapêuticas, em 2012, existiam apenas 53 (1,15%) em todo o país. No ano de 2018, houve um aumento de quase 643,39%, totalizando 394 (3,79%) residências do tipo I e II. A média percentual das residências terapêuticas por estado, no Brasil, de 2012 a 2018, segundo dados do CNES, está apresentada na Figura 1.

A análise revelou que o estado de São Paulo possuía a maior média de SRT (Serviço Residencial Terapêutico) no período de 2012-2018, correspondendo a uma média de 32,68% das residências do país (média de 105,86 unidades); seguido pelo estado do Rio de Janeiro com 21,11% (média de 68) e Minas Gerais, equivalente a 10,37% dos SRT do período (média de 33,29), todos da Região Sudeste do Brasil. No estado do Tocantins, a média foi de 0,14% das residências no mesmo período (média de 0,57 unidades), enquanto que o Espírito Santo apresentou 0,24% (média de 0,86) e o Amazonas, uma média de 0,38% (média de 1,29).

Os leitos de internação para pessoas com transtornos mentais estão distribuídos em hospitais gerais e hospitais especializados de psiquiatria. Como ilustra a Figura 2, o número total de leitos de saúde mental destinados ao SUS cadastrados no CNES foi equivalente a 34.730, em 2012, reduzindo para 20.636, em 2018, apresentando uma redução importante de mais de 40%.

A análise em números absolutos por tipo de hospital, por seu turno, revelou que a quantidade de leitos SUS de saúde mental em hospital geral variou entre 4.973, em 2012, e 4.359, em 2018, diminuindo 12,34%. Ao analisar os leitos de hospital geral proporcionalmente ao total de leitos psiquiátricos, percebeu-se que o percentual desses leitos aumentou, de 14,32%, em 2012, chegando a alcançar 21,12%, em 2018. Os leitos de saúde mental em hospitais especializados obtiveram uma redução maior no período em estudo, com uma queda de quase 45%, reduzindo de 29.757 (86,68%) para 16.277 (78,88%), entre 2012 e 2018.

Adicionalmente, os indicadores “leitos/1.000 habitantes” e “média anual de ocupação de leitos de saúde mental” foram calculados, encontrando-se resultados expressivamente diferentes entre as Unidades da Federação, como mostra a Tabela 2. Em relação à ocupação dos leitos psiquiátricos, estados da Região Norte do país obtiveram as menores médias de leitos ocupados durante o ano 2012, a saber: Amapá (3,21 leitos), Roraima (4,70 leitos) e Rondônia (32,01 leitos). Em 2013, seguiu-se essa mesma ordem, modificando esse *ranking* a partir de 2014, onde apareceu, em terceiro, o estado do Tocantins (23,18 leitos), e em 2018 os menores índices de leitos ocupados foram nos estados do Amapá (2,10), Roraima (6,56) e Amazonas (13,52).

Tabela 1. Evolução numérica dos serviços que compõem a RAPS do Brasil, 2012 a 2018

