

Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial e sua relação com a saúde e direitos humanos

Expansion of Psychosocial Care Centers and their relationship with health and human rights
Ampliación de los Centros de Atención Psicossocial y su relación con la salud y los derechos humanos

Antonio José Correa de Pauli¹

ORCID: 0000-0001-7865-7641

Caíque Rossi Baldassarini¹

ORCID: 0000-0003-2362-9795

Janaína Cristina Pasquini de Almeida¹

ORCID: 0000-0003-0331-0365

Jaqueline Lemos de Oliveira¹

ORCID: 0000-0003-3699-0280

Regina Célia Fiorati¹

ORCID: 0000-0003-3666-9809

Carla Aparecida Arena Ventura¹

ORCID: 0000-0003-0379-913X

Jacqueline de Souza¹

ORCID: 0000-0002-6094-6012

¹ Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Pauli AJC, Baldassarini CR, Almeida JCP, Oliveira JL, Fiorati RC, Ventura CAA, et al. Expansion of Psychosocial Care Centers and their relationship with health and human rights. Rev Bras Enferm. 2023;76(4):e20220662. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0662pt>

Autor Correspondente:

Caíque Rossi Baldassarini
E-mail: caiquerossi95@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 07-11-2022

Aprovação: 27-03-2023

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados à expansão do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) brasileiros considerando aspectos relacionados ao panorama geral da saúde e à institucionalização dos direitos humanos. **Métodos:** Estudo de base documental analítico, desenvolvido entre fevereiro de 2020 e maio de 2022, cujos dados secundários sobre as 27 capitais brasileiras foram coletados em plataformas de domínio público, fundamentando-se na série temporal de 2015 a 2020. Os indicadores foram elencados com base nos temas infraestrutura do sistema de saúde e qualidade de vida. Para a análise dos dados, empreenderam-se estatísticas descritivas, os Testes de Correlação de Pearson e t de Student. **Resultados:** As capitais que expandiram o número de CAPS no período analisado foram as que apresentaram maior arcabouço político-legal de proteção dos direitos humanos. **Conclusão:** Os resultados sugerem que, quanto maior o comprometimento dos governos em prol dos direitos humanos, maior o investimento para a expansão dos CAPS. **Descritores:** Serviços de Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Direitos Humanos; Cidades; Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with the expansion of the number of Brazilian Psychosocial Care Centers (CAPS) considering aspects related to the general health scenario and the institutionalization of human rights. **Methods:** An analytical document-based study, developed between February 2020 and May 2022, whose secondary data on the 27 Brazilian capitals were collected on platforms in the public domain, based on the time series from 2015 to 2020. Indicators were listed based on health system infrastructure and quality of life. For data analysis, descriptive statistics, Pearson's correlation test and Student's t test were used. **Results:** The capitals that expanded the number of CAPS in the analyzed period were the ones that presented the greatest political-legal framework for the protection of human rights. **Conclusion:** The results suggest that the greater the commitment of governments in favor of human rights, the greater the investment for CAPS expansion. **Descriptors:** Mental Health Services; Primary Health Care; Human Rights; Cities; Health Systems.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores asociados a la expansión del número de Centros de Atención Psicossocial (CAPS) brasileños considerando aspectos relacionados con el panorama general de salud y la institucionalización de los derechos humanos. **Métodos:** Estudio analítico de base documental, desarrollado entre febrero de 2020 y mayo de 2022, cuyos datos secundarios sobre las 27 capitales brasileñas fueron recopilados en plataformas de dominio público, con base en la serie temporal de 2015 a 2020. Los indicadores fueron enumerados con base en los temas infraestructura del sistema de salud y calidad de vida. Para el análisis de los datos, se utilizó la estadística descriptiva, la prueba de correlación de Pearson y la prueba t de Student. **Resultados:** Las capitales que ampliaron el número de CAPS en el período analizado fueron las que presentaron mayor marco político-jurídico para la protección de los derechos humanos. **Conclusión:** Los resultados sugieren que cuanto mayor sea el compromiso de los gobiernos a favor de los derechos humanos, mayor será la inversión para la expansión de los CAPS. **Descritores:** Servicios de Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Derechos Humanos; Ciudades; Sistemas de Salud.

INTRODUÇÃO

O direcionamento de uma gestão satisfatória da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) perpassa, dentre outros fatores, pelo investimento que os municípios têm feito nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde. Aspectos como os recursos e a tessitura da rede, o posicionamento dos gestores e profissionais, bem como os elementos que se constituem como promissores ou barreiras para o cumprimento dos objetivos e diretrizes da RAPS⁽¹⁻³⁾, tendo sido amplamente enfatizados nas discussões sobre o direito à saúde e o acesso aos cuidados de saúde mental no Brasil. Neste sentido, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pioneiros enquanto dispositivos extra-hospitalares nas políticas de saúde mental brasileiras e foco dos principais investimentos no que tange à implantação da rede psicossocial no país nos anos posteriores à Lei 10.216/2001⁽⁴⁾.

Há na literatura um corpo consolidado de conhecimento produzido sobre o funcionamento e avaliação de tais serviços nas diferentes regiões do país, destacando sua importância para a expansão do modelo psicossocial de atenção à saúde mental, inclusive em termos de matriciamento e articulação com a Atenção Básica (AB)⁽⁵⁻⁷⁾. Apesar disso, identifica-se uma lacuna em relação a estudos que analisem os possíveis fatores infraestruturais, orçamentários e de proteção dos direitos humanos associados ao investimento das gestões municipais na expansão desses serviços no país.

