



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



MURIELLY PRISCILLY DE MEDEIROS MAIA

**PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE OFERTA DA  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL**

SANTA CRUZ/RN

2019

MURIELLY PRISCILLY DE MEDEIROS MAIA

**PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE OFERTA DA  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabelle Ribeiro Barbosa Mirabal.

Coorientador:

Dr. Yan Nogueira Leite de Freitas

SANTA CRUZ/RN

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA

Maia, Murielly Priscilly de Medeiros.

Produção e validação do índice de oferta da atenção  
psicossocial no Brasil / Murielly Priscilly de Medeiros  
Maia. - 2019.

130f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade  
Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da  
Saúde do Trairi, Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva, Santa Cruz, RN, 2019.

Isabelle Ribeiro Barbosa Mirabal.

Yan Nogueira Leite de Freitas.

1. Indicadores de Serviços - Dissertação. 2. Avaliação  
de Serviços de Saúde - Dissertação. 3. Serviços de Saúde  
Mental - Dissertação. 4. Regionalização - Dissertação. 5.  
Análise Espacial - Dissertação. I. Mirabal, Isabelle  
Ribeiro Barbosa. II. Freitas, Yan Nogueira Leite de. III.

MURIELLY PRISCILLY DE MEDEIROS MAIA

**PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE OFERTA DA  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabelle Ribeiro Barbosa Mirabal  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
**Presidente da Banca e Orientadora**

---

Prof. Dr. Dimitri Taurino Guedes  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
**Membro Interno**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maura Vanessa Silva Sobreira  
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN  
**Membro Externo**

*“À minha mãe, Maria Socorro, pelo amor incondicional e apoio de sempre”.*

*“Se você vê algo em sua mente, irá segurá-lo nas mãos”.*

**Bob Proctor**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pela proteção nos momentos de vulnerabilidade, física e mental, e por ter me cercado de pessoas que contribuíram para que eu completasse mais uma etapa da minha vida da melhor maneira possível.

Aos meus pais, que me ensinaram a persistir em meus objetivos.

Às minhas irmãs, companheiras para toda a vida, e aos meus cunhados, pelas palavras de incentivo e cuidado.

Aos meus sobrinhos, que me alegram só por existirem.

Ao meu primo, Petrócio Ricardo, pelo acolhimento nas vezes que precisei ficar em Natal.

À minha turma do PPGSacol, pela união e prestatividade em todo o período de disciplinas. Em especial aos queridos amigos Amanda Almeida, Bruno Gonçalves, Dayane Santiago, Helouíse Macêdo, Mayonara Fabíola, Thaís Pires, Tamila Fernandes e Taynah Neri, pela companhia no percurso do Mestrado.

À minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Isabelle Ribeiro Barbosa Mirabal, pela paciência ao me conduzir na construção da pesquisa e pelas contribuições enriquecedoras ao meu conhecimento acadêmico.

Ao meu co-orientador, Dr. Yan Nogueira Leite de Freitas, pelas importantes contribuições na formulação deste trabalho.

Aos professores Dr.<sup>a</sup> Ana Kalliny de Sousa Severo e Dr. Wilton Rodrigues Medeiros, pelas considerações na banca de qualificação, fundamentais no fomento da produção textual.

Aos professores Dr.<sup>a</sup> Maura Vanessa Silva Sobreira e Dr. Dimitri Taurino Guedes pela disponibilidade de comparecerem à banca de defesa.

Aos colegas de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I – Santa Luzia/PB), que facilitaram minha dedicação exclusiva à pesquisa na reta final desta produção.

Ao meu namorado, Leonardo Lucas, pelo apoio emocional nos momentos mais críticos desta trajetória.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** No Brasil, o sistema público de saúde está organizado em redes temáticas de assistência, territorialmente dispostas pelas Regiões de Saúde. Uma dessas redes temáticas é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada ao atendimento/acolhimento daqueles em sofrimento mental grave e persistente, ou em uso abusivo de álcool e outras drogas. A RAPS é composta por serviços de Atenção Primária, Atenção Psicossocial Especializada e Atenção Terciária, com oferta preconizada para todo o território brasileiro, segundo os critérios de Regionalização em Saúde.