Região/Unidade da Federação	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Média de leitos ocupados	Leitos/1.000hab.	Média de leitos ocupados	Leitos/1.000hab.	Média de leitos ocupados	Leitos/1.000hab.	Média de leitos ocupados	Leitos/1.000hab.	Média de leitos ocupados	Leitos/1.000hab.	Média de leitos ocupados	Leitos/1.000hab.	Média de leitos ocupados	Leitos/1.000hab.
Região Norte	365,81	0,04	284,60	0,03	242,49	0,02	225,52	0,02	242,87	0,02	225,05	0,02	239,59	0,01
Rorônia	32,01	0,03	40,71	0,03	37,67	0,03	37,61	0,02	53,91	0,02	45,55	0,02	66,69	0,03
Acre	48,59	0,09	49,20	0,08	52,77	0,08	53,78	0,08	52,15	0,08	48,70	0,08	47,72	0,07
Amazonas	50,26	0,04	50,34	0,02	23,22	0,02	16,42	0,02	20,58	0,01	14,88	0,01	13,52	0,01
Roraima	4,70	0,03	5,92	0,03	3,13	0,02	4,06	0,03	7,74	0,03	6,62	0,03	6,56	0,02
Pará	80,16	0,02	77,86	0,02	100,45	0,02	91,06	0,02	84,95	0,02	84,54	0,02	84,38	0,01
Amapá	3,21	0,02	1,19	0,02	2,07	0,02	0,62	0,02	3,22	0,02	4,01	0,02	2,10	0,02
Tocantins	146,88	0,12	59,38	0,13	23,18	0,02	21,97	0,01	20,33	0,01	20,75	0,01	18,62	0,01
Região Nordeste	6.581,71	0,13	5.828,71	0,12	5.229,79	0,11	4.714,72	0,10	4.247,53	0,09	4.005,98	0,08	3.744,33	0,08
Maranhão	810,91	0,10	735,44	0,10	751,19	0,11	782,98	0,09	801,23	0,09	814,89	0,09	703,49	0,09
Piauí	226,90	0,06	233,76	0,07	247,81	0,06	237,59	0,06	203,47	0,06	199,66	0,06	208,97	0,06
Ceará	948,16	0,13	800,82	0,09	789,46	0,09	772,62	0,09	582,36	0,07	554,72	0,07	557,32	0,07
Rio Grande do Norte	443,81	0,15	429,63	0,15	450,76	0,14	406,52	0,13	353,31	0,10	322,95	0,11	339,81	0,11
Pernambuco	671,35	0,20	616,57	0,20	457,96	0,14	399,04	0,13	364,59	0,11	386,94	0,11	336,06	0,12
Alagoas	1.541,01	0,20	1.269,11	0,19	922,27	0,14	801,13	0,14	662,57	0,13	488,55	0,08	482,84	0,08
Sergipe	886,93	0,28	909,74	0,27	801,20	0,23	680,15	0,22	614,25	0,22	604,37	0,22	482,75	0,18
Bahia	200,04	0,16	99,47	0,17	112,30	0,16	116,08	0,09	104,56	0,09	102,82	0,08	85,08	0,08
Região Sudeste	17.473,68	0,23	16.041,58	0,21	14.554,77	0,20	12.447,53	0,17	10.484,45	0,14	8.968,40	0,13	7.828,82	0,11
Minas Gerais	2.309,98	0,13	2.064,62	0,10	1.772,70	0,09	1.399,05	0,07	1.109,50	0,05	942,76	0,05	929,27	0,05
Espírito Santo	554,99	0,19	473,37	0,17	457,43	0,13	230,04	0,07	113,41	0,03	104,00	0,03	107,72	0,03
Rio de Janeiro	4.076,55	0,30	3.639,71	0,28	3.230,16	0,27	2.764,65	0,23	2.458,03	0,22	2.246,35	0,20	1.844,93	0,14
São Paulo	10.532,15	0,26	9.863,88	0,24	9.094,48	0,23	8.053,79	0,21	6.803,51	0,17	5.675,29	0,14	4.946,89	0,13
Região Sul	5.623,86	0,21	5.269,85	0,20	5.093,66	0,20	4.764,25	0,19	4.629,62	0,18	4.653,74	0,18	4.639,54	0,17
Paraná	2.716,99	0,24	2.373,50	0,22	2.210,06	0,21	2.060,26	0,19	2.024,76	0,19	2.043,24	0,19	2.048,13	0,18
Santa Catarina	1.116,58	0,17	1.055,06	0,15	979,68	0,17	936,80	0,17	861,43	0,16	795,57	0,13	722,12	0,12
Rio Grande do Sul	1.790,29	0,21	1.841,29	0,20	1.903,92	0,20	1.767,19	0,19	1.743,44	0,19	1.814,93	0,19	1.869,29	0,19
Região Centro-Oeste	1.863,89	0,14	1.689,93	0,12	1.409,77	0,11	1.373,30	0,11	1.155,45	0,10	1.006,64	0,07	999,89	0,08
Mato Grosso do Sul	242,36	0,12	215,33	0,09	190,90	0,10	157,29	0,09	113,89	0,08	100,48	0,06	90,04	0,05
Mato Grosso	189,24	0,07	165,01	0,07	154,70	0,07	154,89	0,07	162,75	0,07	137,20	0,07	152,10	0,07
Goiás	1.302,40	0,22	1.203,84	0,19	954,62	0,18	942,35	0,16	766,46	0,15	667,21	0,09	641,47	0,12
Distrito Federal	129,90	0,04	105,75	0,03	109,55	0,03	118,76	0,04	112,35	0,04	101,75	0,04	116,28	0,04
Total	31.908,95	0,18	29.114,67	0,16	26.530,48	0,15	23.525,33	0,14	20.759,93	0,12	18.859,82	0,11	17.452,16	0,10

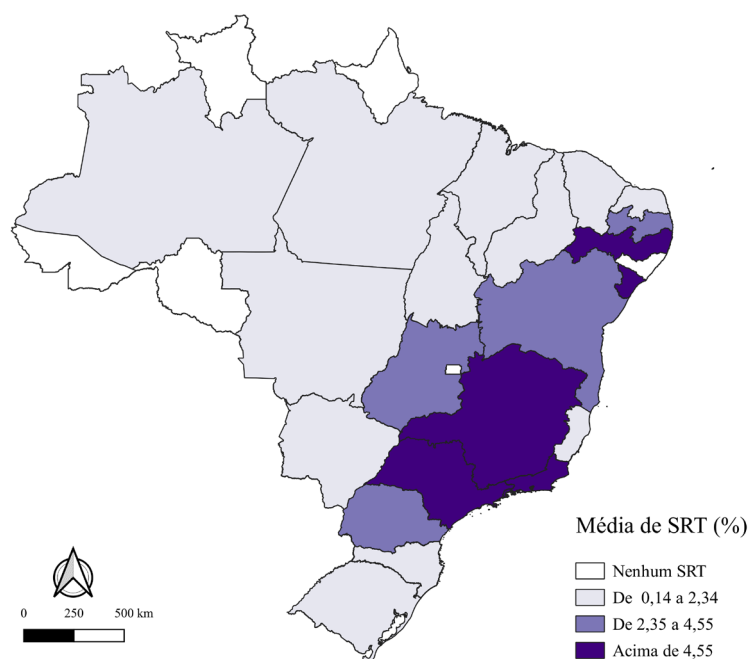


Figura 1. Distribuição percentual média dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) por estado, Brasil, de 2012 a 2018