OBJETIVO

Analisar os fatores associados à expansão do número de CAPS brasileiros considerando aspectos relacionados ao panorama geral da saúde e à institucionalização dos direitos humanos.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente estudo se enquadra no parágrafo único do Artigo 1 da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾, que estabelece as diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais. Desse modo, o não envolvimento de seres humanos na coleta de dados dispensou a avaliação pelo sistema CEP/CONEP.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de estudo de base documental analítico, desenvolvido no período de fevereiro de 2020 a maio de 2022. Optou-se por utilizar o recorte das 27 capitais brasileiras, por constituírem os principais polos de desenvolvimento socioeconômico, cultural e referência de saúde de suas regiões e estados, funcionando também como elo entre os municípios circunvizinhos⁽⁹⁻¹⁰⁾. O estudo foi norteado com base nos itens descritos no instrumento *Meta-analyses of Observational Studies in Epidemiology* (MOOSE), devido à sua qualidade para sintetizar diferentes dados e resultados.

Protocolo do estudo

A primeira etapa do estudo consistiu na definição de um referencial para o desenvolvimento da fase empírica da pesquisa.

Com base em tal definição, foram elencadas as categorias, os indicadores de resultado, bem como as respectivas fontes de dados.

Referencial para o desenvolvimento do estudo

Foi adotado como referencial o seguinte arcabouço documental: ISO 37120⁽¹¹⁾ e 37122⁽¹²⁾, Programa Cidades Sustentáveis⁽¹³⁾ e o *Ranking de Competitividade dos Municípios*⁽¹⁴⁾. A ISO 37120 é a primeira norma técnica referente à sustentabilidade em comunidades urbanas, pois define metodologias para avaliação do desempenho dos serviços urbanos e da qualidade de vida⁽¹¹⁾. A Norma 37122 apresenta indicadores para orientar e avaliar o desempenho da gestão dos serviços urbanos e a qualidade de vida para cidades inteligentes⁽¹²⁾.

O Programa Cidades Sustentáveis é uma agenda de sustentabilidade urbana para o Brasil que abrange elementos sociais, ambientais, políticos, econômicos e culturais, considerados essenciais para o planejamento municipal. Tal programa está estruturado em 12 eixos temáticos que corroboram os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), descritos na Agenda 2030, para o desenvolvimento sustentável, planos e metas para o planeta⁽¹³⁾. Desse modo, propõe indicadores, ferramentas e metodologias de apoio à gestão pública e ao planejamento urbano. Já o *Ranking de Competitividade dos Municípios* propõe 55 indicadores relacionados a instituições, sociedade e economia, por meio dos quais avalia a competitividade dos municípios acima de 80 mil habitantes⁽¹⁴⁾.

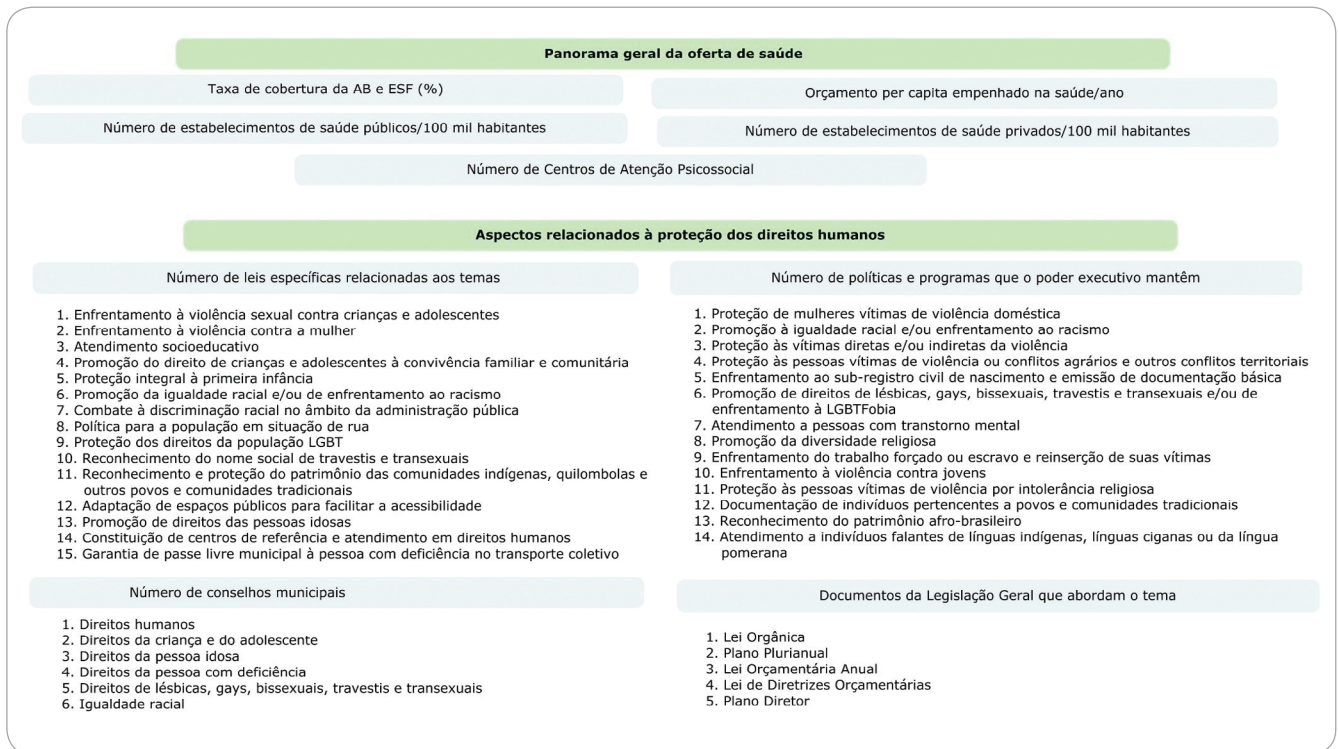
Categorias, indicadores de resultado e respectivas fontes de dados

