



**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

GIOVANNI FRANCONI KUHN

RAZÃO ENTRE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E  
HOSPITALARES: UM INDICADOR PARA A ÁREA DE SAÚDE MENTAL  
NA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE

PORTO ALEGRE - RS

2019

GIOVANNI FRANCONI KUHN

RAZÃO ENTRE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E  
HOSPITALARES: UM INDICADOR PARA A ÁREA DE SAÚDE MENTAL  
NA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

PORTO ALEGRE - RS  
2019

#### CIP - Catalogação na Publicação

Kuhn, Giovanni Francioni  
Razão entre atendimentos ambulatoriais e  
hospitalares: um indicador para a área de saúde mental  
na região metropolitana de Porto Alegre / Giovanni  
Francioni Kuhn. -- 2019.  
64 f.  
Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2019.

1. Saúde mental. 2. Sistema Único de Saúde. 3.  
Qualidade da informação. 4. Indicadores de Saúde. I.  
Rosa, Roger dos Santos, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

GIOVANNI FRANCONI KUHN

RAZÃO ENTRE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES: UM  
INDICADOR PARA A ÁREA DE SAÚDE MENTAL NA REGIÃO METROPOLITANA  
DE PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Miriam Dias (UFRGS)

---

Prof. Dr. Ronaldo Bordin (UFRGS)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Stela Meneghel (UFRGS)

---

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa (Orientador-UFRGS)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos e todas que possibilitaram eu ter conseguido ingressar no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e cursar o mestrado em saúde coletiva, principalmente num período histórico de muitas dificuldades e incertezas perante a sociedade em que estamos inseridos. Realizar uma dissertação num período de grande retrocesso político no mundo e conseqüentemente no Brasil, onde a frágil democracia capitalista nos coloca em contradição cotidianamente, não foi fácil. Como trabalhador da saúde e da educação pública, sinto cotidianamente o sofrimento da população mais carente e mais menosprezada. Assim como também sofro enquanto servidor público os ataques vindos de todos os governos, seja através do congelamento de verbas para políticas públicas, seja pelo baixo salário e desvalorização, pela precarização dos locais de trabalho, etc. Registro aqui o meu agradecimento a todos e todas que não descreditaram de que possa existir um futuro melhor, e que foi graças a todas essas pessoas que consegui encarar as dificuldades de se realizar um mestrado acadêmico, trabalhar, estudar, militar e lidar com adoecimentos e fragilidades da saúde nesse período. Junto a essas pessoas, ganhei forças para seguir e não desistir.

Agradeço em especial aos meus familiares, amigos, minha companheira e meu orientador, que sempre me apoiaram e se colocaram à disposição para contribuições.

Sigamos acreditando que um mundo melhor será possível, pois somente com valorização da educação e encarando a saúde da população não como uma mercadoria, mas como algo que não tenha preço, é que conseguiremos avançar na busca de uma solução coletiva para os problemas da nossa sociedade.

## RESUMO

Esta dissertação buscou analisar os atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental no SUS, no período de 2015 a 2017, com o intuito de construir um indicador de razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental. Assim, mensurou os atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental na Região Metropolitana de Porto Alegre como um todo e por município; calculou a razão entre atendimentos ambulatoriais e atendimentos hospitalares em saúde mental como um todo e por município; hierarquizou os municípios conforme o valor das razões e examinou as razões em subpopulações específicas segundo sexo e faixa etária. Para tanto, foram utilizados dados secundários extraídos do DATASUS e realizada análise quantitativa sobre os achados. Os resultados apontaram uma razão de 12,9 atendimentos ambulatoriais por hospitalização em saúde mental para os residentes da região metropolitana estudada. Observou-se que a razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares foi maior para o sexo feminino (14,4) em relação ao masculino (11,8) em 22%. Há uma distribuição bimodal com predomínio da razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares nas faixas etárias de 0-19 anos, quando atinge 20,0, e 45-59 anos quando alcança o valor muito semelhante de 17,3. Conclui-se que o indicador criado se apresenta de fácil cálculo e aplicabilidade, possibilitando o monitoramento de dados relativos ao aumento ou diminuição das internações em saúde mental, relacionando-os com os atendimentos ambulatoriais. Também evidencia a grande disparidade dos dados disponibilizados no DATASUS, que resultaram em grandes discrepâncias nas razões calculadas. O indicador se apresenta como mais uma ferramenta à disposição das gestões municipais, estaduais e federal para monitorar e avaliar a política de saúde mental podendo contribuir para uma melhor organização e gestão da Rede de Atenção Psicossocial no SUS. Necessita-se maior cuidado e vigilância perante a correção das informações fornecidas pelos municípios. Sendo assim, a razão construída pode vir a representar um indicador de qualidade da informação dos dados em saúde mental.

Palavras chave: Saúde mental. Sistema Único de Saúde. Qualidade da informação. Indicadores de Saúde.

## ABSTRACT

This dissertation aimed to analyze the outpatient and hospital care in mental health in SUS, from 2015 to 2017, in order to build a ratio indicator between outpatient and hospital care in mental health. Thus, it measured outpatient and hospital care in mental health in the metropolitan region of Porto Alegre as a whole and by municipality; calculated the ratio between outpatient care and hospital care in mental health as a whole and by municipality; ranked the municipalities according to the value of the ratios and examined the ratios in specific subpopulations by gender and age group. Therefore, secondary data extracted from DATASUS were used and quantitative analysis of the findings was performed. The results showed a ratio of 12.9 outpatient visits for hospitalization in mental health for residents of the metropolitan region studied. It was observed that the ratio between outpatient and inpatient care was higher for females (14.4) compared to males (11.8) in 22%. There is a bimodal distribution with a predominance of the ratio between outpatient and inpatient care in the age group 0-19 years, when it reaches 20.0, and 45-59 years when it reaches the very similar value of 17.3. It is concluded that the indicator created is easy to calculate and applicable, allowing the monitoring of data related to the increase or decrease of hospitalizations in mental health, relating them to outpatient care. It also highlights the wide disparity of data available in DATASUS, which resulted in large discrepancies in the calculated ratios. The indicator is presented as another tool available to municipal, state and federal administrations to monitor and evaluate mental health policy and may contribute to a better organization and management of the Psychosocial Care Network in SUS. Greater care and vigilance is required in view of the correctness of the information provided by the municipalities. Thus, the constructed ratio may represent an indicator of the quality of mental health data information.

**Keywords:** Mental health. Unified Health System. Quality of information. Health indicators.

## LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde  
AIH - Autorização de Internação Hospitalar  
ABS - Atenção Básica à Saúde  
APS - Atenção Primária à Saúde  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial  
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas  
CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial à infância e adolescência  
CEP/CONEP - Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CES/MG - Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais  
CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CT - Comunidade Terapêutica  
DALY (YLL + YLD) - anos de vida perdidos ajustados por incapacidade.  
DATASUS - Departamento de Informática do SUS  
DM - Distúrbios Mentais  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
GBD - Carga Global de Doença (Global Burden of Disease)  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PIB - Produto Interno Bruto  
PMNH - Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo  
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional  
RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
RMPA - Região Metropolitana de Porto Alegre  
RMS - Residência Multiprofissional em Saúde  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SES - Secretaria Estadual da Saúde  
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.  
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
SRT - Serviço Residencial Terapêutico  
SUS - Sistema Único de Saúde

TABNET - Tabulador de informações da saúde

UAA - Unidade de Acolhimento Adulto

UAI - Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UF - Unidade da Federação

YLD - Anos de vida perdidos por incapacidade (years lived os disability)

YLL - Anos de vida perdidos por morte prematura (years of life lost)

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA	10
2. OBJETIVOS	13
2.1 GERAL	13
2.2 ESPECÍFICOS	13
3.1 AMOSTRA	14
3.2 COLETA DE DADOS	15
4. REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1 SURGIMENTO DA SAÚDE MENTAL	18
4.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRAS	21
4.3 PERFIL DA SAÚDE MENTAL NO PAÍS	26
4.4 PRODUÇÃO DE INDICADORES EM SAÚDE MENTAL	29
5. RESULTADOS	39
6. DISCUSSÃO	44
6.1. EM RELAÇÃO ÀS RAZÕES: O CASO DE VIAMÃO E DE CANOAS	44
6.2. EM RELAÇÃO AO SEXO: INFLUÊNCIA DOS CAPSad?	46
6.3. FAIXA ETÁRIA DE ATENDIMENTOS	47
6.4. DESCASO PARA ALGUMAS AÇÕES OU SUB-REGISTRO?	49
6.5. QUALIDADE DOS DADOS: A QUEM SERVE?	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57

## 1. INTRODUÇÃO

As demandas de saúde mental têm aumentado consideravelmente no mundo inteiro. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) estima que mais de 300 milhões de pessoas vivam com depressão no mundo – um aumento de 18% de 2005 para 2015 - sendo 11,5 milhões no Brasil (5,8% da população). O suicídio é o segundo fator que mais mata os jovens (entre 15 e 29 anos), atingindo o número de 800 mil mortes anuais, o que representa 1,4% de todas as mortes do mundo (OMS, 2017).

No Brasil, dentre os dez problemas de saúde que mais causam deficiências, os transtornos de ansiedade e os depressivos ocupam, respectivamente, a terceira e quarta posições. Em relação aos fatores de risco que provocam mortes e incapacidades (de forma combinada), o tabagismo e o uso problemático de álcool ocupam a primeira e a quinta posições (OMS, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou 31 anos de existência em 2019 e, apesar de não ser tão antigo como outros sistemas de saúde públicos no mundo, é um dos poucos que é público, universal e integral, atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde da população usuária. Ao longo desse período, pode-se destacar a criação de várias políticas de cuidados em saúde, e uma delas é a de saúde mental.

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, em 2011, teve o intuito de reafirmar a política de saúde mental no país, por meio da qual já se vinha implantando dispositivos substitutivos aos manicômios e hospitais psiquiátricos. Dessa forma, se propôs a seguir a linha da reforma psiquiátrica brasileira, com um olhar mais humanizado, com foco no cuidado territorial, comunitário e em liberdade (BRASIL, 2011).

Um dos objetivos da RAPS é integrar serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as oficinas de trabalho e geração de renda, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os ambulatórios de saúde mental e os hospitais gerais em uma rede de cuidados em torno de seus usuários (BRASIL, 2011).

Os CAPS são serviços importantes no processo de implantação de uma política de saúde mental em alinhamento com a reforma psiquiátrica, uma vez que são os principais serviços da atenção secundária responsáveis pelo cuidado de base

territorial, buscando evitar e diminuir as internações de saúde mental em hospitais (BRASIL, 2001). Desde a criação da RAPS, nota-se um incremento significativo na rede de serviços, principalmente especializada, na qual os CAPS somavam 2.462 unidades em todo o país no ano de 2017 (BRASIL, 2017).

Há de se destacar que, apesar de buscar a não internação de usuários de saúde mental, o uso da internação em hospital geral é recomendado e deve ser utilizado quando necessário, conforme preconiza a Lei nº 10.216/ 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Segundo o Ministério da Saúde, existem 263 hospitais cadastrados, com 1.163 leitos de saúde mental habilitados em todo o país (BRASIL, 2017).

Tanto o cuidado ambulatorial, como o hospitalar devem manter um diálogo constante para conseguirem trabalhar de forma coesa, seja para as situações de internações, seja para o cuidado nos CAPS, UBS, SRT, entre outros componentes da RAPS, onde se dará o prosseguimento pós alta hospitalar. Estudar a relação existente entre esses componentes de atenção se demonstra importante para o acompanhamento de uma política de saúde mental que vise trabalhar e dialogar no cuidado em rede para seus usuários.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A saúde mental tem sido uma área de trânsito desde a graduação em Educação Física deste mestrando. Foi durante a graduação que tive os primeiros contatos com os até então chamados “serviços substitutivos aos manicômios”. Ao término da graduação, ingressei em uma Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), com foco na saúde mental coletiva, a qual me permitiu seguir trilhando os caminhos da saúde mental e conhecendo um pouco mais o campo da saúde coletiva e sobre as políticas de saúde do país.

Ao término dos dois anos da RMS, pude dar sequência à minha trajetória na saúde mental, uma vez que ingressei como trabalhador de um CAPS no município de Viamão, situado na Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA). Lá trabalhei por um ano e meio e pude ter uma vivência bastante imersiva sobre o cuidado em saúde mental com usuários dos serviços da RAPS.

Durante o período em que trabalhei no município, deparei-me com diferentes

tipos de situações, uma das quais mais me chamava a atenção: a relação entre o CAPS e o Hospital. Mantínhamos diálogo constante, seja através de telefone ou e-mail eletrônico e visitas regulares aos usuários referenciados ao nosso serviço que lá estavam internados. Havia também, reuniões semanais com a equipe da internação psiquiátrica para acompanhamento dos casos e dos usuários que, após alta, seguiriam acompanhamento com o CAPS.

A relação entre esses dois componentes da RAPS nunca foi tranquila. Sempre havia um desconforto e um certo descompasso no entendimento das ações de cada serviço. Porém, apesar de não ser fácil, tal relacionamento era essencial para se pensar e executar um trabalho em rede, objetivando diminuir os atendimentos de emergência (que não eram considerados de urgência) no hospital, assim como diminuir as reinternações.

Nesta dissertação, trago muito do que vivenciei transitando pela saúde mental, saúde coletiva, SUS e outras redes públicas (educação e assistência social) com as quais tive contato, seja como estudante, trabalhador ou usuário. É a partir desses encontros, principalmente entre a teoria e a prática, que me propus a realizar uma pesquisa que oportunizasse um olhar para essas experiências, e que contribuísse para um melhor desenvolvimento e entendimento dos arranjos existentes nas redes de saúde.

Trabalhar com avaliação das políticas, utilizando-se de dados da própria política de saúde para planejar, avaliar, mensurar, descrever e problematizar, é algo que vejo como intrínseco à perspectiva da saúde coletiva, como traz o documento orientador da CAPES:

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva estuda o fenômeno saúde-doença enquanto processo social em populações; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como resultado de processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender as formas pelas quais a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (CAPES, 2013, p.1).

A busca por compreender os fenômenos que ocorrem na saúde são objetos de estudo há muito tempo pelos sanitaristas. Nunes (2006) relata que no século XIX surgiram alguns princípios básicos integrantes do discurso sanitarista:

Data desse momento a fixação de alguns princípios básicos que se tornariam parte integrante do discurso sanitarista: 1) a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) que as condições sociais e

econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e doença e estas devem ser estudadas cientificamente; 3) que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas (pág. 20).