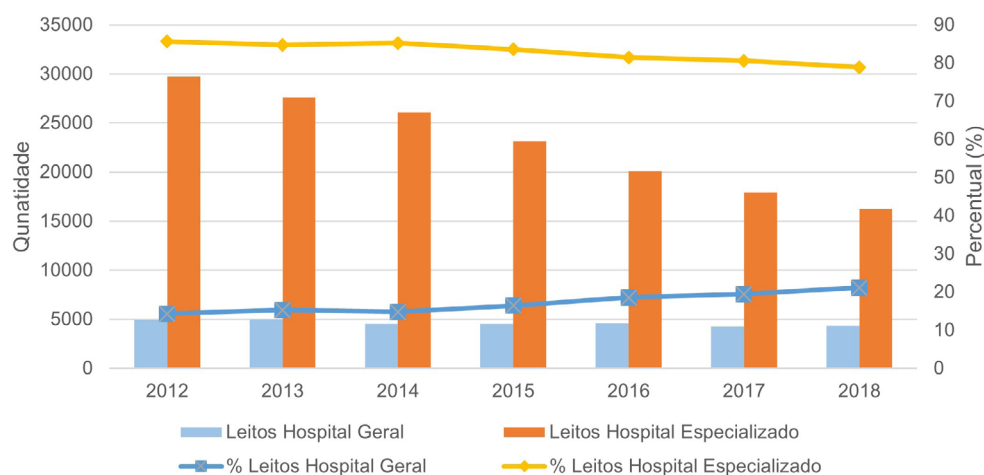


Figura 2. Distribuição dos leitos SUS de saúde mental em hospitais gerais e especializados no Brasil, de 2012 a 2018

Os estados com maior número de leitos psiquiátricos ocupados, em 2012, eram da Região Sudeste e Região Sul, tais como São Paulo (10.532,15 leitos) — que obteve a maior média de ocupação de leitos em todo o período —, seguido pelo Rio de Janeiro (4.076,55 leitos) e Paraná (2.716,99). Em 2018, o estado do Rio Grande do Sul (1.903,92) passou a ocupar o terceiro lugar entre as maiores médias de ocupação.

Segundo o Ministério da Saúde, o índice mínimo de leitos de saúde mental corresponde a 0,45 leitos por 1.000 habitantes e o parâmetro de leitos de psiquiatria em hospital geral é de 1 leito para cada 23 mil habitantes^{18,19}. A análise do indicador “leitos/1.000 habitantes” de forma similar à média de ocupação de leitos, apontou que, em 2012, os estados da Região Norte do Brasil possuíam as menores taxas, como é o caso do Pará e Amapá, ambos com 0,02 leitos/1.000 habitantes, seguido por Roraima (0,03). Os estados da Região Sudeste e Nordeste, com até 15 vezes mais, como Rio de Janeiro (0,30), Alagoas (0,28) e São Paulo (0,26), apresentaram os maiores índices de leitos por habitantes. No ano de 2018, os estados do Pará, Amazonas e Tocantins apresentaram os valores mais baixos do indicador leitos/1.000 habitantes, ambos com 0,01.

Tabela 2. Indicador leitos/1.000 habitantes e média anual de leitos ocupados por Região e Unidade da Federação, Brasil, 2012-2018

SERVIÇO	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Residências Terapêuticas	53	1,22	117	2,01	146	2,04	250	3,17	303	3,73	342	3,85	394	4,09
Centro de Atenção Psicossocial	2.145	49,25	2.330	40,03	2.568	35,86	2.718	34,49	2.787	34,27	2912	32,78	3.013	31,31
Equipe de Consultório na Rua	47	1,08	85	1,46	121	1,69	133	1,69	138	1,70	153	1,72	162	1,68
Unidade de Acolhimento Adulto	28	0,64	75	1,29	83	1,16	103	1,31	114	1,40	120	1,35	136	1,41
Unidade de Acolhimento Infantil	3	0,07	14	0,24	23	0,32	24	0,30	25	0,31	28	0,32	35	0,36
Hospital Dia	230	5,28	236	4,05	246	3,43	230	2,92	230	2,83	237	2,67	233	2,42
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	1.849	42,46	2.964	50,92	3.975	55,50	4.423	56,12	4.536	55,77	5.092	57,32	5.651	58,72
Total	4.355	100	5.821	100	7.162	100	7.881	100	8.133	100	8.884	100	9.624	100

A análise detalhada por tipo de CAPS revelou que, em 2012, segundo dados do CNES, havia um total de 1.901 CAPS, sendo 900 da modalidade I (47,34%), 462 CAPS II (24,30%), 69 CAPS III (3,63%), 297 CAPS AD (15,62%) e 173 CAPSi (9,10%). Em 2018, houve um aumento de 30,93% de CAPS no Brasil, totalizando 2.489 centros, consistindo em 1.269 CAPS I (50,98%), 521 CAPS II (20,93%), 107 CAPS III (4,30%), 345 CAPS AD (13,86%) e 247 CAPSi (9,92%).