Alicerçando-se neste arcabouço documental e considerando o objetivo proposto, elencaram-se como principais categorias para a seleção dos indicadores do presente estudo: o panorama geral da oferta de saúde e aspectos relacionados à proteção dos direitos humanos. Os indicadores referentes a cada categoria, bem como os temas considerados em seus desdobramentos, estão apresentados na Figura 1.

Em relação à fonte dos dados para os indicadores da segunda categoria, utilizaram-se os módulos específicos do banco Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹⁵⁾. Para os indicadores da primeira categoria, foram utilizadas quatro bases de dados, a saber: os Painéis de Indicadores da Atenção Primária (SISAPS)⁽¹⁶⁾, considerando a taxa de cobertura da AB e Estratégia Saúde da Família (ESF) referente ao ano de 2019; o Sistema de Finanças Públicas Municipais e Estaduais (FINBRA)⁽¹⁷⁾ (orçamentos de 2019); o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES Data-SUS)⁽¹⁸⁾, para levantamento dos estabelecimentos públicos e privados (2020); e o CNESNet⁽¹⁹⁾ (versão antiga do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), para identificação do número de CAPS na série temporal de 2015 a 2019.

Elaboração do banco de dados e procedimentos de coleta

Inicialmente, foi criada uma planilha denominada "Dados Gerais" no *software* Microsoft Excel 2019, na qual as linhas correspondiam a cada uma das capitais brasileiras, e as colunas, aos indicadores adotados no estudo. A coleta das informações



Legenda: em verde, estão as categorias; em azul, os indicadores; e em branco e numerados, os temas elencados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para avaliação de cada um dos respectivos indicadores.

Figura 1 - Categorias, indicadores e respectivos temas adotados para o desenvolvimento do estudo, Brasil, 2022

foi efetivada por meio de consultas *online* nas plataformas de domínio público acima descritas.

Consultou-se o número de estabelecimentos de saúde públicos, privados e de CAPS nas respectivas plataformas, e tais informações foram digitadas manualmente nas colunas correspondentes da planilha "Dados Gerais". O percentual de cobertura da AB e da ESF, o valor dos orçamentos empenhados na saúde e todos os indicadores relacionados aos direitos humanos foram obtidos via *download* direto dos arquivos disponibilizados nas fontes de dados anteriormente mencionadas. Os dados de interesse de tais arquivos foram copiados e colados nas colunas a eles destinadas na planilha "Dados Gerais".

Na sequência, elaborou-se uma nova planilha denominada "Dados Gerais 2", e executou-se todo o procedimento de coleta dos dados novamente, o que resultou na construção de duas planilhas de dados similares para conferência dos valores e identificação de possíveis erros. Para tal, copiou-se e colou-se a planilha "Dados Gerais" sobre a "Dados Gerais 2", utilizando a função subtração. A planilha resultante foi denominada "Conferência". Todos os valores das células da planilha "Conferência" deveriam, portanto, ser transformados em zero após a subtração. Naquelas onde não se identificou esse valor, foi considerado um possível erro na coleta de dados; logo, a informação foi novamente verificada na fonte de dados correspondente, e todo o processo foi repetido até se obter uma planilha livre de erros.

Análise dos resultados e estatística

A análise dos dados compreendeu estatística descritiva, elencando os percentuais, médias e desvios padrão das variáveis quantitativas, bem como o Teste t de Student, para identificar a diferença de médias obtidas nos indicadores elencados, considerando as

capitais que expandiram e as que não expandiram o número de CAPS por habitante no recorte de tempo proposto.

Especificamente em relação à proteção dos direitos humanos, empreendeu-se o Teste de Correlação de Pearson, levando-se em conta os quatro indicadores elencados. Quanto a essa categoria, a análise se pautou na forma como os temas considerados se apresentavam na constituição dos conselhos, políticas, programas e no arcabouço legal de tais capitais. Tal opção está pautada no entendimento de que, quanto mais amplamente tais temas são abordados, mais situações e grupos vulneráveis serão respaldados em termos institucionais. Para a interpretação dos resultados, consideraram-se tanto os destaques individuais quanto por regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste), bem como os resultados dos testes estatísticos empreendidos.