O que me propus a trabalhar nesta pesquisa, que segue essas premissas, é contribuir através de um estudo quantitativo que avaliasse a relação entre as internações hospitalares e os atendimentos ambulatoriais em saúde mental no SUS. Utilizando-se, para isso, dos dados de rotina que os municípios devem encaminhar ao Ministério da Saúde, na área de saúde mental.

Essa área mudou a forma de sistematização das informações de atendimentos ambulatoriais em 2012, quando passou a utilizar o formulário RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde). O novo sistema de registro possibilitou a inclusão de novos procedimentos de atendimentos dos CAPS que não eram registrados anteriormente, permitindo “qualificar o processamento e o monitoramento da produção dos mesmos no SIA/SUS” (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2013, p.1).

Pressupõe-se que as razões entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares extremamente desviantes da média da Região Metropolitana ou de algumas subpopulações específicas possam sinalizar distorções na notificação adequada dos procedimentos, especialmente em relação àqueles de natureza ambulatorial, nos sistemas de informação oficiais. Deve ser lembrado que o financiamento da assistência hospitalar se dá por internação, via AIH (Autorização de Internação Hospitalar), enquanto o financiamento da assistência ambulatorial no campo da saúde mental decorre de valores *per capita* e/ou relativos a incentivos específicos para a manutenção de componentes da RAPS (BRASIL, 2017).

É possível que eventuais distorções decorram mais do registro inadequado do que expressem diferentes intensidades de utilização dos serviços de saúde ou conformação da rede de atendimento. O financiamento do município na área de saúde mental é diretamente proporcional à assistência hospitalar, mas não ao número de atendimentos ambulatoriais registrados. O fato pode ensejar subnotificação dos procedimentos de natureza ambulatorial afetando a razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Construir um indicador de razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental no âmbito do SUS.

### 2.2 ESPECÍFICOS

Mensurar os atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental em uma região metropolitana como um todo e por município.

Calcular a razão entre atendimentos ambulatoriais e atendimentos hospitalares em saúde mental como um todo e por município.

Hierarquizar os municípios conforme o valor das razões.

Examinar as razões em subpopulações específicas segundo sexo e faixa etária.

### 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Propôs-se realizar uma pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quantitativa. Foram analisados dados de sistemas de informação do Ministério da Saúde, como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), que servem para registro da produção de atividades e atendimentos prestados nos serviços de saúde, além de elencar os estabelecimentos de saúde existentes.

A partir dos dados coletados, elaborou-se um indicador obtido pelo cálculo da razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalizações em saúde mental realizados nos anos de 2015, 2016 e 2017. A razão, segundo Rosa (2013), é o tipo de fração em que pelo menos parte dos elementos estudados do numerador não está contida no denominador. Assim, o numerador não é subconjunto do denominador.

Também foram calculados o coeficiente anual por 10 mil habitantes de cada município componente da amostra, médias, desvio-padrão e intervalo de confiança (95%) para algumas razões. Para o cálculo do coeficiente populacional utilizou-se no numerador a média aritmética simples do período e no denominador a população projetada para o ano intermediário do período, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

A pesquisa segue a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Por utilizar-se de dados secundários que são de domínio público, não houve necessidade de envio ao sistema CEP/CONEP.

#### 3.1 AMOSTRA

Os municípios que fazem parte do estudo encontram-se na Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), que é a região geográfica de maior concentração populacional do estado do Rio Grande do Sul, com mais de 4 milhões de habitantes (37,7% da população total do estado). É composta por 34 municípios e caracteriza-se por ter a quarta maior concentração urbana e econômica do Brasil (ATLAS SOCIOECONÔMICO DO RIO GRANDE DO SUL, 2018). Esta região foi escolhida devido à proximidade da capital gaúcha e sua importância e desenvolvimento, além de ser uma região em que o mestrando possui uma maior

vivência e circulação, e tem um conhecimento prévio da realidade de alguns municípios que a compõe.

### 3.2 COLETA DE DADOS

Os dados secundários foram coletados por meio de um computador de uso pessoal e, tabulados em programa Microsoft Excel 2016 para armazenamento, análise e cálculo.

Os dados foram acessados por meio do portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) na internet, via plataforma TABNET- assistência à saúde (tabnet.datasus.gov.br). As variáveis de coleta foram obtidas do SIH-SUS e do SIA-SUS, sempre por local de residência.

- Produção Ambulatorial: variáveis município (linha), grupo procedimento (coluna), quantidade aprovada (conteúdo). A seleção disponível de procedimento para os registros com os códigos referentes à saúde mental, conforme lista abaixo, foi retirada do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP):
  - 03.01.08.001-1 - abordagem cognitiva comportamental do fumante (por atendimento / paciente).
  - 03.01.08.002-0 - acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial.
  - 03.01.08.003-8 - acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial.
  - 03.01.08.004-6 - acompanhamento de paciente em saúde mental (residência terapêutica).
  - 03.01.08.014-3 - atendimento em oficina terapêutica i - saúde mental.
  - 03.01.08.015-1 - atendimento em oficina terapêutica ii - saúde mental.
  - 03.01.08.016-0 - atendimento em psicoterapia de grupo.
  - 03.01.08.017-8 - atendimento individual em psicoterapia.
  - 03.01.08.019-4 - acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial.
  - 03.01.08.020-8 - atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial.

- 03.01.08.021-6 - atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial.
- 03.01.08.022-4 - atendimento familiar em centro de atenção psicossocial.
- 03.01.08.023-2 - acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial.
- 03.01.08.024-0 - atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares.
- 03.01.08.025-9 - ações de articulação de redes intra e intersetoriais.
- 03.01.08.026-7 - fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares.
- 03.01.08.027-5 - práticas corporais em centro de atenção psicossocial.
- 03.01.08.028-3 - práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial.
- 03.01.08.029-1 - atenção às situações de crise.
- 03.01.08.030-5 - matriciamento de equipes da atenção básica.
- 03.01.08.031-3 - ações de redução de danos.
- 03.01.08.032-1 - acompanhamento de serviço residencial terapêutico por centro de atenção psicossocial.
- 03.01.08.033-0 - apoio à serviço residencial de caráter transitório por centro de atenção psicossocial.
- 03.01.08.034-8 - ações de reabilitação psicossocial.
- 03.01.08.035-6 - promoção de contratualidade no território.
- 03.01.08.036-4 - acompanhamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em serviço residencial de caráter transitório (comunidades terapêuticas).
- 03.01.08.037-2 - acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas - unidade de acolhimento adulto (UAA).
- 03.01.08.038-0 - acompanhamento da população infanto-juvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas - unidade de acolhimento infanto-juvenil (UAI).
- 03.01.08.039-9 - matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas.

- Produção Hospitalar: variáveis município (linha), grupo procedimento (coluna), AIH aprovadas (conteúdo), e filtro relativo aos códigos CID-10 do capítulo “F” (Transtornos mentais e comportamentais) como diagnóstico principal de internação.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

Discutir a saúde mental e não a relacionar com a história de nossa sociedade seria insuficiente, pois as duas estão entrelaçadas e complementam a história da humanidade há muito tempo. É sobre isso que discorre este capítulo, trazendo um pouco da história e do contexto da saúde mental no mundo e no Brasil. Aborda também algumas problemáticas que têm surgido na saúde mental e como se relacionam com este trabalho.

### 4.1 SURGIMENTO DA SAÚDE MENTAL

A sociedade se deparou com o surgimento de transtornos mentais há muito tempo, e há muito tempo tenta lidar com as pessoas que sofrem com esses transtornos. Porém, a forma como enfrentou, e ainda enfrenta, varia bastante como o afastamento e o encarceramento, a medicalização, a reaproximação daqueles em sofrimento com a sociedade e o cuidado em liberdade.

O surgimento dos ditos “anormais”, ou ainda, loucos, nos remete à Idade Média. Resende (2000) relata que a doença mental era uma questão privada, basicamente determinada pelos costumes, em que o poder público só intervia em assuntos como, por exemplo, a validação ou anulação de casamentos (quando um dos cônjuges se curava ou adoecia). Pinto e Ferreira (2010) relatam que muitos daqueles considerados loucos eram magos, prostitutas, desregrados, feiticeiros, alquimistas, suicidas ou blasfemadores.

Os tratamentos médicos eram circunscritos a poucas localidades e de acesso restrito àqueles mais abastados, uma vez que os menos afortunados se utilizavam de práticas populares e mágico-religiosas mais difundidas. Enquanto aos pobres era permitido vagar pelas cidades e pelos campos, tendo sua sobrevivência assegurada por caridade ou realização de pequenos trabalhos para particulares, os mais ricos mantinham seus loucos dentro de suas casas (RESENDE, 2000).

Em relação a essas atitudes, Foucault (1978), ao relatar sobre o surgimento da loucura, remete que “os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos” (p.13).

Resende (2000) nos relembra que “nas sociedades pré-capitalistas, aptidão e inaptidão para o trabalho não era um critério importante para a determinação do normal e anormal”, uma vez que as atividades mais predominantes para a economia da época, como subsistência ou para troca nos poucos mercados que existiam, eram a agricultura e o artesanato. Ambas “tinham em comum serem capazes de acomodar largas variações individuais e de respeitar o tempo e o ritmo psíquico do trabalhador” (p. 22).

No final do século XV surgem as primeiras manufaturas, formas de produzir baseadas em uma maior rigidez e disciplina frente ao modo mais artesanal relatado acima, que acabou por criar um declínio nesses tipos de ofícios (AMARANTE, 2010).

Os séculos seguintes foram marcados pelo aumento da industrialização e a crescente necessidade de mão de obra para essas indústrias. O modo de viver e sua relação com o trabalho estava se alterando e aqueles que não se adequaram a esse novo modo de vida acabaram por serem rechaçados socialmente (AMARANTE, 2010).

Medidas de repressão foram sendo instauradas, e instituições de exclusão foram se proliferando:

Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social. O enclausuramento, durante esse período, não possui conotação de medicalização, uma natureza patológica (AMARANTE, 2010, p. 24).

Na metade final do século XVIII, o louco, que já havia sido varrido da cena social, começa a ser tratado de forma diferente dos demais enclausurados. Se até ali partilhava dos mesmos métodos de tratamento que os demais, agora a “caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional” (AMARANTE, 2010, p.24).

Sobre esse período, Resende (2000) relata que as ideias do iluminismo, da revolução francesa e da declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, influenciaram denúncias sobre as internações e maus-tratos aos doentes mentais. Também em relação a esse período traz:

Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, entre outros, serão os principais protagonistas de um movimento de reforma através do qual, pela primeira vez, os loucos seriam separados de

seus colegas de infortúnio e passariam a receber cuidado psiquiátrico sistemático. Alegadamente centrado em bases humanitárias [...] o movimento generalizou-se com o nome de tratamento moral (RESENDE, 2000, p. 25).

Foi inspirado em Pinel - considerado pioneiro no modelo asilar de tratamento - que surgiu no Brasil o primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício Dom Pedro II, em 1852 no Rio de Janeiro (FONTE, 2012). Baseando-se em ideais como o afastamento, a reclusão e o isolamento, rapidamente o hospício foi ficando com sua capacidade de atendimento esgotada, o que ajudou a impulsionar a demanda por outros manicômios no país, como os que surgiram em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886). Uma característica marcante deste período era a pouca medicalização vista nos hospícios,

as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa (RESENDE, 2000, p. 38).

Os métodos de tratamento variavam do uso de camisas de força, jejuns forçados, agressões físicas, a até assassinatos, e estavam presentes nas várias instituições espalhadas pelo país, que em grande parte tinham um caráter religioso e caritativo (FONTE, 2012).

O período logo após a proclamação da República já dá início ao processo de gradativa medicalização, trazido pela medicina científica e positivista. Também é um período demarcado pela expansão das colônias agrícolas como estratégia terapêutica, que “não se deu apenas por exclusão de outras estratégias terapêuticas, de eficiência duvidosa, mas por ter encontrado um ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento” (RESENDE, 2000, p. 47).

As décadas seguintes tiveram um maior predomínio da chamada medicina preventivista e eugenista, “como um programa de intervenção no espaço social com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas” (FONTE, 2012, p. 5). Nas décadas de 1940 e 1950, houve a introdução de métodos como a eletroconvulsoterapia e a psicocirurgia, que conjuntamente à criação de novos hospitais públicos, não deram conta de mudar o cenário das últimas décadas. Assim os hospitais psiquiátricos, apesar de receberem uma maior atenção do Estado, continuaram a servir de local para recolhimento e exclusão social daqueles tidos como anormais, e que pouco poderiam produzir para a sociedade.

Um marco divisor, segundo Resende (2000), foi o período que se seguiu ao do golpe militar de 1964, quando o doente mental indigente começa a sair de cena, entrando uma nova fase na psiquiatria, de cobertura à massa de trabalhadores no Brasil. Foram os governos do regime militar que consolidaram a privatização da assistência, articulando-a com o modelo asilar de tratamento (FONTE, 2012).

Com uma rede ambulatorial ainda incipiente e que funcionou como autêntica malha de captação de pacientes para hospitalização, o quinquênio 1965/70 foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada; neste período, enquanto a população internada do hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período. O movimento de internações seguiu a mesma tendência, pendendo a balança francamente para o lado da empresa hospitalar, que em 65 internou 35.000 pessoas e em 70, 90.000 (RESENDE, 2000, p. 61).

Esse período é tido como o da indústria da loucura, no qual ocorreram internações hospitalares em grande quantidade e sem muito controle e indicação para internar ou não alguém, principalmente financiada pelo Estado, com a compra de leitos e pelos planos previdenciários.

É na década de 1970 que iniciam, com maior força, as lutas por mudanças de maior magnitude no país, inclusive em relação à saúde pública e à saúde mental, na busca de um cuidado mais humanizado e com direitos humanos básicos. Este período no campo da saúde ficou conhecido como movimento da Reforma Sanitária brasileira.

## 4.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRAS

Antes mesmo do surgimento do SUS, em decorrência da Constituição Federal de 1988, já se tinha no país algumas experiências de atendimentos em saúde mental que fugiam ao modelo manicomial. Tais experiências foram impulsionadas a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil - movimento que acabou dando origem a um novo modelo de atenção à saúde mental - que emerge nos anos 1970, principalmente impulsionada pelo movimento sanitário brasileiro. Este movimento lutava

em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005 p.6).