**OBJETIVO:** Produzir e validar o Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil.

**MÉTODOS:** Estudo ecológico, onde foram analisadas 36 variáveis que refletem a estrutura e os recursos humanos da RAPS distribuídos por Regiões Imediatas de Articulação Urbana, para as quais foram realizadas Análise Descritiva e Espacial pelas técnicas de Moran Global e Local. Para a produção e validação do indicador foi aplicada a técnica de Análise Fatorial exploratória e confirmatória, pelas validações de critério e constructo.

**RESULTADOS:** A distribuição espacial das variáveis UBS, Hospital Geral, Médicos da Família, Psiquiatra, Psicólogo, ACS e Terapeutas Ocupacionais apresentou autocorrelação espacial ( $I > 0,4$ ;  $p < 0,05$ ), registrando maiores concentrações em determinadas áreas nas regiões Centro Oeste, Sudeste e parte do Sul, onde as taxas desses elementos foram mais elevadas. O teste de esfericidade de Bartlett obteve  $p < 0,05$ , o KMO foi de 0,732, as comunalidades tiveram carga superior a 0,6. Foram extraídos sete fatores: Fator 1 (Perfil da Atenção Básica da RAPS); Fator 2 (Perfil da Equipe de Apoio da RAPS); Fator 3 (Perfil da Atenção Psiquiátrica da RAPS); Fator 4 (Perfil do Regime Residencial na RAPS); Fator 5 (Perfil dos CAPS); Fator 6 (Perfil de Residências Terapêuticas na RAPS) e Fator 7 (Perfil da Atenção Hospitalar da RAPS), explicando conjuntamente 70,5% da Variância Total. A distribuição espacial do indicador mostra que a oferta de Atenção Psicossocial é Muito Precária na Região Norte; de Precária a Regular na Região Nordeste; e Boa ou Muito Boa nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. A validação de construto foi conseguida com 60% da amostra, para a qual foram formados os mesmos fatores que explicaram 70,8% da Variância Total. A validação de critério mostrou que as categorias de oferta Bom e Muito Bom estiveram relacionadas aos melhores indicadores socioeconômicos.

**CONCLUSÕES:** A partir dos dados coletados e do processo metodológico utilizado foi possível produzir e validar o Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil, cuja distribuição espacial evidencia a existência de desigualdade na oferta e na organização da RAPS, com melhores níveis de oferta nas regiões mais desenvolvidas do país. Esses achados podem subsidiar a gestão e o planejamento em saúde pública quanto a distribuição equânime dos pontos de assistência da RAPS, sugerindo, também, políticas de otimização dos recursos estruturais e humanos já existentes; ou, ainda, incentivo formativo e financeiro, principalmente em regiões longínquas e interioranas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Indicadores de Serviços; Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Mental; Regionalização; Análise Espacial.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In Brazil, the public health system is organized into thematic care networks, territorially arranged by the Health Regions. One of these thematic networks is the Psychosocial Care Network (RAPS), intended for the care / reception of those in severe and mental suffering. persistent or abusive use of alcohol and other drugs. The RAPS is composed of services of Primary Care, Specialized Psychosocial Care and Tertiary Care, with offer recommended for the entire Brazilian territory, according to the criteria of Health Regionalization. **OBJECTIVE:** To produce and validate the Psychosocial Care Offering Index in Brazil. **METHODS:** An ecological study, which analyzed 36 variables that reflect the structure and human resources of RAPS distributed by Immediate Urban Articulation Regions, for which Descriptive and Spatial Analysis were performed using Moran Global and Local techniques. For the production and validation of the indicator, the exploratory and confirmatory factor analysis technique was applied, based on criterion and construct validations. **RESULTS:** The spatial distribution of the variables UBS, General Hospital, Family Physicians, Psychiatrist, Psychologist, ACS and Occupational Therapists showed spatial autocorrelation ( $I > 0.4$ ;  $p < 0.05$ ), registering higher concentrations in certain areas in the Central regions. West, Southeast and South, where the rates of these elements were higher. Bartlett's sphericity test obtained  $p < 0.05$ , the KMO was 0.732, the commonalities had a load higher than 0.6. Seven factors were extracted: Factor 1 (RAPS Primary Care Profile); Factor 2 (RAPS Support Team Profile); Factor 3 (RAPS Psychiatric Care Profile); Factor 4 (Profile of Residential Regime in RAPS); Factor 5 (CAPS Profile); Factor 6 (Profile of Therapeutic Residences in RAPS) and Factor 7 (Hospital Care Profile of RAPS), explaining together 70.5% of the Total Variance. The spatial distribution of the indicator shows that psychosocial care is very precarious in the northern region; from Precarious to Regular in the Northeast Region; and Good or Very Good in the Midwest, Southeast and South Regions. Construct validation was achieved with 60% of the sample, for which the same factors were formed that explained 70.8% of the Total Variance. Criterion validation showed that the Good and Very Good offer categories were related to the best socioeconomic indicators. **CONCLUSIONS:** Based on the data collected and the methodological process used, it was possible to produce and validate the Psychosocial Care Supply Index in Brazil, whose spatial distribution shows the existence of inequality in the supply and organization of RAPS, with better levels of supply in the regions. most developed in the country. These findings may support public health management and planning regarding the equitable distribution of RAPS assistance points, also suggesting policies to optimize existing structural and human resources; or, also, training and financial incentive, especially in distant and inland regions.