RESULTADOS

Panorama geral da oferta de saúde

A maioria das capitais apresentou orçamentos para o setor saúde na faixa de R\$500,00 a R\$900,00 por pessoa/ano e, embora contasse predominantemente com serviços de saúde privados, também apresentava boa cobertura assistencial na AB e ESF. Ao analisar o recorte regional, o Centro-Oeste foi a única região na qual todas as capitais apresentavam cobertura da AB e ESF abaixo de 60%. As regiões Norte e Nordeste se destacaram em termos de baixa cobertura neste aspecto, com exceção de Teresina (Nordeste) e Palmas (Norte), que demarcaram o contraste existente na internalidade dessas regiões. Destaca-se ainda que apenas seis capitais de regiões distintas apresentaram orçamentos maiores de

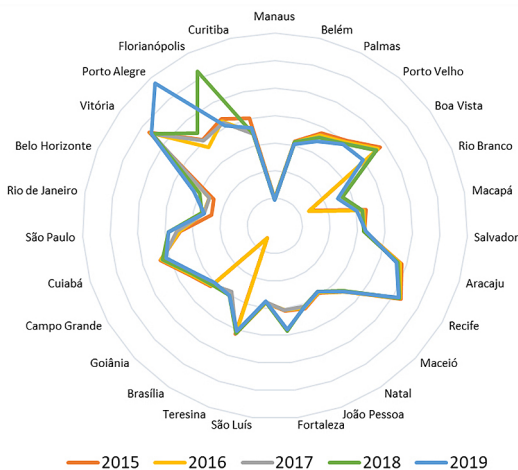
Tabela 1 - Distribuição das capitais de acordo com o panorama geral da saúde e a institucionalização dos direitos humanos, Brasil, 2021

| Capital | Orçamento (R\$ per capita) | Estabelecimentos/100 mil hab | | Cobertura (%) | | Direitos humanos | | | | |
|----------------|----------------------------|------------------------------|---------|---------------|-----|------------------|-----------|-----------------------|------------------|------------------|
| | | CAPS* | Público | Privado | AB† | ESF‡ | Conselhos | Políticas e programas | Legislação geral | Leis específicas |
| Aracaju | 633 | 0,93 | 24 | 418 | 81 | 65 | 4 | 8 | 3 | 11 |
| Belém | 688 | 0,62 | 18 | 166 | 38 | 23 | 3 | 8 | 0 | 6 |
| Belo Horizonte | 1522 | 0,56 | 19 | 294 | 100 | 80 | 4 | 9 | 4 | 12 |
| Boa Vista | 633 | 0,87 | 47 | 119 | 57 | 49 | 2 | 1 | 4 | 1 |
| Brasília | 1069 | 0,43 | 17 | 276 | 53 | 54 | 6 | 12 | 4 | 9 |
| Campo Grande | 1555 | 0,69 | 23 | 230 | 52 | 63 | 4 | 5 | 5 | 7 |
| Cuiabá | 1232 | 0,85 | 31 | 327 | 52 | 54 | 5 | 3 | 1 | 14 |
| Curitiba | 972 | 0,72 | 13 | 415 | 48 | 33 | 4 | 8 | 5 | 5 |
| Florianópolis | 711 | 0,83 | 28 | 406 | 100 | 65 | 5 | 4 | 0 | 12 |
| Fortaleza | 865 | 0,69 | 11 | 248 | 61 | 58 | 5 | 3 | 1 | 3 |
| Goiânia | 889 | 0,65 | 17 | 264 | 59 | 44 | 6 | 12 | 4 | 9 |
| João Pessoa | 877 | 0,63 | 32 | 233 | 94 | 86 | 4 | 3 | 1 | 1 |
| Macapá | 326 | 0,64 | 26 | 86 | 55 | 49 | 4 | 4 | 2 | 2 |
| Maceió | 743 | 0,69 | 21 | 150 | 43 | 25 | 4 | 11 | 4 | 9 |
| Manaus | 419 | 0,20 | 23 | 72 | 52 | 46 | 4 | 8 | 3 | 2 |
| Natal | 843 | 0,57 | 24 | 240 | 55 | 48 | 3 | 2 | 3 | 7 |
| Palmas | 775 | 0,71 | 35 | 242 | 100 | 95 | 4 | 10 | 3 | 7 |
| Porto Alegre | 1010 | 1,00 | 26 | 373 | 70 | 48 | 5 | 8 | 2 | 14 |
| Porto Velho | 626 | 0,78 | 35 | 245 | 60 | 53 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| Recife | 700 | 1,04 | 23 | 173 | 64 | 54 | 5 | 10 | 4 | 8 |
| Rio Branco | 325 | 0,43 | 61 | 169 | 59 | 53 | 4 | 6 | 5 | 9 |
| Rio de Janeiro | 696 | 0,52 | 11 | 252 | 51 | 40 | 4 | 8 | 4 | 11 |
| Salvador | 539 | 0,65 | 15 | 133 | 42 | 40 | 5 | 7 | 3 | 9 |
| São Luís | 855 | 0,55 | 19 | 127 | 44 | 38 | 4 | 3 | 1 | 5 |
| São Paulo | 909 | 0,74 | 12 | 208 | 63 | 40 | 6 | 9 | 3 | 11 |
| Teresina | 1302 | 0,82 | 24 | 131 | 100 | 100 | 4 | 12 | 1 | 11 |
| Vitória | 785 | 1,12 | 28 | 534 | 88 | 74 | 5 | 5 | 3 | 7 |

Nota: *Centros de Atenção Psicossocial; †Atenção Básica; ‡Estratégia Saúde da Família.