A Região Nordeste apresentou a maior quantidade de CAPS em 2012, com 680 unidades (35,77%) e no ano de 2018, a Região Sudeste foi a que possuía o maior número, somando 890 unidades (35,76%). Em contraponto, as Regiões Centro-Oeste e Norte obtiveram os menores quantitativos durante todo o período estudado, representando cerca de 6% dos CAPS do país.

Para aprofundar essa discussão, foi calculada a taxa de cobertura CAPS/100.000 habitantes por unidade da federação, comparando-se os anos 2012 e 2018, conforme apresentado na Figura 3.

Observou-se que, em 2012, o Acre (0,26), o Distrito Federal (0,28) e o Amazonas (0,33) apresentaram uma cobertura CAPS/100.000 habitantes considerada baixa (de 0,20 a 0,34), segundo os parâmetros de cobertura do Ministério da Saúde¹⁵. Três estados, a saber, Amapá (0,43), Espírito Santo (0,45) e Tocantins (0,49) obtiveram uma cobertura regular/baixa (de 0,35 a 0,49), seis unidades da federação tiveram uma cobertura regular/boa (de 0,50 a 0,69) e um total de 15 estados apresentaram uma cobertura de CAPS muito boa (acima de 0,70).

Em 2018, o estado do Amapá (0,30) e o Distrito Federal (0,31) apresentaram cobertura CAPS/100.000 habitantes baixa, já o Amazonas (0,43) e o Acre (0,46), que em 2012 estavam com baixa cobertura, cresceram em 2018, passando a fazer parte da faixa regular/baixa. Espírito Santo (0,57) e Pará (0,69) também aumentaram a cobertura do serviço durante os seis anos do estudo, passando para uma cobertura regular/boa. Houve ainda um aumento expressivo do número de estados que passaram a ter uma cobertura muito boa de CAPS, totalizando 21 unidades da federação.

No que tange aos recursos financeiros de incentivo para as ações de custeio da RAPS, na Figura 4 é possível visualizar a evolução das transferências federais nos anos de 2012 e 2017 para os municípios brasileiros.

Vale destacar que em 2012 as transferências federais do FNS para os municípios totalizaram R\$229, 91 milhões, aumentando expressivamente em 2017 para cerca de R\$1,2 bilhões, o que equivale a um acréscimo da ordem de 425,28%. Em 2012, apenas 767 municípios brasileiros receberam recursos e a grande maioria (73,53%) concentrou-se na faixa de até R\$250.000,00. A menor quantidade de municípios foi evidenciada na faixa de R\$750.000,00 a R\$1.000.000,00, com 1,96% (15), enquanto na faixa de acima de R\$1 milhão, encontrou-se 3,65% (28) dos municípios.