Apesar de a reforma sanitária brasileira ter sido um movimento que impulsionou a reforma psiquiátrica, foi o contexto internacional de lutas contra a violência asilar e

outras formas de desrespeito aos direitos humanos que forjou a base dessa reforma psiquiátrica. Essa reforma posicionava-se contra o modelo manicomial e lutava pela “preservação do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença” (COSTA, 2003, p.125). O movimento reformista estava baseado no modelo de reforma psiquiátrica italiano, principalmente na figura de Franco Basaglia. Ele conseguiu implantar na região norte da Itália (Gorizia e Trieste) uma rede que superou o modelo asilar/carcerário representado pelos hospitais psiquiátricos. Tal rede contava com uma diversidade de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial e comunitária (AMARANTE, 2010).

Tendo como base o contexto internacional de lutas, o movimento reformista brasileiro teve como ponta de lança os movimentos sociais (entre eles o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM) que protagonizaram diversos embates em esferas políticas e sociais, como o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Na esfera política, é possível citar como um grande marco para a reforma psiquiátrica, a criação de leis estaduais, como a Lei Estadual nº 9.716/1992 do Rio Grande do Sul, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica e determina a progressiva substituição dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. Por rede de atenção integral em saúde mental, a referida lei dispõe que pode ser:

ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (RIO GRANDE DO SUL, 1992, p. 1).

A partir de experiências como a do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira - que foi o primeiro CAPS do Brasil surgido em 1986 na cidade de São Paulo – e do CAPS Nossa Casa em São Lourenço do Sul - o primeiro CAPS público municipal do país - os CAPS se tornam um dos principais serviços de substituição aos hospitais psiquiátricos (RIBEIRO, 2004). Eles foram regulamentados em âmbito nacional pela Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) integrando-os à rede do SUS, nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi. Diferem-se principalmente quanto ao tamanho de sua estrutura física, equipamento, profissionais, atividades terapêuticas e também quanto à especificidade da demanda (crianças e adolescentes, álcool e outras drogas ou para

transtornos psíquicos graves).

No ano de 2004, foi instituído o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Reconhecendo o atraso histórico do Brasil na prevenção, tratamento e educação voltada para o uso de álcool e outras drogas, o Programa redefine e amplia a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, em consonância com a proposta de reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004).

Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088/GM. Esse dispositivo legal traz as diretrizes de funcionamento, objetivos gerais e específicos e os serviços componentes da rede, “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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” (BRASIL, 2011, on-line).

Apesar de os anos 2000 apontarem para uma reorganização da política de saúde mental em uma direção alinhada a Reforma Psiquiátrica e a RAPS se propor a dar seguimento, alguns retrocessos ocorreram. O principal foi a abertura para a entrada das comunidades terapêuticas (CT's) comporem oficialmente a rede de serviços em saúde mental do SUS. As críticas às CT's decorrem principalmente por serem instituições de caráter asilar, em sua grande maioria de base religiosa e que se utilizam de técnicas de reabilitação a partir do trabalho forçado, da reza, da abstinência e do enclausuramento (RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, 2017; BOLZAN e HOFF, 2018). Outra crítica, foi porque as CT's não tiveram regulamentação (e ainda não têm), não precisando seguir normatizações específicas de funcionamento, estrutura e fiscalização, o que pode ter acarretado violações de direitos humanos muito graves.

Inúmeras vistorias em comunidades terapêuticas realizadas no Brasil, seja pelo Ministério Público Federal, conselhos de classe e movimentos sociais, assim como denúncias publicizadas em diversos órgãos da mídia, apontaram violações sistemáticas de direitos humanos, em maior ou menor grau, desde punições físicas, psicológicas, constrangimentos e maus-tratos, violações do direito à liberdade, privacidade e à livre circulação, sequestros, exploração de mão de obra e trabalho compulsório, similar a trabalho escravo, falta de segurança no trabalho e precarização dos vínculos trabalhistas, precarização das condições sanitárias, de infraestrutura e de alimentação, entre outros.(CES/MG, 2018, p.17)

Em 2017, foi publicada a Portaria nº 3.588/GM, que trouxe alterações

importantes para a política de saúde mental. O governo federal recolocou os hospitais psiquiátricos como pontos de atenção na RAPS, o que foi considerado por vários segmentos de militantes, trabalhadores e usuários, como mais um retrocesso no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica no país (CES/MG, 2018; CNS, 2018). Esses segmentos defendem a oferta de atendimento psiquiátrico em setores dentro de hospitais gerais, como ocorre com as demais áreas médicas.

Também é criada a modalidade CAPS AD IV, ampliando as ofertas desse tipo de serviço, que passam a compor a lista abaixo:

- CAPS I: Centro de Atenção Psicossocial com atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

- CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas. Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação para todas faixas etárias de transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. Atende cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

- CAPS AD III: Atendimento de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação, com funcionamento 24 horas, atendendo todas faixas etárias e transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

- CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intensos sofrimentos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população.

As alterações na política de saúde mental não só provocaram mudanças nos

serviços de saúde, como a reinserção dos manicômios na RAPS e a criação de ambulatórios de saúde mental que remetem a uma lógica não territorializada e comunitária de atenção, mas também direcionaram um maior aporte financeiro para os hospitais psiquiátricos, dificultando a possibilidade dos municípios de menor porte conseguirem leitos de saúde mental em hospitais gerais.

o número mínimo de leitos considerado para habilitação passa de 4 para 8, não podendo corresponder a mais do que 20% da capacidade total do hospital geral, porcentagem que antes era de 15%. Os dois critérios elencados, utilizados para habilitação dos leitos, têm impacto desastroso na RAPS, tendo em vista as especificidades que tangem ao quantitativo populacional dos municípios brasileiros, os quais 70% possuem menos de 20.000 habitantes e o pequeno porte da maioria dos hospitais gerais no país, impossibilitando a habilitação em parte significativa dos mesmos, já que o mínimo de 8 leitos é um excesso para atender a uma real demanda psiquiátrica de municípios de tal porte. Além disso, torna-se uma exigência para o recebimento de recurso de custeio, a ocupação mínima de 80%, invertendo a proposta original de leito de retaguarda, que deve estar à disposição para ser utilizado apenas em casos extremos, com indicações precisas e em situações pontuais prescritas pelo CAPS. Tudo isso determina um grave e desastroso empuxo à internação como primeira opção de conduta, incoerente com a Lei nº 10.216/2001. (CES/MG, 2018, p. 12)

As alterações realizadas pelo governo federal em 2017 aparentaram ter caráter político antirreforma psiquiátrica, porém não são novidades, uma vez que essa linha política já foi posta em prática por instituições filantrópicas que prestam serviços para o SUS, como é apontado por Bolzan e Hoff (2018):

o fato de receber qualquer paciente, que esteja em qualquer situação faz com que os leitos permaneçam sempre lotados, o que é apontado tanto como um impeditivo para um melhor acompanhamento a estes pacientes, como enquanto possibilidade de maior repasse financeiro do poder público. (p. 103 e 104).

As mudanças com viés retrógrado, como traz a reportagem no site da Fiocruz, foram debatidas no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrascão) ocorrido em 2018 em painel específico de saúde mental. As debatedoras reforçam a ideia de que a política de saúde mental brasileira ainda representa uma conquista memorável enquanto avanço social e civilizatório, mas as mudanças implementadas pelo governo federal possuem um caráter de privilegiar alguns grupos, como destacou a professora da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Rosana Onocko, na reportagem:

“No entanto, com o golpe, os interesses contrários de grupos e agentes diversos ganharam expressão e poder, e estão criando instrumentos legais expressos na portaria 3588/2017 para remeter a orientação do modelo psicossocial”. Quais são os interesses contrários à Raps e ao SUS? “Aqueles que lucram com a venda de serviços e são contra o Estado fornecer serviços universais, mas vivem da ‘teta’ estatal, como as comunidades terapêuticas. Além de certa psiquiatria capturada pelo modelo biomédico e pelos laboratórios farmacológicos, bem como uma parte da população brasileira

que desacredita das políticas públicas”. (PORTAL EPSJV - EPSJV/FIOCRUZ, 2018, on-line)

A revista RADIS da Fundação Oswaldo Cruz, em sua edição de janeiro de 2018, também destacou o retrocesso na política de saúde mental, trazendo números comparativos e informativos:

O texto aprovado também prevê financiamento robusto às chamadas comunidades terapêuticas, ligadas à iniciativa privada, de cunho religioso, na ordem de R\$ 240 milhões por ano — valor muito superior aos quase R\$ 32 milhões por ano destinados à implantação dos demais dispositivos da rede. Diretor da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Leo Pinho informa em nota que, em 2017, a Ouvidoria Nacional registrou um aumento de 49% nas denúncias de maus tratos, imposições religiosas e trabalho forçado disfarçado de laborterapia nesses espaços. “Só em Jarinu, no estado de São Paulo, a comunidade terapêutica Missão Belém teve 14 mortes em um só mês”, alerta. (REVISTA RADIS, 2018, on-line)

As alterações na política de saúde mental não pararam por aí, pois em fevereiro de 2019 foi publicada a Nota Técnica nº 11/2019 pelo Ministério da Saúde. Nela o governo federal traz mudanças de diretrizes nos atendimentos aos usuários de saúde mental, e alguns pontos merecem destaque,

pois representam uma medida direta de desconstrução da reforma psiquiátrica: reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos. A política de álcool e outras drogas passa à gestão do superministério da Cidadania, que incorpora Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte, cujo titular, oriundo do governo Temer, expressa uma clara política de apoio às comunidades terapêuticas e contra a estratégia de redução de danos. (DELGADO, 2019, p. 3)

As mudanças colocadas em prática pelos governos federais na última década têm tido um caráter de retrocesso (LUSSI et al., 2019), indo ao encontro da diminuição dos direitos da população. Saúde não pode ser tratada como uma questão de mercadoria. É necessário avançar nas políticas de saúde baseadas em evidências, utilizando-se de referências técnicas e científicas para melhorar tanto a gestão quanto a assistência dos serviços de saúde mental no país. Um caminho é por meio do incentivo e valorização da educação (continuada e permanente) e pesquisa.

### 4.3 PERFIL DA SAÚDE MENTAL NO PAÍS

A produção científica ao redor da temática de saúde mental é bastante vasta, tanto é que quando este mestrando estava na graduação (2006-2012) e deparou-se

com um estágio em um CAPSi - sem ao menos saber o que era esse serviço de saúde - a busca por material para estudo foi muito tranquila. Um exemplo disso foi o quão facilmente consegui me inteirar das discussões acerca da política de saúde mental, suas práticas, histórias e possibilidades de intervenção. O tempo passou desde lá, e a produção aumentou, desde relatos de experiência, livros, avaliações de serviços, dissertações, teses, até documentos técnicos oficiais e não oficiais.

No início da trajetória na saúde mental, interessei-me na busca de publicações que contribuíssem para uma melhor compreensão sobre o “fazer da educação física na saúde mental”. Pesquisas como a de Wachs (2008), Abib (2008), Kuhn (2012) e Ferreira (2013) ilustram um pouco do olhar e compreensão da educação física para a saúde mental, que compuseram meu repositório de pesquisas, e demonstram algumas formas de avaliar a inserção de outros profissionais na Rede de Atenção Psicossocial. Trabalhos como esses ajudam a compreender a evolução que a saúde mental teve no Brasil, uma vez que se nota um incremento na variedade de profissionais que podem compor as equipes de saúde, possibilitando olhares diversos e outras formas terapêuticas para a saúde mental.

O aumento da rede de serviços em saúde mental é motivo de pesquisas qualitativas e quantitativas que, apesar de poucas, são de extrema importância, como a de Macedo et al. (2017), que avalia o processo de regionalização da saúde mental a partir da criação da RAPS, em 2011. Os autores mapearam a RAPS e a distribuição dos serviços, conforme as regiões de saúde com dados de 2016. Puderam observar que em relação à Atenção Primária à Saúde (APS), 82% das equipes estão localizadas em cidades do interior do país, de pequeno porte populacional. As regiões Nordeste e Sudeste concentram o maior número de agentes comunitários de saúde (ACS), equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por contarem com maior número populacional, se comparadas com as demais regiões. O menor déficit de serviços de APS é nas regiões Centro-Oeste e Norte, enquanto o maior é na Sudeste. Na atenção psicossocial especializada, o número de CAPS se elevou bastante desde 2011, principalmente nos municípios de médio e pequeno porte, com destaque para a interiorização desses serviços. O Nordeste é a região com a maior concentração de CAPS, enquanto o Centro-Oeste tem a mais baixa. Sudeste e Nordeste concentram o maior número de CAPS III, CAPSi, CAPS AD e AD III. Os autores observam que os CAPS III não estão

presentes em vários estados ainda, o que prejudica o processo de continuidade da reforma psiquiátrica, fragilizando a atenção psicossocial.

Sobre a população usuária dos serviços de saúde mental, o estudo de Kantorski et al. (2009) apresentou dados relativos aos CAPS da região Sul do Brasil. Na pesquisa, foram avaliados 1.162 usuários dos três estados, e os resultados apontaram que a maioria dos usuários era do sexo feminino (63,9%), com média de idade de 42 anos. A pesquisa não detalhou diferenças de perfil entre usuários nos diferentes tipos de CAPS existentes, porém alguns estudos apontam que nos CAPS I há uma predominância do sexo masculino (PEREIRA et al. 2012; LUZ e CAETANO, 2016), enquanto que em CAPS II a maioria é do sexo feminino (OLIVEIRA et al., 2016; DA CRUZ et al. 2016; PAULA, 2010).

Já o estudo de Leite et al. (2016), realizado com os cinco CAPS AD do município de Porto Alegre, registrou uma predominância masculina de 83% (934 homens e 188 mulheres), mas não diferenciou os dados entre CAPS II e CAPS III.

Em relação aos serviços não hospitalares de urgência, ocorre uma predominância de atendimentos a pessoas do sexo feminino. Garcia e Reis (2014) avaliaram que os atendimentos psiquiátricos representaram 2,7% do total dos atendimentos desse serviço, com predominância para a busca espontânea pelo atendimento.