R\$1.000,00 por pessoa/ano, a saber: Teresina (Nordeste), Cuiabá, Campo Grande, Brasília (Centro-Oeste), Belo Horizonte (Sudeste) e Porto Alegre (Sul) (Tabela 1).

Em relação ao número de CAPS por habitantes, conforme pode ser observado na Figura 2, a maioria das capitais manteve certa estabilidade ao longo da série temporal analisada. A expansão desses serviços foi identificada nas capitais Porto Alegre (Sul), Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo (Sudeste), Brasília (Centro-Oeste), Fortaleza, Salvador (Nordeste) e Rio Branco (Norte).



Nota: a escala do gráfico vai de 0 (centro da figura) a 0,000014 (borda externa), que corresponde a aproximadamente 1,4 Centros de Atenção Psicossociais por cem mil habitantes.

Figura 2 - Variações no número de Centros de Atenção Psicossociais per capita no período de 2015 a 2019, Brasil, 2021

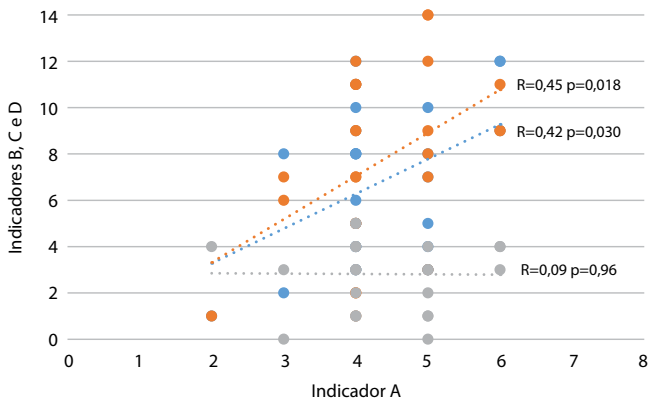
Proteção dos direitos humanos

Conselhos, políticas e programas, leis comuns aos municípios e leis específicas

As cidades de São Paulo, Brasília e Goiânia contavam com os seis conselhos sobre as temáticas de direitos humanos elencadas pelo IBGE. A região Norte figurou como a que priorizou em menor escala tais mecanismos de participação popular sobre esta temática. Apesar disso, na maioria das capitais (n=24), os conselhos contemplavam pelo menos três dessas temáticas, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Em relação às políticas e programas, nenhuma das capitais abarcou os 14 possíveis temas (Tabela 1), o que evidencia que em todas as regiões existe alguma fragilidade na ação municipal em relação à proteção social dos diferentes grupos vulneráveis. Apesar disso, todos os municípios estudados contavam com ao menos uma política ou programa sobre direitos humanos.

No tocante à legislação geral, Curitiba (Sul), Rio Branco (Norte) e Campo Grande (Centro-Oeste) abordavam o tema direitos humanos nas cinco leis analisadas e não havia menção ao tema em nenhuma dessas leis apenas nos registros de Belém (Norte) e Florianópolis (Sul). As capitais contemplavam, em média, oito do total de 15 temas possíveis em leis específicas, com destaque para as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, em detrimento da região Norte, que apresentou menor arcabouço legislativo em termos de leis específicas sobre o tema (média da região=4,6). Apesar disso, todas as capitais contavam com leis específicas que contemplavam ao menos um dos quinze temas propostos. Identificou-se correlação positiva entre as variáveis “conselhos”, “políticas e programas” e “leis específicas”, conforme demonstrado na Figura 3.



Legenda: indicadores A) número de conselhos municipais relacionados à proteção dos direitos humanos; B) número de políticas e programas sobre este tema mantidos pelo poder executivo (azul); C) número de leis no âmbito da legislação geral que versam sobre direitos humanos (cinza); e D) número de leis específicas relacionadas aos direitos humanos (laranja).

Figura 3 - Correlação entre os indicadores adotados para analisar a categoria direitos humanos, Brasil, 2021

Categorias e a relação com a expansão dos Centros de Atenção Psicossociais

Considerando as categorias analisadas no presente estudo, identificou-se que as capitais que expandiram o número de CAPS no período estudado também foram as que apresentaram maior média em relação à quantidade de conselhos, políticas e programas e leis de proteção dos direitos humanos (Tabela 2).

Tabela 2 - Diferença de média das categorias panorama geral da saúde e institucionalização dos direitos humanos entre as capitais brasileiras que expandiram (n=8) ou não (n=19) e o número de Centros de Atenção Psicossociais entre 2015 e 2019, Brasil, 2021

| Direitos humanos e panorama da saúde | Expandiram Média (DP) | Não expandiram Média (DP) | t | p |
|---|-----------------------|---------------------------|-------|-------|
| Institucionalização dos DH [†] | 25,63 (6,05) | 19,89 (6,67) | 2,09 | 0,047 |
| Estabelecimentos públicos de saúde | 21,44 (16,85) | 25,99 (7,81) | -0,97 | 0,341 |
| Estabelecimentos privados de saúde | 244,23 (75,00) | 241,11 (127,79) | 0,06 | 0,949 |
| Orçamento da saúde | 866,78 (363,11) | 819,12 (292,52) | 0,36 | 0,722 |
| Cobertura da AB [‡] | 0,62 (0,17) | 0,65 (0,21) | -0,35 | 0,732 |
| Cobertura da ESF [§] | 0,52 (0,14) | 0,56 (0,21) | -0,50 | 0,625 |

Nota: [†]desvio-padrão; [‡]direitos humanos; [§]Atenção Básica; [¶]Estratégia Saúde da Família.