**KEY WORDS:** Service Indicators; Health Services Evaluation; Mental health services; Regionalization; Spatial analysis.

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial ÁLCOOL E DROGAS

CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial ÁLCOOL E DROGAS (TIPO III)

CAPS AD IV – Centros de Atenção Psicossocial ÁLCOOL E DROGAS (TIPO IV)

CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial (TIPO I)

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial (TIPO II)

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial (TIPO III)

CIR – Comissões Intergestores Regionais

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CR – Consultórios de Rua

CT – Comunidades Terapêuticas

DataSUS – Departamento de Informática do SUS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAB – Habitantes

HD – Hospitais Dia

HE – Hospitais Especializados

HG – Hospital Geral

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Mundial

IOAP-BR – Indicador da Oferta de Atenção Psicossocial no Brasil

NASF – Núcleos Ampliados de Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOBs – Normas Operacionais Básicas

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

RIAU – Regiões Imediatas de Articulação Urbana

RT – Residência Terapêutica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TO – Terapeuta Ocupacional

UA ad – Unidades de Acolhimento Adulto

UA ij – Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Descrição dos Indicadores de Estrutura e Recursos Humanos relacionados à RAPS, segundo fórmula de cálculo e fonte de dados consultada.....69
- Quadro 2:** Descrição das Variáveis Socioeconômicas segundo fórmula de cálculo e fonte de dados consultada .....70

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1 (ARTIGO 1):** Análise descritiva das 36 variáveis (/1000 hab.) de estrutura e recursos humanos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil .....79

**Tabela 1 (ARTIGO 2):** Parâmetros da Análise Fatorial: correlação anti-imagem e comunalidades das variáveis no modelo final, raiz característica, percentual da variância explicado por cada fator e variância acumulada.....109

**Tabela 2 (ARTIGO 2):** Validação de Critério do Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil: comparação de médias dos indicadores socioeconômicos de acordo com as categorias do índice .....112

**Tabela 3 (ARTIGO 2):** Validação de Constructo do Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil: correlação anti-imagem, comunalidades, cargas fatoriais, variância total e variância explicada por cada fator. ....113

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 (ARTIGO 1):** Distribuição dos Serviços e dos Profissionais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial por Região Imediata de Articulação Urbana no Brasil...80
- Figura 2 (ARTIGO 1):** Distribuição da Estrutura que compõe a Rede de Atenção Psicossocial por Região Imediata de Articulação Urbana no Brasil .....81
- Figura 3 (ARTIGO 1):** Distribuição Espacial dos clusters das taxas com LISA estatisticamente significativo (MoranMap) .....82
- Figura 1 (ARTIGO 2):** Distribuição Espacial dos fatores extraídos por Região Imediata de Articulação Urbana no Brasil para o ano 2018.....110
- Figura 2 (ARTIGO 2):** Distribuição do Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil (IOAP-BR) de acordo com as Regiões Imediatas de Articulação Urbana para o ano 2018 .....111