O sexo feminino também predominou - com 68% - no estudo de Pereira et al. (2012) e no de Luz e Caetano (2016) - com 77%. Ambos avaliaram o perfil de usuários de ambulatório em saúde mental, prevalecendo os diagnósticos de transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e os somatoformes, sendo que as principais prescrições medicamentosas foram de antidepressivos (45%) e benzodiazepínicos (23%) (PEREIRA et al. 2012, p. 50).

O quesito raça e cor tem tido pouca visibilidade nos estudos, principalmente aparecendo nas pesquisas de perfil de usuários de CAPS, como foi avaliado por Silva et al. (2017), no qual as autoras fizeram um levantamento bibliográfico e verificaram a inclusão do quesito raça/cor na produção científica dos CAPS. A partir de um levantamento inicial de 457 artigos, apenas 3 apresentaram dados de raça/cor, mas nenhum discutiu os dados; 17 artigos falavam sobre perfil de CAPS, dos quais apenas dois CAPS abrangidos têm, proporcionalmente, mais negros em tratamento do que a população em geral. Os resultados evidenciaram que a variável raça/cor ainda é muito pouco utilizada pelos CAPS, apesar de ser um importante marcador de cunho social.

Sobre o atendimento hospitalar, a pesquisa de Zanardo et al. (2017) aponta que o perfil de usuários avaliados na internação foi de 53% do sexo feminino, com média de idade de 44 anos e 70% na cor branca. Economicamente, 70% dos usuários internados pertenciam a classe C e 40% não recebiam nenhum tipo de auxílio financeiro. A pesquisa também mostrou que mais de 50% dos usuários com primeira internação utilizaram o hospital como porta de entrada para o cuidado em saúde mental, o que foi estatisticamente significativo. Sobre a reinternação frequente, as autoras relatam uma ocorrência de 36,5%, que foram dados inferiores quando comparados com outras publicações brasileiras.

#### 4.4 PRODUÇÃO DE INDICADORES EM SAÚDE MENTAL

O uso de indicadores na saúde é realizado há muito tempo no mundo inteiro. Seus primeiros relatos remetem ao início dos estudos epidemiológicos (SOARES et al. 2017, p. 185). Meneghel (2015, p.76) descreve que “indicadores são medidas-síntese usadas para caracterizar o estado de saúde/doença de grupos e populações, servem para descrever a situação sanitária de diferentes locais e para subsidiar a construção de políticas e da atenção à saúde”.

A epidemiologia utiliza-se de números, levantamentos, apontamentos, dados, sendo uma ciência que se propõe a estudar o processo saúde-doença das coletividades e construir “[...] indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de rotina, em consonância com as políticas de promoção da saúde” (ROUQUAYROL, 2006, p. 321).

a epidemiologia passa a ser o principal instrumento de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS), quer seja para o estabelecimento de prioridades, quer para a alocação de recursos ou orientação programática, mas, sobretudo, por proporcionar as bases para avaliação de medidas que promovam a qualidade de vida. Hoje, é consenso que o uso da epidemiologia fomenta práticas garantidoras do aprimoramento das políticas públicas, tendo como fator primordial a intersectorialidade de ações no modo de construir saúde. (ROUQUAYROL, 2006, p. 321.)

A utilização de indicadores de saúde para “observar e descrever a ocorrência de doenças, incapacidades e mortes na população, com uso de dados que alimentam as estatísticas de saúde, possibilita medir, tornando visível o problema de saúde e os resultados da política de saúde” (SOUZA et al., 2017, p.1). Todavia, muitos gestores acabam não utilizando os indicadores para fomentar as políticas necessárias. Segundo Souza et al. (2017), o fato deve-se à falta ou má qualidade dos dados, acarretando dificuldades para a elaboração de indicadores de confiança, que

expressem a real situação de saúde e sirvam para monitorar as políticas públicas.

Quando se busca analisar indicadores de saúde mental a nível global, surgem algumas dificuldades. Dentre elas, Vigo et al. (2019) destacam a separação entre distúrbios psiquiátricos e neurológicos; a consideração de autoagressão como uma categoria fora da doença mental; a confusão de distúrbios de somatização dolorosos com distúrbios musculoesqueléticos; a exclusão de distúrbios de personalidade e consideração inadequada da contribuição da doença mental ao excesso de mortes.

Ainda assim, é possível encontrar pesquisas com dados internacionais. Malta et al. (2017) apontam que o estudo da Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease – GBD*), que surgiu em 1990, tem ganho relevância e se ampliado, contando com a participação de 195 países em 2015. O GBD utiliza-se de medidas globais e metodologia padronizada, possibilitando comparações entre os diversos países que o compõe.

Dentre as métricas utilizadas pelo GBD, podem-se destacar o indicador YLLs (anos de vida perdidos por morte prematura), o YLDs (anos de vida perdidos por incapacidade) e o DALYs (YLL + YLD) - anos de vida perdidos ajustados por incapacidade.

É a partir dessa métrica que Vigo et al. (2019) propuseram um estudo que estimou a carga de doença atribuível a distúrbios que afetam a saúde mental nos 35 países da Região das Américas. Assim como analisaram a variação dos gastos em serviços de saúde mental em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* real.

A pesquisa aponta que, em 2015, 60% das DALYs no mundo eram doenças não transmissíveis, das quais 12% correspondiam às doenças relacionadas a saúde mental (transtorno mental, neurológico, uso de drogas e autoagressão). Porém, na região das Américas esse índice atingiu 19%.

Os gastos médios em saúde mental, a nível mundial, representam 2% do que os governos aplicam em saúde, implicando em um total estimado de 12% de DALY e 35% de anos de vida perdidos por incapacidade (YLD). Os países de renda mais baixa alocam em torno de 0,5% do orçamento de saúde em serviços de saúde mental; países de baixa-média renda em torno de 2,0%; países de renda média-alta 2,4% e países de alta renda chegam a 5,1%.

Na América do Norte, os países que mais investem, proporcionalmente, nos serviços de saúde mental são EUA e Canadá. Na América Central, o Suriname e Barbados são destaque, enquanto na América do Sul o país que mais investe em

saúde mental é o Uruguai.

Com relação aos gastos com saúde mental alocados em hospitais psiquiátricos *versus* o PIB real (com paridade de poder de compra), o Haiti é o país que mais aloca recursos em hospitais psiquiátricos nas Américas. EUA e Canadá são os que menos destinam recursos aos hospitais psiquiátricos, tendo uma eficiência alocativa melhor que os demais países da América. Os países que mais eficientemente alocam seus recursos são os EUA, Canadá, Uruguai e Panamá, estando o Brasil em 9º lugar nesse quesito.

A pesquisa também apontou que os países com economias mais desenvolvidas não apenas investem uma quantidade maior de recursos do que os menos desenvolvidos, mas também investem com melhor qualidade e efetividade seu orçamento.

O acesso aos serviços de saúde deve ser considerado quando se abordam questões relacionadas à Saúde mental. O indivíduo que sofre com esses transtornos acaba carregando não só o seu sofrimento, mas também um estigma, que é histórico. Esse estigma pode levar as pessoas a não buscarem a ajuda necessária para seu tratamento. Dados internacionais apontam um índice de que até 80% das pessoas que vivem na China e Índia (um terço da população mundial) e sofrem com transtornos mentais não procuram tratamento. Esses dados, publicados no relatório da comissão de saúde mental do periódico *The Lancet* (2018), trazem ainda que mesmo quando o tratamento é procurado, sua qualidade é ruim.

As Pesquisas Mundiais de Saúde Mental (*World Mental Health Surveys*) relataram que uma em cada cinco pessoas com transtorno depressivo recebeu tratamento minimamente adequado em países de renda alta, caindo para apenas uma em 27 nos países de baixa e média renda.

O relatório também aponta, que “os serviços comunitários de saúde mental orientados para a recuperação são inacessíveis para a esmagadora maioria da população global, e no atendimento ao paciente, incluindo atendimento de emergência e cuidados sociais de longo prazo, são dominados por grandes instituições ou prisões” (THE LANCET, 2018, p. 1559). O periódico não esquece de relatar problemas históricos enfrentados pela saúde mental, como o encarceramento, seja dentro de suas próprias casas, como em centros de orações e instalações tradicionais de cura, onde milhares de pessoas acabam presas. E também retoma a importância de realizar uma desinstitucionalização bem planejada, evitando internações e prisões

desnecessárias, assim como mortes prematuras.

Na busca de melhorar os tratamentos de saúde mental, a expansão da rede de atendimento é de suma importância. A lacuna de tratamento para adultos, crianças e indígenas com doença mental grave continua sendo um grande desafio, mantendo uma elevada prevalência de transtornos mentais e carga global da doença nas Américas (KOHN et al., 2018). O aumento do investimento público também deve ser considerado, uma vez que pode contribuir para uma cobertura melhorada de tratamento efetivo, levando a melhorias significativas na saúde da população (CHISHOLM et al., 2016).

Das possibilidades de trabalhar na evolução e na diminuição do adoecimento em saúde mental, pesquisadores do Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS) - que participam dos estudos de GBD - definem o controle dos fatores de risco como determinantes para uma mudança de fato. Segundo esses autores, o tabagismo e uso prejudicial de álcool estão entre os principais fatores de riscos para doenças crônicas e causas de morte. Eles reforçam que as evidências científicas são contundentes, e que esses dados sobre os efeitos dos fatores de risco precisam ser observados, compreendidos e transformados em estratégias e prioridades nos sistemas de saúde.

Em relação aos fatores de risco, Malta et al. (2017) retomam a estimativa global de que 57,8% das mortes e 41,2% dos DALYs foram resultantes de fatores de risco. As autoras, utilizando-se de dados de GBD, analisaram os fatores de risco relacionados à carga global de doenças. No Brasil, ocorreu diminuição do consumo de tabaco, porém houve aumento do uso de drogas e do consumo abusivo de álcool, sendo este último, um fator de risco associado a diversas doenças crônicas e mortes prematuras (MALTA et al. 2017).

Ao trazer o debate da temática de saúde mental, destaca-se que os transtornos mentais estão entre as seis principais cargas de doenças no mundo, sendo a terceira no Brasil. Já em relação à incapacidade, os transtornos mentais ocupam, desde os anos 1990, a segunda colocação globalmente, enquanto no Brasil chegaram ao primeiro lugar (BONADIMAN et al., 2017).

Como visto, a produção de indicadores quantitativos para as políticas de saúde mental é uma prática já utilizada por alguns autores. Em relação a uma perspectiva de pesquisadores nacionais, muitos desses estudos se utilizam de pesquisas qualitativas para tentarem capturar e compreender realidades dos locais onde foram

realizados os estudos.

Dantas e Oda (2014) realizaram um trabalho que mapeou as pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental num período de 10 anos (2004-2013). Apuraram que a produção de teses e dissertações está concentrada nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, principalmente originando-se de programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e Enfermagem. Os artigos analisados se referem quase em totalidade aos serviços das regiões Sul e Sudeste, principalmente Rio Grande do Sul e São Paulo, existindo poucos estudos de abrangência nacional. Os serviços mais avaliados são os CAPS seguidos da Atenção Básica. E os sujeitos mais pesquisados são os trabalhadores e em segundo lugar os usuários. A maioria dos trabalhos que compuseram a pesquisa eram de metodologia qualitativa, tendo predominância de 90% nas teses e dissertações, e de 75,7% nos artigos. Apenas 7,4% das teses e dissertações utilizaram dados secundários (sistemas de informação ou prontuários). E dos 103 artigos avaliados, apenas cinco utilizaram dados provenientes do DATASUS.

As autoras descrevem que o levantamento sobre pesquisas com indicadores avaliativos mostrou que as com metodologia quantitativa apresentavam parâmetros mais definidos, do que os parâmetros de julgamento das pesquisas qualitativas. As pesquisas qualitativas descrevem em sua grande maioria, o processo de construção da avaliação, mas acabam dando pouca ênfase aos resultados dessa avaliação (DANTAS e ODA, 2014).

O artigo de Alves et al. (2017) é um exemplo de pesquisa qualitativa que objetivou construir indicadores de satisfação. As autoras realizaram um estudo de caso avaliativo com usuários e familiares de um CAPS. Utilizaram grupos focais para discussão, negociação e validação de indicadores no ano de 2014. O resultado foi a identificação de dois indicadores de satisfação por parte dos sujeitos, que foram a não necessidade de internação, ou diminuição dessa, e a sensação de bem-estar.

A pesquisa de Onocko-Campos et al. (2017) apresenta um conjunto de indicadores para avaliação dos CAPS III, que foram elaborados de forma participativa com os CAPS III do estado de São Paulo. Foram realizados encontros presenciais através de grupos de apreciação partilhada com gestores e trabalhadores dos CAPS envolvidos na pesquisa e chegou-se ao número de 16 indicadores, agrupados em 8 temas: Atenção à situação de crise; Qualificação dos atendimentos grupais; Trabalho em rede; Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial; Educação permanente;

Singularização da atenção; Atenção às pessoas com deficiência intelectual; e Uso de medicação. Os autores relatam que os indicadores foram testados nos serviços de saúde, apesar de pouco falar sobre aplicação e resultados, corroborando com o que Dantas e Oda (2014) relataram em sua pesquisa, mencionada mais acima.

As pesquisas quantitativas trazem dados mais explícitos, debatendo mais os seus resultados, como a de Gonçalves et al. (2010). Os autores avaliaram a cobertura de CAPS no estado do Rio Grande do Sul, utilizando-se de dados do CNES e do indicador de CAPS/100 mil habitantes.

Foram calculados os indicadores para cada uma das 19 regionais de saúde e gerado índice de cobertura resultante da razão entre o indicador observado e o esperado de acordo com a população da região geográfica analisada. [...]O número de CAPS esperado para cada região é calculado pela fórmula (número de CAPS)/100.000 habitantes, e o índice de cobertura (IC) foi calculado pela razão do número de CAPS observado pelo número de CAPS esperado para a população residente na região de interesse (GONÇALVES et al., 2010, p. 17-18).

Os resultados demonstraram que 12 das 19 regionais de saúde do estado apresentaram indicador de cobertura adequado, apontando que apenas 51% da população está coberta conforme o esperado. Segundo os autores, esses resultados mostraram que o uso do índice global não representa as realidades regionais, sugerindo que a análise deve ser feita de forma mais regionalizada, a fim de demonstrar as carências e fornecer subsídios para um aumento de forma mais igualitária da rede.