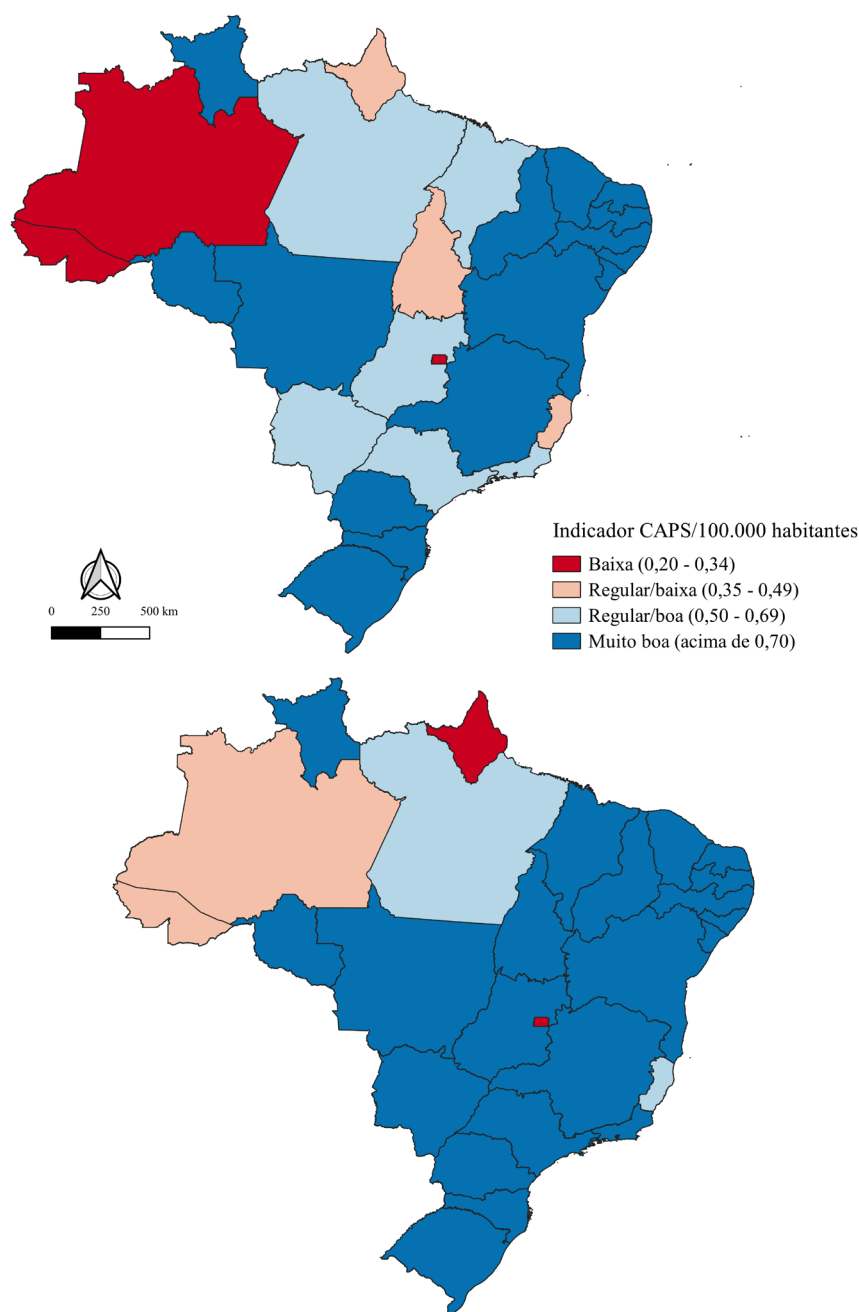
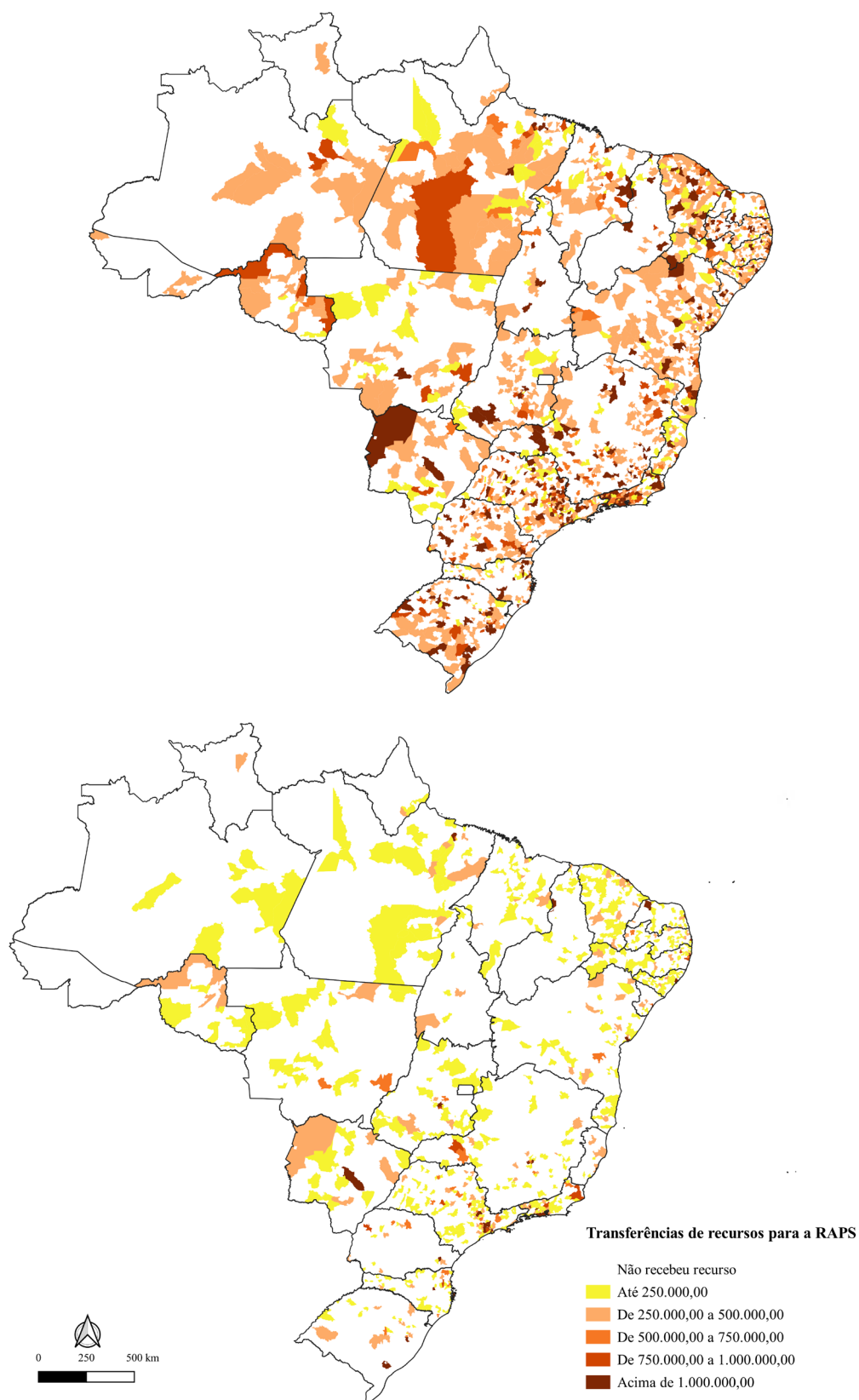