DISCUSSÃO

O panorama obtido no presente estudo aponta para capitais em geral com volume orçamentário que supera a média dos municípios brasileiros (R\$430,12 *per capita*/ano)⁽²⁰⁾. Apesar disso, tal orçamento corresponde a menos de R\$2,20 por dia e, dado que no âmbito internacional as pessoas gastam em média de 10 a 25% e, no Brasil, até 40% de sua renda com saúde⁽²¹⁻²²⁾, infere-se que o investimento público neste sentido ainda está aquém do esperado nas capitais estudadas, com reflexos no cenário brasileiro. Ademais, esse fato reitera as recomendações internacionais para aumentar os gastos públicos em saúde e priorizar a ampliação da cobertura da AB, pelas implicações diretas na melhoria da expectativa de vida e na otimização dos recursos⁽²¹⁾.

Nesse sentido, vale mencionar que o conjunto das capitais apresentou, de certo modo, boa cobertura de AB e ESF. No entanto, o enfoque da análise nos panoramas regionais ressalta a intensa

desigualdade existente no país tanto em termos de recursos quanto de nível de ação da gestão pública de saúde e de desenvolvimento social, aspectos já amplamente descritos na literatura⁽²³⁻²⁵⁾.

Apesar da meta vigente de ampliação global da cobertura de AB^(21,26-27), vários relatórios oficiais das agências nacionais e internacionais de saúde indicam, ainda, a escassez de recursos especializados em saúde mental (serviços e profissionais) e a lacuna existente entre as necessidades e os recursos nesta área⁽²⁸⁻³²⁾. Nesse sentido, o presente estudo identificou que poucas capitais expandiram o número de CAPS ao longo da série temporal analisada, o que também foi descrito em estudos recentes sobre os serviços de saúde mental especializados e de base comunitária nos países de baixa e média renda⁽³³⁻³⁴⁾.

Quando analisados esses dois aspectos, cobertura da AB e disponibilidade de serviços especializados de saúde mental, é importante pontuar as intensas recomendações das agências nacionais e internacionais de saúde sobre a inserção de ações de saúde mental no âmbito da AB, com vistas a otimizar recursos e diminuir a lacuna de acesso aos cuidados desta área^(30-31,35). Entende-se que tal iniciativa promove uma assistência mais pautada na perspectiva integral, além de contribuir para a redução do estigma relacionado aos transtornos e sofrimento mentais⁽³³⁾.

Vários estudos recentes têm sido desenvolvidos sobre esse tema, reafirmando o potencial estratégico da AB enquanto ponto de atenção da rede psicossocial, mas, também, pontuando inúmeras barreiras para a consolidação de tal proposta^(29,36). Questões como os limites da capacidade operacional das equipes e competências técnicas de cada serviço da rede versam como pontos-chave nesta discussão, a qual reitera também a importância dos investimentos na qualidade e cobertura dos serviços especializados em saúde mental, sendo essa uma prerrogativa que corrobora as metas e recomendações internacionais de qualificação de tais serviços^(31,35). Vale lembrar que o público-alvo dos CAPS é constituído por indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes^(29,37), e que a priorização dos investimentos deve ser dada aos serviços de base comunitária em detrimento dos hospitalares⁽²⁹⁾.

Desse modo, destaca-se a legitimidade dos projetos terapêuticos dos CAPS que, por meio de suas equipes interdisciplinares especializadas, têm um papel crucial na proposição de ações colaborativas e de articulação com os demais serviços da rede de saúde e dispositivos de proteção social^(29,37). Isto é, o caráter de serviço de base comunitária o destaca em termos de potencial integrador com a população adscrita, de consolidação de ações intersetoriais no território de abrangência e efetivação de ações de combate ao estigma^(29,36-37). Tal perfil se assemelha ao dos serviços da AB, no entanto a reabilitação psicossocial, enquanto base teórica e técnica, caracteriza a principal especificidade dos CAPS⁽²⁹⁾.

A reinserção social e o resgate da cidadania, sobretudo dos pacientes egressos de longos períodos de internação, operam uma clara conexão entre as áreas de saúde mental, direito e proteção social^(29,37). Desse modo, o resultado que apontou melhor arcabouço político-legal de proteção dos direitos humanos nas

capitais que expandiram o número de CAPS no período analisado reitera o corpo sólido de discussões de cunho ético, político e técnico que enfatizam a saúde mental como uma parte importante da agenda global de direitos humanos, bem como o forte comprometimento do modelo psicossocial com tal agenda⁽³⁸⁾.

Por outro lado, os resultados do presente estudo expressam também um panorama que carece de investimentos em termos legais e de ampliação dos mecanismos de participação popular, inclusive em algumas regiões do país que ilustram um quadro franco de desigualdades como aspecto marcante e que ainda perdura no âmbito nacional⁽²⁵⁾.