Tomasi et al. (2010) pesquisaram a efetividade dos CAPS no cuidado a portadores de sofrimento psíquico. O estudo foi realizado numa cidade de porte médio na região sul do Brasil, a que foi proposto uma coorte prospectiva. Foram realizadas entrevistas domiciliares e aplicados questionários para o usuário do CAPS e para o seu familiar. Os dados foram codificados, tabulados e posteriormente analisados em software estatístico SPSS 13.0. Para avaliar a exposição terapêutica levou-se em conta o uso medicamentoso e a participação em oficinas e grupos no CAPS. Para avaliar a situação de saúde utilizou-se a ocorrência de crise e a hospitalização. Os resultados apontaram uma queda nos relatos de crise de 63% para 30% (comparado à visita anterior). E “após frequentar o CAPS, 24% dos usuários referiram ausência de crises, 60% tiveram com menor frequência e 70% com menor intensidade” (TOMASI et al. 2017, p. 810). As hospitalizações também foram reduzidas, de 16% para 12%. Os autores, apesar de realizarem uma crítica aos estudos que utilizam base de dados

secundários, reiteram a dificuldade que existe ao trabalhar com dados em saúde mental, principalmente devido à falta deles.

Silva e Lima (2017) realizaram uma pesquisa de avaliação das instalações físicas, recursos humanos e atividades desenvolvidas pelos CAPS de uma região de Minas Gerais em 2014. Foram utilizados formulários semiestruturados para entrevistas com gestores e observação direta nos serviços. Os formulários foram elaborados a partir da avaliação das dimensões de estrutura e processo de Donabedian, adaptando-se às recomendações do Ministério da Saúde e leis vigentes para os CAPS. O estudo utilizou variáveis categóricas para critérios de adequação de serviços e horário de funcionamento dos CAPS. Variáveis contínuas foram utilizadas para descrição de outros aspectos, como o 'tempo de funcionamento' e 'número de atendimentos', ambas confrontadas com dados do CNES e SIA/SUS.

Os resultados apontaram que cinco CAPS da região tinham mais de nove anos de implantação, enquanto os outros nove tinham no máximo oito anos, tendo um tempo médio de implantação dos CAPS na região de 6,23 anos. A cobertura de CAPS para a região foi considerada boa (com valor de 1,01 CAPS/100 mil hab.), assim como a cobertura dos municípios (valores entre 0,75 e 1,74 CAPS/100 mil hab.). Quanto à estrutura física, apenas seis dispunham de adequações para pessoas com necessidades especiais. Foi verificado que em apenas um serviço existia prontuário eletrônico, compartilhando informações com toda a rede de saúde municipal. Dos 14 gestores, 12 possuíam formação em psicologia e seis tinham especialização na área. Em relação à composição das equipes profissionais, houve divergências em relação ao encontrado nos serviços e ao listado no CNES.

Sobre os dados de atendimentos, a média de atendimento diário foi de 30 usuários (desvio-padrão: 17,30), incluindo moradores de outras cidades próximas atendidas, que não possuíam CAPS.

O número médio de atendimentos dos CAPS da região variou consideravelmente, entre os Centros. Conforme dados repassados pelos gestores, o número médio de atendimentos mensais foi de 486,8 (desvio-padrão: 786,90) – em um quadro geral de amplitude entre 20 e 3.000 atendimentos mensais pelos Centros observados –, incluindo consultas programadas e de urgência atendidas pela equipe multiprofissional (SILVA e LIMA, 2017, p. 155).

Nota-se uma dificuldade em utilizar dados de atendimentos nos serviços de saúde mental, devido a sua grande amplitude e a diferenciação substancial entre os tipos de CAPS, com público-alvo diferentes (em demandas e tamanho da população

atendida). Essa dificuldade não é novidade, tanto é que poucas pesquisas utilizam dados de atendimentos oriundos do DATASUS, conforme apontado por Dantas e Oda (2014) e por Costa et al. (2015). Talvez a forma como eram registrados os atendimentos e informações sobre os CAPS - que começou a mudar no ano de 2012 com a implantação da RAAS - e seus usuários não permitissem avançar na utilização de dados secundários, tanto para avaliação, como para monitoramento e planejamento de melhorias para os serviços de saúde mental. Um exemplo, além dos já trazidos, é o estudo de Paixão et al. (2009), que buscou descrever a prevalência dos transtornos psíquicos na região metropolitana de Recife. Mas para tal, realizou entrevistas semiestruturadas com trabalhadoras de três instituições psiquiátricas da região, como forma de coletar os dados sobre os pacientes.

O estudo de Silva et al. (2018) trabalha com dados do SIA/SUS advindos da RAAS. Os autores fizeram um levantamento das ações realizadas por um CAPS II no município de Ubá, no estado de Minas Gerais. Os dados demonstram que os atendimentos realizados com maior frequência no período de um ano, foram as “ações de atendimento individual” (4.332), “acolhimento diurno” (4.182), “atendimento em grupo dos pacientes no CAPS” (2.690) e “práticas corporais em CAPS” (2.291). As ações com menores frequências foram a “fortalecimento do protagonismo dos usuários” (1), “matriciamento das equipes dos pontos da urgência, emergência e serviços hospitalares” (54) e “acolhimento inicial” (53). A pesquisa traz apontamentos interessantes que permitem ser uma forma de monitoramento das ações dos CAPS e avaliar se estão realizando o que a Política Nacional de Saúde Mental propõe, principalmente no viés da reforma psiquiátrica.

Chama a atenção a falta de comparação dos dados apresentados com outras pesquisas. Porém isso pode ser decorrente à falta de investigações que utilizem tais dados, visto que ainda existem muitos CAPS no Brasil que não estão informando a produção através da RAAS. Essa situação fica evidente ante, por exemplo, a Portaria nº 3.659/2018, do Ministério da Saúde, que suspende o repasse do recurso financeiro aos serviços da RAPS por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.

A atenção primária à saúde também tem sido alvo de pesquisas com indicadores de saúde mental, e a de Souza (2016) é um exemplo. Nela, o autor descreve a magnitude da ocorrência do que chama de distúrbios mentais na atenção básica à saúde. Realizou-se um estudo ecológico com dados secundários do Sistema

de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizando os números absolutos e percentuais de registros e outros três indicadores: a Razão Populacional de Registro, a Capacidade de Registro de Distúrbios Mentais e a Estimativa de Casos de Distúrbios Mentais não Registrados.

Para realização da análise bivariável, o 'registro de Distúrbios Mentais' foi considerado como desfecho. As variáveis explicativas analisadas foram (i) localizar-se nas macrorregiões Sudeste ou Sul (regiões com melhores indicadores sociais e de saúde), (ii) ser capital de Unidade da Federação (UF), (iii) contar com uma população maior que 200 mil habitantes, (iv) apresentar cobertura pela Atenção Básica superior a 75% e (v) dispor de CAPS (SOUZA, 2016, p. 406-407).

Foram incluídos dados de 5.014 municípios brasileiros, sendo que 50,6% estavam localizados nas macrorregiões Sudeste ou Sul, 97,3% possuíam população inferior a 200 mil habitantes, 69,1% não possuíam CAPS e 0,8% (42) registraram casos de distúrbios mentais na atenção básica, no período estudado (SOUZA, 2016, p. 407). Os resultados apontam que os distúrbios mentais na atenção básica foram mais frequentes nas regiões Sudeste e Sul do país, assim como em capitais, municípios com mais de 200 mil habitantes e que dispunham de CAPS. Foram registrados 15.216 casos de distúrbios mentais, sendo os mais recorrentes no Paraná (53,3%) e Rio de Janeiro (14,2%). O próprio autor coloca que a pesquisa apresenta possíveis limitações, principalmente devido a utilizar estimativas de transtornos mentais graves e persistentes como referência para análise de magnitude de registro dos distúrbios mentais no SIAB.

Outra limitação trazida pelo autor e corroborada por Moraes (2017), é do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) não possuir indicadores específicos de doenças mais comuns de saúde mental, que são os mais frequentes na atenção básica, segundo os autores. Até o período do estudo os indicadores do SIAB eram: proporção de atendimentos de saúde mental exceto usuários de álcool e outras drogas; proporção de atendimentos de usuário de álcool; proporção de atendimentos de usuários de drogas; e taxa de prevalência de alcoolismo.

Os dados fornecidos pelo SIAB são incipientes e inespecíficos, ademais, a falta de flexibilidade e limitação do registro dos dados não promove um registro mais sistemático e longitudinal das ações e atendimentos realizados com o sujeito em sofrimento psíquico. Os dados de cobertura de saúde mental na ABS, que na prática são utilizados para monitoramento, não possibilitam estabelecer a dimensão do cuidado em saúde mental neste nível de atenção (MORAES, 2016, p. 108).

Esses relatos e pesquisas nos levam a crer que a criação de um indicador de

razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental possa contribuir para o desenvolvimento da avaliação, monitoramento e planejamento da área da saúde mental. Da mesma forma, nos faz buscar mensurar os dados apresentados ambulatorialmente e em hospitais, além de analisar os registros dos dados no DATASUS através da RAAS, uma vez que ainda parece ser uma fonte de informações muito útil, mas pouco explorada.

## 5. RESULTADOS

Foram identificados 413.129 atendimentos realizados ambulatorialmente nas redes de atenção psicossocial no SUS da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), no período de 2015 a 2017. Para o mesmo período foram encontradas 31.941 internações hospitalares no SUS de residentes na RMPA por transtornos mentais, de acordo com os códigos considerados neste estudo.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos atendimentos ambulatoriais e das hospitalizações nos municípios da RMPA, além da razão entre esses atendimentos e as internações em saúde mental para a RMPA como um todo e por município.

**Tabela 1: Atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares em saúde mental no SUS por município da RMPA – RS, 2015-2017.**

<b>Município</b>	<b>Atendimentos ambulatoriais (A)</b>	<b>Coefficiente anual por 10 mil habitantes</b>	<b>Internações hospitalares (B)</b>	<b>Coefficiente anual por 10 mil habitantes</b>	<b>Razão (A/B)</b>
Alvorada	4962	79,8	607	9,8	8,2
Araricá	3	1,9	58	36,1	0,1
Arroio dos Ratos	1	0,2	86	20,1	0,0
Cachoeirinha	4.241	111,6	346	9,1	12,3
Campo Bom	6.969	359,9	177	9,1	39,4
Canoas	71.977	700,2	875	8,5	82,3
Capela de Santana	2	0,6	119	34,9	0,0
Charqueadas	9.061	782,5	213	18,4	42,5
Dois Irmãos	180	19,7	186	20,3	1,0
Eldorado do Sul	8	0,7	88	7,7	0,1
Estância Velha	17.554	1248,2	431	30,6	40,7
Esteio	26.784	1061,4	1.031	40,9	26,0
Glorinha	3	1,3	28	12,3	0,1
Gravataí	2.605	31,7	570	6,9	4,6
Guaíba	9.632	323,7	298	10,0	32,3
Igrejinha	9.447	909,3	801	77,1	11,8
Ivoti	1.193	178,6	301	45,1	4,0
Montenegro	12.179	638,8	803	42,1	15,2
Nova Hartz	6	1,0	144	23,7	0,0
Nova Santa Rita	2.936	375,2	76	9,7	38,6
Novo Hamburgo	63.873	854,7	2.347	31,4	27,2
Parobé	6.168	367,8	403	24,0	15,3
Portão	27	2,6	370	35,9	0,1
Porto Alegre	97.802	220,1	15.952	35,9	6,1
Rolante	3.304	529,0	110	17,6	30,0
Santo Antônio da Patrulha	12.240	967,7	193	15,3	63,4
São Jerônimo	2114	298,0	178	25,1	11,9

São Leopoldo	20958	304,2	625	9,1	33,5
São Sebastião do Caí	1690	226,9	409	54,9	4,1
Sapiranga	2750	114,7	675	28,1	4,1
Sapucaia do Sul	13929	334,2	1.589	38,1	8,8
Taquara	5172	300,4	369	21,4	14,0
Triunfo	185	22,0	155	18,4	1,2
Viamão	3174	41,8	1.328	17,5	2,4
<b>Total</b>	<b>413.129</b>	<b>322,0</b>	<b>31.941</b>	<b>24,9</b>	<b>12,9</b>

RMPA - Região Metropolitana de Porto Alegre – RS. Fonte: Elaborada a partir de dados brutos do Ministério da Saúde - DATASUS.

Os coeficientes de atendimentos ambulatoriais variaram de 0,2 em Arroio dos Ratos a 1.248,2/10 mil hab./ano em Estância Velha com média entre os municípios de 335,6 (IC95% 217,5-453,7) e desvio-padrão populacional de 351,5 (coeficiente de variação de 104,7%). Os coeficientes de internações hospitalares variaram de 6,9 em Gravataí a 77,1/10 mil hab./ano em Igrejinha com média entre os municípios de 24,2 (IC95% 19,7-30,1) e desvio-padrão de 15,5 (coeficiente de variação de 62,2%).

A razão entre os atendimentos ambulatoriais por hospitalização em saúde mental como um todo da RMPA foi de 12,9. Entretanto, essa mesma média entre os municípios resultou em um valor de 17,1 (IC95% 10,5-23,7). O desvio-padrão populacional foi de 19,7 (coeficiente de variação de 115,2%).

**Tabela 2: Razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalizações em saúde mental no SUS, em ordem decrescente, por município da RMPA-RS, 2015-2017.**

<b>Município</b>	<b>Razão</b>
Canoas	82,3
Santo Antônio da Patrulha	63,4
Charqueadas	42,5
Estância Velha	40,7
Campo Bom	39,4
Nova Santa Rita	38,6
São Leopoldo	33,5
Guaíba	32,3
Rolante	30,0
Novo Hamburgo	27,2
Esteio	26,0
Parobé	15,3
Montenegro	15,2
Taquara	14,0
Cachoeirinha	12,3
São Jerônimo	11,9
Igrejinha	11,8
Sapucaia do Sul	8,8
Alvorada	8,2

Porto Alegre	6,1
Gravataí	4,6
São Sebastião do Caí	4,1
Sapiranga	4,1
Ivoti	4,0
Viamão	2,4
Triunfo	1,2
Dois Irmãos	1,0
Araricá	0,1
Eldorado do Sul	0,1
Glorinha	0,1
Portão	0,1
Capela de Santana	0,0
Arroio dos Ratos	0,0
Nova Hartz	0,0
<b>Total</b>	<b>12,9</b>

RMPA – Região Metropolitana de Porto Alegre – RS. Fonte: Elaborada a partir de dados brutos do Ministério da Saúde - DATASUS.