Figura 3. Distribuição da taxa de cobertura CAPS/100.000 hab. por estado, Brasil, nos anos de 2012 e 2018

Em 2017, dos 1.586 municípios que fizeram jus às transferências, mais de 50% obtiveram um teto entre R\$250.000,00 a R\$500.000,00. Destaque significativo foi identificado na faixa de acima de um milhão de reais, que em 2012 concentrava somente 3,65% dos municípios e, em 2017, passou a contemplar 15,07%. O menor número de municípios foi na faixa de recursos de R\$500.000,00 a R\$750.000,00, equivalente a 5,30% (84).

O aumento progressivo das transferências federais para a RAPS observado é reflexo da expansão dos serviços substitutivos no país, devido ao crescimento das populações dos municípios e do aumento da demanda por esses serviços. No entanto, é importante também assinalar os números em termos de municípios que não receberam recursos para a RAPS no período estudado: em 2012, do total de 5.570 municípios, 86,23% (4.803), e em 2017, 71,53% (3.984) dos municípios não foram contemplados.



*Os valores foram deflacionados para dezembro de 2017 conforme o IPCA.

Figura 4. Evolução das transferências federais para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por município, Brasil, nos anos de 2012 e 2017*

DISCUSSÃO

De modo geral, os serviços da RAPS analisados aumentaram no Brasil, durante o período de 2012 a 2018. No que se refere ao NASF-AB, destaca-se a sua incursão no campo da saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), mediante ações de matriciamento²⁰. A grande maioria dos municípios brasileiros possui NASF-AB, visto que, em 2012, o Ministério da Saúde redefiniu os parâmetros de vinculação desses núcleos ao afirmar que qualquer município com pelo menos uma eSF possa implantá-los²¹. Assim, a maior parte dos municípios que não possui CAPS (3.808), ou seja, aqueles com uma população abaixo de 20 mil habitantes, contam com a APS como principal estratégia de cuidado para as demandas de sofrimento mental.

Apesar da importância do NASF-AB nesse campo, em 2019, o Ministério da Saúde extinguiu a obrigatoriedade de vinculação do Núcleo às equipes de saúde da família e estabeleceu mudanças no modelo de financiamento da APS, por meio da Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil²². O financiamento federal da APS passou a ser constituído pela capitação ponderada, pelo pagamento por desempenho e pelo incentivo para ações estratégicas que não inclui o custeio do NASF-AB, ficando a cargo dos municípios a iniciativa para compor as equipes. Dessa forma, sem recurso federal definido, o cenário pode levar à demissão dos profissionais que já atuam no NASF-AB, assim como à não implantação de novas equipes, o que pode trazer grandes implicações para a saúde dos cidadãos²³.

A eCR é uma estratégia que integra o componente da atenção primária da RAPS, considerada como extensão dos serviços para pessoas em situação de rua²⁴. As ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional da eCR de forma itinerante são de extrema importância, pois atendem uma população vulnerável e estigmatizada, caracterizada por pessoas com várias comorbidades e que necessitam de atendimento diferenciado²⁵.

As UA, serviços residenciais de caráter transitório que estão articulados com outros pontos da RAPS, são divididas em UA Adulto (UAA) e UA Infantil (UAI)²⁶, e, no presente estudo, a maior parte das unidades eram UAA. Segundo Bernardi e Kanan²⁷, é importante ressaltar que grande parte dos serviços de atenção psicossocial estão naturalmente voltadas para a saúde da população adulta, não obstante a complexidade que envolve o desenvolvimento infanto-juvenil.

O hospital-dia apresentou uma pequena variação no período estudado. Esse é mais um serviço que visa eliminar gradualmente a internação prolongada em hospitais psiquiátricos e prevenir a marginalização, funcionando de maneira intermediária entre a internação e o ambulatório. Há um estudo²⁸ que afirma que existe um investimento maior desse tipo de serviço por parte da rede privada de saúde se comparado com as unidades SUS.

O SRT inclui moradias, com o objetivo de proporcionar a reintegração social do paciente egresso de hospitais psiquiátricos e de custódia. Segundo Aguiar²⁹, para cada paciente encaminhado para uma residência terapêutica, deveria haver igual redução do número de leitos do hospital psiquiátrico. Assim, os recursos financeiros destinados para as internações hospitalares seriam redirecionados para garantir a continuidade do cuidado aos usuários fora do ambiente hospitalar. Nota-se, contudo, que ao longo de 20 anos de sua criação legal, ainda é pequena a quantidade de SRT implantados.