Ademais, a correlação positiva identificada entre o número de conselhos específicos e o quantitativo de políticas e programas de direitos humanos sugere que os espaços de participação social ativa influenciam positivamente a criação de mais ações públicas para lidar com esse tema, bem como, possivelmente, maior atribuição de metas e recursos para o combate às vulnerabilidades.

Em suma, os resultados do presente estudo demonstram que o arcabouço documental que norteia as ações dos gestores municipais tem o potencial de se refletir de modo importante no âmbito técnico e operacional⁽³⁸⁾, o que enfatiza a importância da participação popular na formulação das políticas locais⁽³⁹⁾.

Outrossim, a inclusão dos direitos humanos no arcabouço legal, alinhada com a ampliação da cobertura da AB, melhoria do acesso aos serviços de saúde mental de qualidade, além de políticas e programas de combate ao estigma e à discriminação, foi reafirmada no presente estudo, e também figuram como principais recomendações das agências internacionais de saúde e proteção social^(31,35).

Depreende-se, portanto, que, quanto maior o comprometimento do país, estado, cidade em garantir tais direitos à sociedade, maior será o empenho/investimento em propostas que favoreçam a liberdade, o acolhimento e o respeito à diversidade, inclusive no âmbito da saúde mental.

Limitações do estudo

Apontam-se como limitações do presente estudo primeiramente o fato de apenas o número de CAPS ter sido adotado como principal indicador de cobertura. Entende-se que o uso de outros indicadores, tais como a qualidade, resolutividade e acesso a esses serviços, proporcionaria resultados mais robustos. Além disso, dados relacionados à demanda por tais serviços de saúde mental também ampliariam o espectro de análise, visto que muitos indivíduos com transtornos severos e persistentes podem estar sendo atendidos em outros serviços, como a AB, hospitais gerais ou serviços de urgência. Em segundo lugar, destaca-se a não uniformidade de datas de todos os bancos de dados utilizados devido à lacuna de atualização dos mesmos pelos respectivos órgãos públicos. Entende-se que isso reflete, de certo modo, o baixo investimento do país na assiduidade da geração e disponibilização dos dados públicos nas plataformas oficiais, o que compromete a avaliação mais efetiva das políticas públicas do país. Todavia, entende-se que esses limites não tornam os resultados e discussões apresentados menos relevantes, pois fornecem subsídios concretos

para a reflexão e tomadas de decisões em relação ao tema e recorte proposto.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Este estudo contribui para melhor compreensão sobre a associação entre a oferta de dispositivos da RAPS, em especial os CAPS, e o panorama geral da saúde e de institucionalização dos direitos humanos nas capitais brasileiras, municípios que funcionam como referência nos diferentes níveis de atenção à saúde. Com base nos resultados obtidos, que sugerem uma relação positiva entre a expansão do principal serviço de saúde mental da RAPS (os CAPS) e a institucionalização dos direitos humanos em leis e ações governamentais, nota-se sua importância, uma vez que norteia novos estudos sobre a temática e reforça que a consecução dos direitos humanos nos âmbitos do executivo e legislativo local pode interferir no desenvolvimento da infraestrutura de um serviço de saúde mental na cidade.

CONCLUSÕES

Os fatores associados ao aumento de unidades de saúde mental pautadas no modelo de atenção psicossocial (CAPS) foram aqueles relacionados à maior presença dos direitos humanos nos espaços do poder público, ou seja, as capitais que contaram com mais conselhos, políticas, programas e leis específicas para tratar da proteção e ações públicas relacionadas aos direitos humanos lograram maior êxito em relação ao aumento da oferta de unidades deste serviço para sua população.

Identificou-se que, no período analisado, menos da metade das capitais ampliou o número de CAPS por habitantes, resultado que não corrobora os relatórios oficiais, os quais, ao considerarem as regiões e estados como um todo, indicam um cenário de franca expansão no país. Além disso, os CAPS refletem apenas uma parcela do cuidado psicossocial ofertado e, por serem considerados os serviços pioneiros na rede psicossocial, o fato de apresentarem uma baixa cobertura revela, de modo indireto, certa precariedade em relação aos demais dispositivos extra-hospitalares nas diferentes regiões do país.

Por outro lado, essa baixa expansão no número de serviços especializados pode sinalizar que outros cenários de cuidado estejam absorvendo a demanda dos indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes. Logo, sugere-se que estudos futuros considerem indicadores relacionados às demandas por cuidados de saúde mental em todos os dispositivos de atenção à saúde e proteção social.

DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAL

<https://doi.org/10.48331/scielodata.R3KUZK>

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

CONTRIBUIÇÕES

Pauli AJC e Souza J contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Pauli AJC e Souza J contribuíram com

a análise e/ou interpretação dos dados. Pauli AJC, Baldassarini CR, Almeida JCP, Oliveira JL, Fiorati RC, Ventura CAA e Souza J contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Medrado ACC, Cruz MG, Baião JJ, Souza MA, Araújo PS. Os laços e nós de uma rede de atenção psicossocial. *Cad Bras Saúde Mental* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 14];10(27):53-70. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69374>
2. Querino RA, Borges RS, Almeida LY, Oliveira JL, Souza J. Psychosocial care network: perception of managers and tensioning of field. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 1):e20180844. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0844>
3. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Network of Psychosocial Care: evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00042620>
4. Presidência da República (BR). Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. *Diário Oficial da União*; 2001[cited 2022 Jan 14]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm
5. Iglesias A, Avellar LZ. Matrix support in mental health: practices and concepts brought by reference teams, matrix teams and managers. *Cien Saude Colet*. 2019;24(4):1247-54. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>
6. Silva SN, Lima MG, Ruas CM. Brazilian Mental Health Services Assessment: user satisfaction and associated factors. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3799-3810. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>
7. Souza IJ, Weber L, Lopes SM, Colussi CF, Nickel DA. Avaliação de Serviços de Atenção Psicossocial no Brasil: Uma revisão integrativa de literatura. *Braz J Mental Health* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 14];13(37):91-112. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/79908>
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. *Diário Oficial da União*; 2016[cited 2022 Jan 14]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da População [Internet]. 2022[cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=28674&t=resultados>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). REGIC - Regiões de Influência das Cidades [Internet]. 2022[cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/redes-geograficas/15798-regioes-de-influencia-das-cidades.html?=&t=o-que-e>
11. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 37120: desenvolvimento sustentável de comunidades: indicadores para serviços urbanos e qualidade de vida. Rio de Janeiro: ABNT; 2017.
12. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 37122: cidades e comunidades sustentáveis – Indicadores para cidades inteligentes. Rio de Janeiro: ABNT; 2020.
13. Instituto Cidades Sustentáveis (ICS). Programa Cidades Sustentáveis [Internet]. 2022[cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://www.cidadessustentaveis.org.br/inicial/home>
14. Centro de Liderança Pública. Ranking de Competitividade dos Municípios [Internet]. 2022[cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://conteudo.clp.org.br/ranking-de-competitividade-dos-municipios>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). MUNIC - Pesquisa de Informações Básicas Municipais [Internet]. 2019[cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=o-que-e>
16. Ministério da Saúde (BR). Painéis de Indicadores da Atenção Primária [Internet]. 2022[cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/>
17. Tesouro Nacional (BR). Área Pública. Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi). Contas Anuais 2015-2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 19]. Available from: https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/consulta_finbra/finbra_list.jsf
18. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES Data-SUS)[Internet]. 2019[cited 2022 Jan 13]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/#>
19. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNet) [Internet]. 2019[cited 2022 Jan 13]. Available from: <http://cnes2.datasus.gov.br/>
20. Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasil gasta R\$ 3,83 ao dia com a saúde de cada habitante [Internet]. 2019[cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2/>
21. World Health Organization (WHO). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Executive summary [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2022 Dec 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328913>

22. Moraes RM, Santos MAB, Werneck HF, Paula MN, Almeida RT. Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00354320. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00354320>
23. Silva FF, Gomes AM, Barbosa A, Lucena WGL. Explanatory factors of the economic efficiency of the public expenditure with health of the Brazilian capital cities. *Rev Cientif Hermes* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 10];27:208-227. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/4776/477665801003/html/>
24. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5):e00110417. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110417>
25. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Access and coverage of Primary Health Care for rural and urban populations in the northern region of Brazil. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):81-99. <https://doi.org/10.1590/0103-110420185106>
26. Pan American Health Organization (PAHO). Pacto 30 30 30. APS Para la salud universal OPS/OMS [Internet]. Washington DC: PAHO; 2019 [cited 2022 Dec 19]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53926>
27. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016-40. *Lancet*. 2018;391(10132):1783-98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30697-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30697-4)
28. Pheister M, Cowley D, Sanders W, Keeble T, Lu F, Pershern L, et al. Growing the Psychiatry Workforce Through Expansion or Creation of Residencies and Fellowships: the Results of a Survey by the AADPRT Workforce Task Force. *Acad Psychiatry*. 2022;46(4):421-7. <https://doi.org/10.1007/s40596-021-01509-9>
29. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Working processes of professionals at Psychosocial Care Centers (CAPS): an integrative review. *Cien Saude Colet*. 2018;23(1):141-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>
30. Jetty A, Petterson S, Westfall JM, Jabbarpour Y. Assessing Primary Care Contributions to Behavioral Health: a Cross-sectional Study Using Medical Expenditure Panel Survey. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:21501327211023871. <https://doi.org/10.1177/21501327211023871>
31. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
32. World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Dec 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>
33. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJD, Mutamba BB, et al. The Role of Communities in Mental Health Care in Low- and Middle-Income Countries: a meta-review of components and competencies. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1279. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061279>
34. Roberts T, Esponda GM, Krupchanka D, Shidhaye R, Patel V, Rathod S. Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatr*. 2018;18(1):262. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1837-1>
35. World Health Organization (WHO). Special initiative for mental health (2019-2023) [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2022 Dec 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>
36. 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>
37. Bongiovanni J, Silva RAN. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Psicol Soc*. 2019;31:e190259. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31190259>
38. Duffy RM, Kelly BD. Rights, laws and tensions: a comparative analysis of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. *Int J Priv Health Inf Manag*. 2017;54:26-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.07.003>
39. Guarnieri JM, Setti SM, Pulga VL. A participação popular na saúde: desafios e potencialidades no contexto municipal. *Rev Saúde Redes*. 2021;7(2). <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p123-135>