Os municípios de Capela de Santana, Arroio dos Ratos e Nova Hartz apresentaram as menores razões (0,0), seguidos de Araricá, Eldorado do Sul, Glorinha e Portão (0,1 cada). Já as maiores razões foram de Canoas (82,3), Santo Antônio da Patrulha (63,4), Charqueadas (42,5) e Estância Velha (40,7).

As tabelas 3 e 4 apresentam as razões em subpopulações específicas segundo sexo e faixa etária, respectivamente.

**Tabela 3: Razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalizações em saúde mental no SUS segundo sexo por município da RMPA-RS, 2015-2017.**

<b>Município</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Alvorada	8,6	7,6	8,1
Araricá	0,1	-	0,0
Arroio dos Ratos	-	0,0	0,0
Cachoeirinha	7,9	17,1	12,2
Campo Bom	24,5	63,3	39,3
Canoas	56,9	130,8	82,3
Capela de Santana	0,0	-	0,0
Charqueadas	26,9	77,5	42,5
Dois Irmãos	0,7	1,4	0,9
Eldorado do Sul	0,1	0,1	0,0
Estância Velha	38,1	43,8	40,7
Esteio	25,1	27,3	25,9
Glorinha	0,2	-	0,1
Gravataí	5,0	4,1	4,5
Guaíba	21,8	47,7	32,3
Igrejinha	9,4	13,8	11,7
Ivoti	2,1	6,4	3,9
Montenegro	13,2	18,5	15,1
Nova Hartz	0,1	0,0	0,0
Nova Santa Rita	28,7	47,6	38,6
Novo Hamburgo	25,5	29,2	27,2

Parobé	10,9	18,6	15,3
Portão	0,1	0,0	0,0
Porto Alegre	7,5	4,4	6,1
Rolante	22,2	38,8	30,0
Santo Antônio da Patrulha	48,6	88,4	63,4
São Jerônimo	7,7	21,6	11,8
São Leopoldo	21,9	47,5	33,5
São Sebastião do Caí	3,2	5,2	4,1
Sapiranga	2,5	5,7	4,0
Sapucaia do Sul	7,2	10,7	8,7
Taquara	12,7	15,1	14,0
Triunfo	0,7	2,1	1,1
Viamão	2,4	2,3	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>11,8</b>	<b>14,4</b>	<b>12,9</b>

RMPA – Região Metropolitana de Porto Alegre. Fonte: Elaborada a partir de dados brutos do Ministério da Saúde - DATASUS.

Observa-se que a razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares como um todo para a RMPA foi maior para o sexo feminino (14,4) em relação ao masculino (11,8) em 22%. Para o sexo masculino, a razão variou de 0,0 em Arroio dos Ratos a 56,9 em Canoas, com média 13,4 (IC95% 8,6-18,3) e desvio-padrão populacional de 14,5 (coeficiente de variação de 107,8%). Para o sexo feminino variou de 0,0 em Araricá, Capela de Santana e Glorinha a 130,8 em Canoas, com média 25,7 (IC95% 15,5-35,9) e desvio-padrão populacional de 30,3 (coeficiente de variação de 117,9%).

**Tabela 4: Razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalizações em saúde mental no SUS segundo faixa etária, por município da RMPA- RS, 2015-2017.**

<b>Município</b>	<b>0-19</b>	<b>20-44</b>	<b>45-59</b>	<b>60-74</b>	<b>+75</b>	<b>Total</b>
Alvorada	12,2	6,7	9,4	8,6	3,5	8,1
Araricá	0,4	-	-	-	-	0,0
Arroio dos Ratos	0,1	-	-	-	-	0,0
Cachoeirinha	5,4	8,9	17,6	24,4	21,3	12,2
Campo Bom	23,6	23,8	75,2	86,5	-	39,3
Canoas	68,4	71,0	121,4	104,3	18,6	82,3
Capela de Santana	-	-	0,0	-	-	0,0
Charqueadas	24,9	27,4	97,8	120,4	-	42,5
Dois Irmãos	4,6	0,7	0,6	1,3	2,5	0,9
Eldorado do Sul	0,1	0,0	0,2	-	-	0,0
Estância Velha	10,0	44,0	45,7	26,7	4,1	40,7
Esteio	3,1	18,0	52,1	27,6	9,1	25,9
Glorinha	0,3	0,1	-	-	-	0,1
Gravataí	12,9	3,7	3,3	4,7	1,0	4,5
Guaíba	15,4	27,0	53,7	32,0	6,0	32,3
Igrejinha	3,8	11,6	16,7	12,5	-	11,7
Ivoti	3,4	3,2	5,7	3,2	3,4	3,9
Montenegro	7,2	14,0	23,7	9,6	7,4	15,1
Nova Hartz	0,3	-	0,0	-	-	0,0

Nova Santa Rita	23,1	30,1	68,0	97,3	29,0	38,6
Novo Hamburgo	86,5	17,8	29,9	38,8	9,2	27,2
Parobé	10,2	12,0	21,6	33,5	8,0	15,3
Portão	0,1	0,1	0,0	-	-	0,0
Porto Alegre	17,1	4,4	7,2	5,5	0,8	6,1
Rolante	59,6	26,6	29,5	15,0		30,0
Santo Antônio da Patrulha	6,0	47,9	97,3	94,7	11,0	63,4
São Jerônimo	9,3	8,3	15,8	19,0		11,8
São Leopoldo	23,6	26,0	57,1	43,8	2,3	33,5
São Sebastião do Caí	8,0	3,2	5,7	1,8	1,2	4,1
Sapiranga	2,1	3,3	6,2	9,0	0,2	4,0
Sapucaia do Sul	2,0	8,8	11,1	9,4	3,3	8,7
Taquara	27,4	12,4	16,9	7,4	1,7	14,0
Triunfo	2,2	0,8	1,5	2,0		1,1
Viamão	2,4	1,7	4,0	3,2	1,0	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>20,0</b>	<b>9,8</b>	<b>17,3</b>	<b>14,4</b>	<b>4,1</b>	<b>12,9</b>

RMPA – Região Metropolitana de Porto Alegre. Fonte: Elaborada a partir de dados brutos do Ministério da Saúde - DATASUS.

Observa-se que há uma distribuição bimodal com predomínio da razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares nas faixas etárias de 0 a 19 anos, quando atinge 20,0, e de 45 a 59 anos quando alcança o valor muito semelhante de 17,3. A razão na faixa etária mais idosa, de 75 anos e mais, é menor que a metade da razão da faixa etária de 20 a 44 anos.

No capítulo a seguir abordaremos um pouco mais os resultados, assim como apresentamos algumas discussões sobre os achados da pesquisa.

## 6. DISCUSSÃO

Este capítulo discute os resultados em 5 seções. A primeira aborda os valores das razões trazendo dois municípios como exemplos e foco de debate. A segunda abrange a discussão em relação ao sexo e a terceira em relação as faixas etárias. A quarta seção enfoca o sub-registro dos dados, enquanto a quinta debate a qualidade dos dados e a quem ela serve.

### 6.1. EM RELAÇÃO ÀS RAZÕES: O CASO DE VIAMÃO E DE CANOAS

A grande heterogeneidade entre as razões chama a atenção, uma vez que se observa município com valor desde 0,0 até 82,3. Uma grande amplitude também foi encontrada na pesquisa de Silva e Lima (2017) que analisou somente atendimentos ambulatoriais realizados nos CAPS de uma região de Minas Gerais, os quais variaram de 20 a 3.000 atendimentos mensais nos serviços analisados.

Em relação as razões aqui encontradas, é necessário analisa-las à luz das características loco-regionais dos municípios, como por exemplo, culturais, econômicas e populacionais. Dito isso, segue-se a discussão em relação a Viamão, que se encontra dentre os dez municípios com as menores razões.

Viamão é único município, dentre esses dez, com população acima de 40 mil habitantes (254.101, segundo projeção do IBGE para 2019). A razão apresentada por Viamão (2,4) é muito inferior aos demais municípios de porte populacional semelhante, como Gravataí (4,6), Alvorada (8,2), Novo Hamburgo (27,2) e São Leopoldo (33,5).

Ao analisar o município de Viamão, nota-se que apresenta uma característica que pesa contra o aumento dessa razão, que é o tamanho de seu território (o segundo maior do estado) e sua densidade demográfica (160 hab/km<sup>2</sup>), muito inferior aos municípios com população semelhante.

Contudo, não podemos atribuir a baixa razão somente a esse fator, pois ainda assim ficou muito abaixo do que provavelmente seja na realidade. Na experiência deste mestrando, enquanto trabalhador de um CAPS de Viamão no período de 2015 e 2016, os números coletados do DATASUS e aqui apresentados muito provavelmente não conferem com os atendimentos realizados no cotidiano da RAPS do município. Os atendimentos divulgados ficaram próximos aos de apenas um

serviço da RAPS para um ano de atendimento, indo na contramão dos ora apresentados, referentes a toda a rede ambulatorial para o período de três anos.

Ou seja, neste caso há um município em que os trabalhadores registravam os atendimentos ambulatoriais, porém os mesmos não eram lançados no sistema de informações do Ministério da Saúde. Nesse sentido, o município figurou na lista de “devedores de informações” do Ministério da Saúde, o que acarretou um corte de financiamento por não apresentar sua produtividade (BRASIL, 2018).

A discussão aqui não é sobre a produtividade estar alta ou baixa, mas sim na responsabilização da gestão do município em realizar um de seus papéis. Além disso, implica - uma vez que não possui dados fidedignos - em não poder utilizá-los para um melhor planejamento e gestão de sua própria rede de saúde mental, uma vez que os dados não condiziriam com a realidade do município.

Com esse caso pode-se aventar que o cálculo da razão utilizado neste estudo, pode auxiliar a balizar se os dados apresentados pelos municípios são de qualidade ou não, colocando-o como um possível indicador de qualidade da informação.

Ainda em relação às razões, deve-se citar os números elevados apresentados pelo município de Canoas, que obteve a maior razão (82,3), muito acima dos demais municípios estudados. Pode-se levantar a hipótese de a razão estar acima da média obtida (17,1) devido ao maior número de CAPS 3 (que possuem funcionamento 24h/dia) na cidade. Entretanto, não é possível concluir uma vez que Porto Alegre também possui mais CAPS 3 do que de outras modalidades, mas obteve razões bem mais baixas. Outra possibilidade pode ser relacionada ao acesso aos serviços ambulatoriais em Canoas, que pode ser diferente em relação aos demais municípios, uma vez que funciona por livre demanda dos usuários.

Um exemplo seria o de um município em que a população pudesse acessar diretamente os CAPS, sem ter a obrigatoriedade de receber um encaminhamento de outro serviço de saúde. Diversamente, outro município poderia organizar a entrada de usuários no CAPS apenas após o mesmo ter sido avaliado em alguma outra unidade de saúde, recebendo indicação para avaliação ou acompanhamento nos CAPS.

O acesso aos serviços de saúde e como o município o organiza pode influenciar no número de atendimentos realizados. Para aprofundar a argumentação, seria necessário analisar como ocorre o acesso aos serviços ambulatoriais nos municípios da região metropolitana, algo que este trabalho não se propôs a realizar,

mas recomenda para pesquisas futuras.

Outra possibilidade de investigação posterior que poderia contribuir para aferir a qualidade dos dados, seria analisar como cada município organiza a redação e/ou digitação dos dados de atendimentos no sistema RAAS do Ministério da Saúde. Poderia ser importante avaliar se a qualidade do dado é melhor em determinado município por existir, por exemplo, um funcionário específico para realizar esta tarefa, ou se é o próprio trabalhador que atendeu o usuário num determinado serviço que fica responsável pelo lançamento dos dados no sistema RAAS.

Também é importante analisar se os municípios utilizam sistemas informatizados próprios para cadastro de atendimentos e prontuários eletrônicos, assim tentando ver se há alguma dificuldade na transposição dos dados entre os diferentes sistemas municipais e o do Ministério da Saúde. Esses apontamentos também podem influenciar na qualidade e na fidedignidade dos dados apresentados, assim são sugeridos para futuras pesquisas.

## 6.2. EM RELAÇÃO AO SEXO: INFLUÊNCIA DOS CAPSad?

De forma geral há uma maior procura de atendimentos ambulatoriais para o público feminino (razão de 14,4 ante 11,8) na região metropolitana estudada. O achado vai ao encontro de estudo encontrado na literatura (KANTORSKI et al., 2009), em que são avaliados os CAPS da região Sul do Brasil sem diferenciar os tipos de CAPS.

Em relação ao fato anterior, observa-se que a capital do Rio Grande do Sul, o município de Porto Alegre, não se encaixa no descrito acima, uma vez que a maioria dos atendimentos ambulatoriais foram para o público masculino. A situação pode estar relacionada a estrutura da RAPS, uma vez que Porto Alegre apresenta um número de CAPSad mais elevado do que de CAPS e, como o encontrado na literatura, a demanda específica para CAPSad é maior no público masculino (LEITE et al., 2016:). Para efeito de comparação, o município de Canoas, que apresenta um número de CAPSad menor do que ao de CAPS (um CAPS III, dois CAPS II, um CAPSad III e um CAPSi), a presença feminina é maior.

Outro fator que pode influenciar são as ações desenvolvidas pelos serviços ambulatoriais, uma vez que podem variar de acordo com a demanda ou com a proposição de cada serviço e a região em que está localizado. Um exemplo seria o de um CAPS que oferta um número maior de atividades ou oficinas em grupos que

vincule mais o público feminino em determinadas atividades. Ou ainda, um CAPS que insista em ofertar uma atividade que não tenha demanda, mantendo, talvez, um espaço que não faça tanto sentido para os usuários do serviço e resultando em um número baixo de atendimentos para determinado público.

Neste aspecto é importante frisar que as atividades ofertadas pelos serviços da RAPS estejam de acordo com a demanda solicitada e averiguada em conjunto aos usuários, e que sejam constantemente revisadas pela equipe técnica e debatidas em assembleias com usuários, familiares e trabalhadores.