Além disso, a distribuição desigual de SRT no Brasil pode ser explicada pelo fato de o serviço estar implantado em municípios que possuem hospital psiquiátrico em processo de fechamento, CAPS, bem como, usuários egressos de longas internações psiquiátricas, sendo que as residências devem estar vinculadas ao CAPS de referência³⁰.

No que se refere aos leitos em hospitais psiquiátricos, constatou-se que estão diminuindo gradativamente no Brasil. Conforme preconizado na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011⁴, os leitos destinados ao cuidado de pessoas com transtornos mentais devem ser instituídos em hospitais gerais, uma vez que esses hospitais estão localizados no contexto social dos indivíduos e presentes na grande maioria dos municípios.

Os “indicadores leitos/1.000 habitantes” e “média anual de leitos ocupados” sinalizaram uma baixa ocupação e uma redução de leitos psiquiátricos. Em consonância com esses achados, pesquisas encontraram que o número de leitos psiquiátricos por habitante em regiões mais ricas

é superior à média verificada em regiões mais pobres. Desse modo, as diferenças identificadas entre os estados do Brasil podem indicar, por um lado, desassistência de saúde mental nos locais com índices mais baixos, por outro, inclusão social das pessoas que apresentam transtornos mentais e maior capacidade de atuação dos serviços substitutivos^{31,32}.

Evidenciou-se, de 2012 a 2018, um aumento da cobertura de CAPS no país. Fato que corrobora com outros estudos que apontam para a expansão das estratégias baseadas na comunidade nos estados brasileiros, reforçando a importância do aprimoramento da política de saúde mental^{6,16,33}. No entanto, não se pode deixar de considerar que possuem estados com uma cobertura baixa ou regular de CAPS e que a maioria dos municípios brasileiros (68,36%) não possui esse tipo de instituição. Essa conjuntura indica a existência de uma rede que, em muitos casos, é insuficiente e majoritariamente localizada em grandes centros, e que a distribuição dos serviços ainda precisa avançar para responder às demandas da população³⁴.

No que tange aos incentivos financeiros para a RAPS, as capitais e os municípios de grande porte populacional foram os que obtiveram a maior parte das transferências federais, devido, sobretudo, à capacidade instalada de serviços que compõem a rede. Todavia, considerando as desigualdades socioeconômicas existentes entre as regiões do país, é válido pontuar que os territórios com restrições em termos de cobertura dos serviços e repletos de vazios assistenciais, possuem populações também com potenciais para o desenvolvimento de sofrimento psíquico e/ou agravamento de quadros psiquiátricos³⁵.

Vale destacar ainda que o setor saúde, de um modo geral, desde a crise econômica, fiscal e política, acentuada com a implementação de medidas de austeridade fiscal a partir de 2014, vem sofrendo ataques no que se refere ao financiamento. Tendo como exemplo a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 86, de 2015, que modificou a aplicação mínima de recursos federais, passando a ser de forma escalonada segundo percentual da Receita Corrente Líquida (RCL) de 13,2%, em 2016, alcançando 15% em 2020, levando a diminuição real dos recursos financeiros alocados para o sistema público de saúde³⁶.

Além do mais, houve a aprovação da EC nº 95 de 15 de dezembro de 2016, que limita os gastos públicos com as áreas sociais por 20 anos, o que pode levar a perdas para o SUS em torno de R\$168 bilhões a R\$738 bilhões. Ademais, foi publicada a Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que alterou os repasses financeiros para dois blocos de financiamento (Bloco de Custeio e o Bloco de Investimento), que têm acentuado o quadro de subfinanciamento do SUS³⁶.

Não esgotando os embates, os arranjos políticos apontam para uma contrarreforma psiquiátrica, com as modificações na Política Nacional de Saúde Mental evidenciadas desde 2017. A exemplo do acréscimo de recursos para os hospitais psiquiátricos, que voltaram a compor a RAPS, mediante o aumento do valor pago por cada leito e por internações prolongadas¹³.

A Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde cria uma via de alocação de recursos financeiros para o custeio de serviços privados, especificamente as Comunidades Terapêuticas, entidades que atendem usuários de álcool e outras drogas. Como agravante, cabe ressaltar o congelamento dos valores repassados para custeio dos serviços públicos de saúde mental, como é o caso dos CAPS desde 2011 e a suspensão do incentivo financeiro da RAPS, desde 2018.

Este cenário representa retrocessos significativos para a atenção à saúde mental dos cidadãos, bem como, caminha na contramão da reforma psiquiátrica brasileira e do movimento da Luta Antimanicomial, ao priorizar o hospital psiquiátrico e o tratamento moral como modelo de atenção. Além disso, amplia os incentivos financeiros aos serviços privados levando ao sucateamento dos serviços de base comunitária e ameaçando a própria sustentabilidade da RAPS.

Este estudo aponta para um grande avanço na implantação de serviços substitutivos de atenção psicossocial no Brasil como reflexo das políticas que buscaram implementar a reforma psiquiátrica, a reforma sanitária e o próprio SUS. A RAPS brasileira, composta por mais de 12 mil serviços, é densa, diversificada, com concentração de serviços nas Regiões Sudeste e Nordeste e com “nós” preocupantes na Região Norte do país. Sua evolução, ao longo de seis anos de implantação, se deu de forma diferenciada para os vários tipos de serviços, que possuem papéis distintos no cuidado à saúde mental.