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>20</b>
2.1. Atenção Psicossocial no Brasil: da Reforma à Política .....	20
2.2. O SUS em Regiões e Redes: a RAPS em evidência .....	25
2.3. Estrutura da RAPS: seus serviços e níveis de assistência.....	31
2.4. Recursos Humanos da RAPS: componentes da equipe multiprofissional.....	41
2.5. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil: dos determinantes socioeconômicos e espaciais aos principais agravos.....	48
2.6. Distribuição Espacial do território brasileiro: o que são Regiões Imediatas de Articulação Urbana? .....	55
2.7. Indicadores Sintéticos: uma importante ferramenta para a Avaliação em Saúde Pública .....	56
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>64</b>
3.1. Geral .....	64
3.2. Específicos .....	64
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>65</b>
4.1. Considerações Éticas .....	65
4.2. Caracterização do Estudo .....	65
4.3. Unidades Analíticas .....	65
4.4. Coleta de Dados .....	66
4.5. Variáveis .....	67
4.6. Análise Estatística .....	68
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>73</b>
5.1. ARTIGO 1: Oferta de Serviços e Recursos Humanos da RAPS no Brasil: Uma Análise Espacial por Regiões Imediatas de Articulação Urbana .....	73
5.2. ARTIGO 2: Produção e Validação do Índice Sintético de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil: Uma abordagem metodológica para avaliação de Regiões e Redes de Atenção.....	92
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>114</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>116</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica, em seu mote contra hegemônico, criticou e questionou o modelo manicomial/asilar em seus aspectos éticos, jurídicos, econômicos, políticos e sociais, apontando para a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais. O compromisso do Estado brasileiro com esse público fez-se através da Lei 10.216/2001, que apoia a Política Nacional de Saúde Mental em princípios de inclusão e liberdade. Por meio dessa política, a assistência em saúde mental constitui-se numa rede de serviços, básicos e diversificados, que atendem aos sujeitos em sofrimento psíquico territorialmente, através de estratégias de reabilitação psicossocial, evitando deslocá-los das comunidades onde residem. Daí o surgimento do modelo de Atenção Psicossocial, que se apresenta em contraposição ao modelo da Psiquiatria Tradicional (HUMEREZ, 2018; FERRAZZA; ROCHA, 2015; AZEVEDO et al, 2014).

A Portaria nº 3.088/2011, firmada retardatariamente 10 anos após a Lei da Reforma Psiquiátrica (10.2016/2001), instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assumindo organização e implementação dessa rede em todo território nacional. A RAPS está territorialmente organizada segundo os critérios de Regionalização em Saúde, faz parte do conjunto de redes prioritárias das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e é composta por serviços de Atenção Primária; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção à Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Estratégia de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Estas conformações sofreram alterações em 2017, com as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, datadas de 28 de setembro deste mesmo ano, que tratam das normas sobre as redes de saúde e dos critérios de financiamento para as ações e os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), respectivamente. Por sua vez, tais documentos normativos foram alterados pela Portaria nº 3.588, de dezembro de 2017, a qual dispõe, especificamente, sobre a Rede de Atenção Psicossocial e modifica alguns pontos da Portaria nº 3.088/2011 (MACEDO et al, 2017; BRASIL 2011-2017-2017-2017).

A RAPS destina-se ao atendimento/acolhimento daqueles em sofrimento mental grave e persistente, ou em uso abusivo de álcool e outras drogas. Seus pontos de assistência estão dispostos desde a Atenção Primária, passando pela Atenção Psicossocial Especializada, até a Atenção Hospitalar, assim detalhados: Estratégia de Saúde da Família (ESF) – nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF);



Consultórios na Rua (CR); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – em todas as modalidades; Unidade de Acolhimento Adulto; Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil; Pronto Atendimento; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Especializado; Hospital Dia e Serviço Residencial Terapêutico (MACEDO et al, 2017; CUNHA; PIO; RACCIONI, 2017; FIDELIS, 2018; BRASIL, 2017).