Também é importante relatar que números muito baixos de atendimentos podem indicar que não estão sendo registradas as atividades desenvolvidas, como no caso dos municípios de Araricá, Arroio dos Ratos, Capela de Santana entre outros que aparecem com razão entre 0 e 1. Seria adequado verificar os números muito altos, uma vez que muitos municípios terceirizam os serviços de saúde e sua gestão, podendo atrelar a produtividade a algum benefício para a empresa contratada, levando a uma possível alteração dos números. Reitera-se que o repasse do Ministério da Saúde para os estados e municípios – em relação aos CAPS – não é por produtividade, mas um valor fechado, justamente para tentar evitar esse tipo de situação e não interferir na qualidade do atendimento ao usuário.

### 6.3. FAIXA ETÁRIA DE ATENDIMENTOS

De uma forma geral, os valores apontam um maior registro de atendimentos ambulatoriais em relação às internações para a faixa etária dos 0 aos 19 anos (razão 20,0), seguida dos 45 aos 59 anos (razão 17,3), dos 60 aos 74 anos (razão 14,4), dos 20 aos 44 anos (razão 9,87) e acima de 75 anos (razão 4,1).

Importante ressaltar que não foram localizadas pesquisas para comparação direta com os dados encontrados. Todavia, os achados na literatura apontam diversidades de resultados, principalmente devido ao tipo de CAPS estudado. A pesquisa de Kantorski et al. (2009) avaliou diferentes tipos de CAPS sem distingui-los, e registrou média de idade de 42 anos para usuários de CAPS da região Sul do Brasil. Tomasi et al. (2010) avaliaram sete CAPS de um município do Rio Grande do Sul e apontaram uma média de 45,6 anos e 75% na faixa dos 30-59 anos. Da Cruz et al. (2016) avaliaram um CAPS II e encontraram maior atendimento na faixa etária de 30-39 anos. Oliveira et al. (2016) também avaliaram CAPS II e encontraram a maioria de usuários na faixa dos 30-59 anos. Leite et al. (2016) avaliaram CAPSad e

encontraram média de 35-50 anos. Luz e Caetano (2016) descreveram que no CAPS do tipo I que avaliaram (que atende todas as faixas etárias) houve predominância na faixa etária dos 50-59 anos de idade. Já Pereira et al. (2012) que também avaliaram um CAPS I trouxeram resultados de que a maioria atendida era na faixa dos 40-49 anos de idade. Já para os CAPSi Cunha et al. (2017) e Delfini et al. (2009) trazem que a média de idade atendida foi de 9 anos.

Em relação aos atendimentos ao público infanto-juvenil, nos chama a atenção o alto valor (razão de 86,5) para o município de Novo Hamburgo. Esse número mais elevado pode estar atrelado à qualidade da RAPS para essa faixa etária no município.

No período em que este mestrando trabalhou em RAPS em municípios e participou mais intensamente de fóruns, coletivos, encontros, seminários, entre outros, sobre saúde mental (período 2010-2017), Novo Hamburgo era tido como uma das referências em atendimentos de crianças e adolescentes para saúde mental. Em decorrência, foi um dos escolhidos pelo Ministério da Saúde para participar de um programa de intercâmbio entre RAPS no país, o Projeto Percursos Formativos na RAPS: intercâmbio entre experiências, em 2015 (P.M.N.H., 2015). Na ocasião, o CAPSi de Novo Hamburgo recebeu integrantes da RAPS de Ouro Preto-MG.

Nesse quesito, Porto Alegre apresentou um número mais elevado na faixa etária de 0 a 19 anos do que o das demais faixas etárias. O dado destaca-se devido ao número baixo de CAPSi que a RAPS do município oferta, isto é, apenas três. Todavia, também pode indicar que os serviços existentes estão atendendo uma demanda muito grande de usuários nessa faixa etária. Essa procura pode sobrecarregar os serviços e os trabalhadores, gerando filas de espera para atendimentos e uma demanda reprimida que poderá vir a buscar outras possibilidades de atendimento mais imediato, como as emergências, gerando um efeito cascata em toda a rede de atenção psicossocial. Em relação a esse aspecto, Garcia et al. (2015) relatam a falta de estrutura para atendimentos ao público infantil e juvenil na saúde mental do país, apontando que há um déficit de serviços muito grande, assim como uma falta de distribuição dos mesmos em todas as regiões do Brasil.

Destaca-se a razão de 120,4 que o município de Charqueadas atingiu na faixa etária de 60 a 74 anos, o mais elevado da RMPA nessa faixa. O município apresenta razões altas em todas as faixas etárias (quando comparadas aos demais municípios da RMPA), mas se destaca especificamente nessa. Charqueadas foi um dos municípios que este mestrando conheceu durante o período em que trabalhou (pela

residência multiprofissional em saúde, de 2014 a 2015) na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), com a política de saúde prisional. Foram conhecidos trabalhadores e gestores das redes de saúde e percebido o quão bem organizada estava a rede e seus fluxos. Registra-se a situação pois o fato de haver três penitenciárias no município altera um pouco suas características. Entre as modificações estão a pirâmide populacional e a de atenção à saúde, uma vez que a demanda por algumas políticas de saúde mais específicas se faziam presentes, como a de doenças infectocontagiosas e de saúde mental. É possível que as razões mais elevadas do município estejam atreladas a um bom atendimento de saúde mental, possivelmente tendo um acompanhamento mais próximo da população idosa do município. Se isso for comprovado, pode ainda estar associado a uma política de cofinanciamento realizada tanto pela SES/RS, como o Ministério da Saúde a municípios que aderiram a Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). No período que este mestrando integrou o grupo condutor de monitoramento e avaliação da PNAISP na SES/RS, tanto gestores como trabalhadores dos serviços avaliaram como muito positivo, pois o cofinanciamento contribuía para melhor equipar as unidades de saúde, seja aumentando sua estrutura física ou aumentando o número de trabalhadores no local, devido à demanda maior ocasionada pelas penitenciárias.

#### 6.4. DESCASO PARA ALGUMAS AÇÕES OU SUB-REGISTRO?

Da lista inicial de ações/procedimentos que seriam analisados, alguns não apresentaram nenhum registro para o período 2015-2017, enquanto outros procedimentos apareceram somente em determinados municípios.

Dentre os procedimentos sem nenhum tipo de registro, destacam-se as ações que envolvem serviços de média complexidade, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento de Adultos (UAA), Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI), Comunidades Terapêuticas (CT). No caso das UAA e UAI a ausência de registro pode se dever ao fato da não efetivação desses serviços na RMPA, uma vez que não encontramos nenhum destes serviços cadastrados no DATASUS, assim como não há conhecimento de nenhum em funcionamento para o período analisado.

Porém SRT e CT compõem a RAPS desde sua criação e não há dado algum

registrado para atividades específicas destes serviços, como sugerem os procedimentos 03.01.08.004-6 - acompanhamento de paciente em saúde mental (residência terapêutica); e 03.01.08.036-4 - acompanhamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em serviço residencial de caráter transitório (comunidades terapêuticas). Há a necessidade de se investigar e compreender o motivo de não existirem estes dados, seja pela não realização destes procedimentos nos serviços, ou pelo não registro por parte dos municípios.

Outras ações/procedimentos que não registraram dado algum foram:

- 03.01.08.016-0 - atendimento em psicoterapia de grupo.
- 03.01.08.025-9 - ações de articulação de redes intra e intersetoriais.
- 03.01.08.026-7 - fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares.
- 03.01.08.030-5 - matriciamento de equipes da atenção básica.
- 03.01.08.033-0 - apoio à serviço residencial de caráter transitório por Centro de Atenção Psicossocial.
- 03.01.08.039-9 - matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas.

Os atendimentos em psicoterapia em grupo podem estar sendo contabilizados como Oficinas Terapêuticas (código 03.01.08.014-3 do tipo I, ou 03.01.08.015-1 do tipo II) e registradas como outro procedimento, equivocadamente, ou ainda, como Atendimento em Grupo (código 03.01.08.021-6) não sendo registrado como uma atividade específica de psicoterapia.

Aqui cabe ressaltar que o período analisado corresponde ao período em que o mestrando trabalhava em CAPS num município da RMPA, e a psicóloga do serviço realizava e cadastrava esta ação na ficha RAAS. Tratava-se de uma atividade bastante concorrida e que constava com bastante demanda e participação dos usuários do CAPS. Porém, como já mencionado anteriormente, o município em questão não apresenta dados fidedignos com a realidade, ou seja, talvez os dados preenchidos nas fichas não foram passados para o sistema informatizado do MS, não os contabilizando.

Cabe destacar aqui também as demais ações que não tiveram nenhum

registro, principalmente as de articulação de rede, matriciamento e protagonismo dos usuários. Ao comparar com a literatura, o estudo de Silva et al. (2018) que analisou as ações desenvolvidas em um CAPS de Minas Gerais para o ano de 2015, nos faz retomar a importância dessas ações serem desenvolvidas pelos CAPS. No estudo em questão os procedimentos que envolviam articulação de rede foram fomentados e realizados, porém a de Fortalecimento do protagonismo de usuários de CAPS e seus familiares (código 03.01.08.026-7) teve apenas uma ação desenvolvida. Exemplos de ações que remetem a esse procedimento são as assembleias de usuários e o fomento a participarem de espaços de controle e movimento social. Neste contexto, Costa e Paulon (2012) nos lembram que a capacidade de trabalhar o protagonismo de usuários e familiares deve ser melhor investida, incentivando para que os mesmos sejam protagonistas de suas vidas e que a sociedade seja capaz de acolher as diferenças.

Ainda é interessante analisar ações que apresentaram números baixos de registros, como as Ações de redução de danos (código 03.01.08.031-3) e o Acompanhamento de SRT por CAPS (código 03.01.08.032-1).

O acompanhamento de SRT por CAPS teve apenas um registro, em Porto Alegre, município que possui dois SRT credenciados. A ação em questão diz respeito ao suporte às equipes de SRT por parte dos CAPS promovendo articulação entre as redes, e visando promoção de autonomia (DATASUS/SIGTAP). O baixo registro pode ser pela descrição desse procedimento não remeter a alguma atividade em específico, o que poderia acabar induzindo ao registro desse tipo de ação em outros procedimentos. Ou ainda pelo não suporte das equipes de CAPS aos SRT ou sub-registro, deve-se investigar melhor as ações realizadas nos SRT e como estão sendo registradas, ou não sendo registradas.

Já as ações de redução de danos são descritas pelo DATASUS/SIGTAP como:

Conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intrasetorialmente, que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliam cuidado e acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde. Voltadas sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas.

Essas atividades foram registradas 192 vezes no período de três anos analisado, sendo que 184 foram no município de Porto Alegre, 4 em Sapucaia do Sul,

2 em Canoas e 2 em Alvorada. Ações como essas são essencialmente realizadas por serviços que trabalham com usuários de álcool e outras drogas, como ferramentas que possibilitem diminuir o dano e/ou o uso de substâncias psicoativas, buscando contribuir para uma reinserção social destes usuários.

No ano em que este mestrando trabalhou em um CAPSad III, através da residência multiprofissional em saúde mental, e nos demais contatos que teve com esses serviços, foi possível presenciar que este tipo de ação não era muito desenvolvido e nem incentivado. Na época a redução de danos ainda era tida como uma política pública (Portaria nº 1.025/2005) e se colocava como uma alternativa à política de abstinência, na qual o usuário deveria abandonar totalmente o uso de drogas para obter sucesso no seu tratamento. Ter mais de uma possibilidade de intervenção e ferramenta para com os usuários era fundamental, pois muitos não conseguiam atingir a abstinência do uso e acabavam por abandonar o tratamento. Ao ofertar outra possibilidade de continuar seu acompanhamento pelo serviço, conseguia-se menor número de abandonos ao tratamento.

No período analisado existiam equipes de redução danos em alguns municípios do estado do Rio Grande do Sul, incentivados e financiados por política estadual da SES/RS (Portaria nº 503/2014; Resolução nº 234/14 CIB/RS). Entretanto, não parece que todas as ações desenvolvidas por essas equipes foram consolidadas para os dados do DATASUS.

Fica o registro que em 2019 a política de redução de danos foi extinta a nível nacional (Decreto nº 9.761/2019) deixando a “abstinência” como a única possibilidade de tratamento para o uso abusivo de drogas na perspectiva do governo federal.

Quando se enfatiza da importância dos registros não é devido somente ao critério para o município receber o repasse financeiro do Ministério da Saúde, mas também para melhor monitoramento e avaliação de sua rede de saúde. O sub-registro afeta também a produção de pesquisas, como visto no capítulo de revisão de literatura desta dissertação, evidenciando que poucos trabalhos são produzidos a partir de dados públicos. Dantas e Oda (2014) relatam a pouca produção acadêmica com esse enfoque, tendo apenas 7,4% das teses e dissertações utilizado dados secundários e apenas cinco, dos 103 artigos avaliados em sua pesquisa, utilizado dados provenientes do DATASUS.

Importante fortalecer esse debate na saúde mental e é sobre isso que o próximo capítulo abordará.

### 6.5. QUALIDADE DOS DADOS: A QUEM SERVE?

Algo que ficou muito evidente ao analisar os dados de atendimentos ambulatoriais foi a heterogeneidade dos números. Logo de início, já faz pensar sobre a qualidade dos dados disponíveis nos sistemas oficiais de informação do Ministério da Saúde. É praticamente impossível em três anos que um serviço de saúde mental não tenha realizado um atendimento sequer, ou ainda, que tenha tido números tão baixos para o período analisado. Por este motivo, a pesquisa também aponta seu olhar sobre a qualidade da informação disponível em saúde mental. Assim, as razões aqui apresentadas podem ter o foco de levantar hipóteses de qual poderia ser um bom indicador de qualidade da informação. Ou seja, que a pessoa que esteja acessando os dados no portal do DATASUS possa compreender, sem muita dificuldade, se o dado que consta lá é de certa qualidade ou não.

Compreender o motivo da má qualidade dos dados não era um dos objetivos desta pesquisa, mas sugerimos que se analise município a município, a partir do que foi trazido aqui. E que se possa verificar como sanar essas dificuldades que acabam por não mostrar as realidades dos atendimentos nos serviços de saúde mental, principalmente da RAPS, que historicamente vem tentando seguir uma lógica de substituição aos manicômios. Todavia, os números também precisam mostrar a realidade, que é a de que os CAPS, podem e devem (neste momento da história) ser referências nos atendimentos em saúde mental para a população brasileira.