Alguns pontos críticos que se estabelecem como obstáculos à expansão da RAPS merecem destaque, como a baixa cobertura de serviços especializados em algumas áreas, o que gera um descompasso entre a estrutura de cuidados e as necessidades de saúde da população; além da edição de dispositivos legais na contramão da reforma.

Destarte, a abertura de novos serviços em todo território nacional pode não ser suficiente para sanar esses problemas. É preciso também que haja uma melhor aproximação e união entre os pontos de atenção, observando a distribuição e a constância na oferta de serviços, os fluxos de demanda e a coordenação multiprofissional do cuidado. Além do mais, maiores investimentos financeiros são imprescindíveis para ampliação e implementação da RAPS, para assim alcançar uma atenção efetiva à população com sofrimento mental, que seja respeitosa e verdadeiramente integrada.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MPSFT: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. TCBC: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. JVS: Curadoria de Dados, Análise Formal e Investigação. AST: Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
2. Lancetti A, Amarante PDC. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., editores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 615-634.
3. Silva NS, Melo JM, Esperidião E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. REME Rev Min Enferm. 2012;16(2):280-8. <https://doi.org/10.35699/rem.v16i2.50321>
4. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011.
5. Jafelice GT, Marcolan JF. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. Rev Bras Enferm. 2018;71(Supl. 5):2259-66. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0300>
6. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e113. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>
7. Zanardo GLP, Bianchessi DLC, Rocha KB. Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre – RS. Est Inter Psicol [Internet]. 2018 [acessado em 27 jun. 2021];9(3):80-101. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n3/a06.pdf>.
8. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(6):2067-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
9. World Health Organization. Mental health atlas 2017. Genebra: World Health Organization; 2018.
10. Mazzaia MC. Necessidades em saúde mental e pesquisa. Rev Bras Enferm. 2018;71(Supl. 5):2198-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0363>
11. Marques F. Saúde mental para todos: estudo sobre (des)financiamento no Brasil foi apresentado no primeiro dia do evento [Internet]. Fiocruz; 2020 [acessado em 28 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/saude-mental-para-todos-estudo-sobre-desfinanciamento-no-brasil-foi-apresentado-no-primeiro-dia-do-evento/>
12. Brasil. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. 2017.
13. Nunes MO, Lima Júnior JM, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(12):4489-98. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>

14. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00049519. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020 [acessado em 25 nov. 2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
16. Silva CC, Mello VRC, Ecker DD. Análise da taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre de 2002 a 2015. *Rev Elet Cient UERGS*. 2019;5(2):113-27. <https://doi.org/10.21674/2448-0479.52.113-127>
17. Brasil. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017.
18. Tribunal de Contas da União. Relatório de avaliação de programa: Ações de Atenção à Saúde Mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos. Brasília: Tribunal de Contas da União, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo; 2005.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
20. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalization in the SUS: implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1155-64. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados [Internet]. 2015 [acessado em 29 dez. 2019]. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
22. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2019.
23. Stevanim LF. Previne Brasil: mudança sem debate. *Radis* [Internet]. 2019 [acessado em 27 jun. 2021];(207):19-21. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/pdf/radis-207_web.pdf
24. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*. 2011.
25. Engstrom EM. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saúde Debate*. 2019;43(spe. 7):50-61. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>
26. Brasil. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (unidade de acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*. 2012.
27. Bernardi AB, Kanan LA. Características dos serviços públicos de saúde mental (CAPS i, CAPS AD, CAPS III) do estado de Santa Catarina. *Saúde Debate*. 2015;39(107):1105-16. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070533>
28. Weber CAT, Juruena MF. O olhar da família sobre o manejo de um hospital dia em saúde mental. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2017;17(17):25-33. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0180>
29. Aguiar BL. Serviços de residências terapêuticas: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2009. 124 p.
30. Almeida FA, Cezar AT. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. *IGT Rede* [Internet]. 2016 [acessado em 16 maio 2021];13(24):105-14. Disponível em: <http://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/469>
31. Kilsztajn S, Lopes ES, Lima LZ, Rocha PAF, Carmo MSN. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(10):2354-62. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000016>
32. Salvador-Carulla L, Costa-Font J, Cabases J, McDaid D, Alonso J. Evaluating mental health care and policy in Spain. *J Ment Health Policy Econ* [Internet]. 2010 [acessado em 29 jun. 2021];13(2):73-86. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/47334840>
33. Miliuskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(5):1935-44. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>

34. Gama CAP, Guimarães DA, Coelho VAA, Carvalho RC, Campos CG, Fraga AMS. A implantação da rede de atenção psicossocial na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais-BR. Cad Saúde Colet. 2020;28(2):278-87. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028020301>
35. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Saúde Soc. 2017;26(1):155-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>
36. Teles AS. O financiamento público do Sistema Único de Saúde (2003-2018) [tese]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2019. 210 p.