O Brasil tem uma trajetória de avanços nos cuidados às pessoas com sofrimentos e transtornos mentais, que infelizmente nos últimos anos tem sido colocada em xeque. Setores da sociedade tem se movimentado e colocado o manicômio e os hospitais psiquiátricos de volta na centralidade do cuidado dos usuários de saúde mental (CES/MG, 2018; DELGADO, 2019). Isso sem mencionar as comunidades terapêuticas, que tem tido um aporte financeiro muito forte por parte do governo, através da política de segurança e de combate às drogas (PORTAL EPSJV - EPSJV/FIOCRUZ, 2018; BOLZAN e HOFF, 2018; REVISTA RADIS, 2018).

No ano de 2019 ocorreram mudanças na política nacional antidrogas que acabaram por facilitar as internações involuntárias ao retirar critérios para internar pessoas contra a sua vontade - o que pode levar inúmeras pessoas a serem internadas sem terem de fato uma indicação para tal. Reitera-se que tanto a internação involuntária como a compulsória já existiam e eram tidas como um último

recurso de tratamento para casos muito graves, e levavam em conta a avaliação de uma equipe multiprofissional em saúde mental. Essas mudanças na lei antidrogas (Lei nº 11.343/06) também facilitam o envio de recursos financeiros, seja de pessoas ou empresas (podendo destinar até trinta por cento do imposto de renda), para as comunidades terapêuticas, contribuindo ainda mais com a manutenção desses locais que tem histórico de tratamentos desumanos de usuários (CES/MG, 2018; BOLZAN e HOFF, 2018; REVISTA RADIS, 2018).

Todas as últimas mudanças propostas pelos governos podem levar a um fortalecimento de uma lógica de cuidado em saúde mental que preconiza a internação, o enclausuramento, a retirada da pessoa do convívio em sociedade, ou seja, um retorno a um passado não muito distante, que ainda não havíamos superado, mas que estávamos tentando avançar. É necessário olhar para os erros cometidos recentemente, como por exemplo, a não extinção total dos manicômios por parte de governos que prometeram rever a utilização dos mesmos, a inclusão e fortalecimento das comunidades terapêuticas e o não fortalecimento da saúde mental na atenção básica. Olhar para erros, avaliar e tentar pensar formas de superá-los ficaram de tarefas para a sociedade, mas para isso podemos e devemos ter informações fidedignas e que subsidiem a resistência de políticas ainda existentes e de futuras políticas a serem criadas. Serão políticas para tentar superar de vez a lógica manicomial e colocar na ordem do dia um cuidado em liberdade, respeitoso, com diálogo, centrado no sujeito, mas que também olhe para os trabalhadores, enfim, um cuidado que acredite que todas as vidas importam.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa conseguiu atingir seu objetivo principal, qual seja, o de construir um indicador de razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental no âmbito do SUS, na Região Metropolitana de Porto Alegre e por municípios.

A criação desse indicador, que se apresenta de fácil cálculo e aplicabilidade, possibilita o monitoramento de dados relativos ao aumento ou diminuição das internações em saúde mental, relacionando-os com os atendimentos ambulatoriais. Ou seja, os dados não são monitorados separadamente e sim dentro de um contexto, que é a rede de saúde mental do município e seus serviços. Possibilita relacionar se o aumento de internações pode ter a ver com uma diminuição de serviços e atendimentos ambulatoriais, por exemplo. Assim como também possibilita à gestão estadual da secretaria da saúde, e até mesmo a gestão federal, monitorar os municípios e avaliar os casos que mais se destacam para realizar um apoio institucional mais preciso.

O indicador também nos permite monitorar e avaliar os dados em relação a subpopulações específicas, como os trazidos nos objetivos secundários deste trabalho. Os resultados por faixas etárias possibilitam enxergar situações que isoladamente seriam mais difíceis, como os casos de Charqueadas, Novo Hamburgo e Porto Alegre apontados no texto. Ao analisar por sexo também é possível monitorar a rede de serviços, como no exemplo trazido em relação a Porto Alegre, com a disparidade de tipos de serviços e a forma de acessá-los.

Para qualquer indicador funcionar de forma efetiva, são necessários dados fidedignos. Para o nosso caso não é diferente, o que simultaneamente se apresenta como um limitador. A qualidade dos dados foi o principal limitador desta pesquisa, somando-se ao fato de não termos previamente estudado e validado antes de aplicá-lo.

Neste momento, devido à baixa qualidade dos dados, o indicador aponta mais para a própria qualidade dos mesmos do que como um possível monitor de qualidade da RAPS, configurando-se como um indicador da qualidade dos dados em saúde mental.

Entretanto, acreditamos que o cálculo da razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental pode vir a ser um item para compor os indicadores de saúde mental no âmbito do SUS, devido a sua importância política, e

fácil aplicabilidade e interpretação.

Fica a sugestão de possíveis pesquisas a serem realizadas e que poderão contribuir para a continuidade desses estudos, como por exemplo, a busca por compreender como se dá o acesso aos CAPS na RMPA e se interfere na qualidade dos dados, assim como uma ampliação, que atinja todo o país.

Em um período de descrença nas pesquisas, de geração de *fake news* e de enfraquecimento das políticas públicas e sociais como um todo, é necessário reafirmar novamente que a educação é uma das bases da transformação social. E que nela há de se colocar as pautas da saúde mental, da liberdade, do adoecimento não como um tabu, ou como uma loucura, mas como uma produção social do sistema que vivemos, e que é necessário superá-lo.

*Seria uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceber as injustiças sociais de maneira crítica.*

*Paulo Freire*

## REFERÊNCIAS

ABIB, L. T. **As práticas corporais como ferramenta terapêutica no cuidado em saúde mental: o caso do futebol dentro do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)**. 2008. 52 f. Monografia (Graduação em Educação Física) - Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008

ALVES, P. F. et al. Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, 41(n. especial), p. 50-59. 2017

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª edição. Editora Fiocruz, 2010.

BOLZAN, L. M.; HOFF, L. R. Política de drogas e direitos humanos: avanços e desafios para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 10(25), p.96-117, 2018.

BONADIMAN C. S. C. et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, 20(1), 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro aos serviços da RAPS por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação MS/GM nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.197, de 14 outubro de 2004.  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html)>  
Acesso em 26/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de serviços dos CAPS e seus funcionamentos.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.

Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental, 2017. <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>> Acesso em 04/12/2018.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Documento de área 2013. <<https://www.ufrgs.br/ppgcol/wp-content/uploads/CAPES-Saude-Coletiva-area-e-comissao.pdf>> Acesso em 12/11/2018.

CHISHOLM D. et al. Universal Health Coverage for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: An Extended Cost-Effectiveness Analysis. In Patel V, Chisholm D, Dua T, (Eds.) Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities. 3rd edn. vol 4. The International Bank for Reconstruction and Development and The World Bank, Washington, DC; 2016. (publicado online, com acesso no dia 13/04/2019)  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361946/>

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Cartilha “Comentários acerca da Portaria no 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios”. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018. <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>> Acesso em 24/12/2018.

COSTA, A. C. F. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA Márcio Iorio. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2003.

COSTA, D. F. C., & PAULON, S. M. Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*, 36(95), 572-582, 2012.

COSTA, P. H. A. et al. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(10), p. 3243-3253, 2015.

CUNHA M.P. et al. Infância e Saúde mental: perfil das crianças usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25(1), Jan.-Jun. 2017.

DA CRUZ, L. S. et al. Perfil de Pacientes com Transtornos Mentais atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Candeias - Bahia. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(2), p. 93-98, 2016.

DANTAS, C. R.; ODA, A. M. G. R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24(4), p. 1127-1179, 2014.

DATASUS, Ministério da Saúde. <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>> Acesso em 11/12/2018.

DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019. Aprova nova Política sobre drogas. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)

DELFINI P.S.S. et al. Perfil dos usuários de um centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. Ver. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum. 19(2), p. 226-236, 2009.

DELGADO, G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Revista Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro; 17(2), 2019.

FERREIRA, L. A. S. F. **O trabalho da educação física na composição de equipe de saúde mental especializada em álcool e outras drogas**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. PPGS - Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, 2012. <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>> Acesso em 30/10/2018.

GARCIA, G. Y. C. et al. Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad. Saúde Pública* [online]. 31(12), 2015.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), p. 261-7, 2014.

GONÇALVES, V. M. et al. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS*, 32(1), p. 16-18, 2010.

IATS. Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Disponível online, com acesso no dia 17/04/2019. <http://www.iats.com.br/index.php?p=noticias&id=547>

KANTORSKI, P. L. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Revista Saúde Pública*; 43(Supl. 1):29-35, 2009.

KUHN, G. F. **A oficina de voleibol em um Centro de Atenção Psicossocial: a visão dos usuários**. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. Presidência da República. Casa Civil. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não

autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)

LEITE, L. S. et al. Perfil dos usuários dos centros de atenção psicossocial para álcool e outras drogas de porto alegre: um estudo preliminar. Boletim da Saúde, Porto Alegre, 25(1), p. 121-131, jan./jun. 2016.

LUSSI, I. A. O. et al. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional, São Carlos, 27(1), p. 1-3, 2019.

LUZ, H. H. V.; CAETANO, C. R. Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial (caps) de Rio do Sul/SC. Artigo de conclusão de curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (Unidavi), 2016. <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Cristiana-Ropelatto-Caetano.pdf>> Acesso dia 23/12/2018.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Revista Saúde e Sociedade São Paulo, 26(1), p.155-170, 2017.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. Revista Brasileira de Epidemiologia; 20(1), p. 217-232, 2017. <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00217.pdf>

MENEGHEL, S. N. Epidemiologia: exercícios indisciplinados. Porto Alegre: Tomo editorial, 2015.

MORAES, M. C. L. **Indicadores de saúde mental nos sistemas de informações em saúde: em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica.** Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2017.

NUNES. E. D. **Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto.** In: CAMPOS G. W. S. et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. 1ª ed. Editora Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, H. L. R. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. Anais do 8º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão – Universidade Federal do Pampa, 2016.

OMS. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.** Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017.

ONOCKO-CAMPOS R. et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. Saúde Debate, Rio de Janeiro, 41(n. especial), p. 71-83, 2017.

PAIXÃO, C. et al. Análise da prevalência dos transtornos psíquicos na região

metropolitana do Recife. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), p. 261-266, 2009.

PAULA, C. T. C. Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial na cidade de Recife. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 2(4-5), p. 94 - 105, 2010.

PEREIRA, O. M. et al. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem*; 25(1), p. 48-54, 2012.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, 15(1), p. 27-34, jan./mar. 2010.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2016-2019. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2016.

P.M.N.H. Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo. Sobre a participação de Novo Hamburgo no projeto Percursos Formativos, do MS. <https://novohamburgo.rs.gov.br/noticia/caps-i-novo-hamburgo-referencia-projeto-ministerio-saude>; Sobre a visitação de integrantes da RAPS de Ouro Preto-MG ao município, no ano de 2015: <https://novohamburgo.rs.gov.br/noticia/referencia-nacional-caps-i-novo-hamburgo-visitado-equipe-mineira> (acesso em 15/09/2019).

PORTARIA Nº 503, DE 1º DE JULHO DE 2014. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Institui a Política de Redução de danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/AIDS e redefine as Composições de Redução de Danos. <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141104105615portaria-n-503-2014-legislacao-estadual.pdf>

PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html)

RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

REPORTAGEM “RETROCESSOS NA SAÚDE MENTAL”. Portal EPSJV - EPSJV/Fiocruz, 30/07/2018, com acesso em 23/06/2019. <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/retrocessos-na-saude-mental>

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica** / Mental health policy in Brazil: a historical view. In: Tundis, Silvério Almeida; Costa, Nilson do Rosário. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes. p.15-73. 2000.

RESOLUÇÃO Nº 234, DE 12 DE MAIO DE 2014. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Institui recurso financeiro Estadual para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, nas modalidades Intersetorial e de Equipe.  
<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141104105645rs-resolucao-234-14-composicoes-reducao-de-danos.pdf>

REVISTA RADIS, Reportagem “Comissão aprova novas regras para a política de saúde mental, que estimulam internações”. Janeiro de 2018.  
<<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/hospitais-psiquiatricos-nunca-mais>> Acesso em 26/06/2019.

RIBEIRO, L. R. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. Revista Psicologia Ciência e Profissão, 24(3), p. 92-99, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual nº 9.716 de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no estado do Rio Grande Sul.

ROSA, R. S. **Epidemiologia para a qualificação da gestão da tecnologia de informação (Capítulo 2)**. In: Dias MTG. Qualificação da gestão por meio de uso das tecnologias da informação – Livro 1. Porto Alegre: UFRGS, p. 37-57, 2013.

SAGE - Sala De Apoio À Gestão Estratégica. Ministério da Saúde.  
<<http://sage.saude.gov.br>> Acesso em 15/09/2018.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, GOVERNANÇA E GESTÃO. Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul. 3ª edição, 2018.  
<<https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/regiao-metropolitana-de-porto-alegre-rmpa>> Acesso em 02/10/2018.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Estado do Rio Grande do Sul. Nota técnica: Registro das Ações e Processos de Trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial. 2013.

SILVA, N. G. et al. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. Revista Saúde e Sociedade São Paulo, 26(1), p.100-114, 2017.

SILVA, S. N.; LIMA M. G. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 26(1), p. 149-160, 2017.

SILVA, T. A. et al. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, 21(2), p. 346-363, 2018.

SOARES et al. Epidemiologia e indicadores de saúde. In Andrade S. M. et al. (Org.). Bases da Saúde Coletiva, 2ª ed. Londrina, Eduel, 2017.

SOUZA M. F. M. et al. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados

da rede de trabalho do *Global Burden of Disease* (GBD) Brasil. Rev. bras. epidemiol. 20(1), editorial, São Paulo, 2017.

SOUZA, M. L. P. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 25(2), p.405-410, 2016.

THE LANCET COMMISSIONS. Vol. 392 October, 2018. p. 1559-1660. Disponível em [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) (com acesso em 13/04/2019).

TOMASI, E. et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4), p. 807-815, 2010.

VIGO V. D. et al. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional study of health system response in the Americas. Lancet Public Health. 2018; (publicado online, com acesso no dia 13/04/2019) [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30203-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30203-2)

ZANARDO, G. L. P. et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. Revista Brasileira de Epidemiologia, 20(3), p.460-474, 2017.

WACHS, F. **Educação Física e saúde mental: uma prática de cuidado emergente em centros de atenção psicossocial (CAPS)**. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano, UFRGS, Porto Alegre, 2008.