No entanto, os dados sobre a maioria desses dispositivos, armazenados nos sistemas de informações, ainda são bem limitados, culminando na não integração de alguns deles em pesquisas sobre serviços ou a rede pública de saúde mental. Muitas das vezes resumindo a complexidade da RAPS apenas a pontos específicos, como os CAPS e os Leitos Psiquiátricos. Dentro do contexto epidemiológico, em geral os pontos de apoio da RAPS não apresentam um perfil diagnóstico bem definido de seus usuários, mas sabe-se que são serviços voltados ao acompanhamento continuado dos agravos psíquicos crônicos e à reversão de seus episódios de crises agudas, abrangendo os transtornos psicóticos, como aqueles pertencentes ao Espectro da Esquizofrenia, as situações de Dependência Química e os Transtornos de Humor, como Depressão, Ansiedade, Stress e Bipolaridade (MILIAUSKAS et al, 2019; ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Sabe-se que o modelo organizacional da assistência em saúde pública no Brasil é operacionalizado através de redes de ações e serviços territoriais, as quais estruturam os sistemas integrados de saúde pelo país e são internacionalmente conhecidas como: "redes integradas de serviços"; "redes regionalizadas"; "serviços integrados" ou "cuidado integrado". As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se como estratégia estruturante de enfrentamento à fragmentação da assistência e da gerência em saúde nos territórios das Regiões de Saúde, coordenadas a partir das pactuações estabelecidas nas Comissões Intergestores Regionais (CIR). Ademais, essas redes de saúde organizam as ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo respectivas densidades tecnológicas, articulando-os através do apoio técnico, logístico e de gestão, intersetorialmente, garantindo a integralidade do cuidado. E, assim, vêm sendo implantadas no formato de redes temáticas para assistência prioritária em algumas linhas de cuidado, a saber: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de Atenção às Pessoas com Deficiências; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (VIANA et al, 2018; BRASIL, 2010).

Tal formulação traz um conceito de RAS complexas, compondo um Sistema de Saúde também complexo e adaptável aos moldes das demandas por serviços, com capacidade autorregulatória centrada nas necessidades sociais, populacionais e individuais provenientes da ideia de integralidade, segundo interação multissetorial para ampliação da cobertura e efetividade assistenciais. A compreensão dessa nova perspectiva conceitual de complexidade exige ferramentas inovadoras para o planejamento analítico e modelamento matemático, responsáveis pelo dimensionamento quantitativo da relação “consumo x produção” das ações/serviços de saúde quanto necessidades populacionais em territórios delimitados (VIANA et al, 2018).

Os avanços tecnológicos e o crescente uso da estatística para conversão de informações em dados numéricos vêm auxiliando a gestão do setor público através de indicadores quantitativos aplicados às diversas áreas administrativas de governança do Estado. No setor Saúde, apenas o banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DataSUS) contribui com cerca de 67 indicadores, que abrangem desde características socioeconômicas aos aspectos estruturais e de recursos humanos, dimensionados pelas diferentes esferas federativas. Esses dados podem ser empregados na montagem de indicadores sintéticos, os quais contribuirão como ferramentas para avaliação das políticas públicas de saúde das regiões e redes assistenciais, a partir de seus desempenhos em cobertura e efetividade dos recursos a elas pertinentes e de fato disponíveis. São compostos por um conjunto de dados, secundários ou não, comumente agrupados em dimensões temáticas com maior capacidade de observância, conforme assunto proposto segundo objetivo de mensuração do Indicador Sintético em construção (PASCHOALOTTO et al, 2018; PEREIRA; TOMASI, 2016).

Por meio dos resultados da avaliação em saúde mental pode-se refletir, elencar e discutir os principais desafios para implantação e implementação dos serviços e ações de saúde necessários às demandas dessa área. Sendo assim, a produção de conhecimento neste campo auxilia não somente no diagnóstico situacional da rede assistencial RAPS, mas também traz novas perspectivas no emprego dos resultados obtidos, como o confronto de indicadores estruturais com desfechos epidemiológicos em saúde mental. O levantamento bibliográfico para esta pesquisa identificou estudos descritivos voltados à distribuição espacial dos pontos da RAPS, considerando a divisão territorial do país em Regiões de Saúde, segundo tipologia realizada por Viana et al, no ano de 2015 (COSTA et al, 2015; VIANA et al, 2015; MACEDO et al, 2017-2018; DIMENSTEIN et al, 2018),

mas em nenhum deles houve a elaboração de um indicador sintético para medir a oferta consolidada da RAPS, em níveis de assistência, no Brasil.

Os estudos sobre a construção de instrumentos avaliativos para o sistema público de saúde brasileiro, considerando sua divisão em redes assistenciais de níveis regionais, devem ser ampliados juntamente às pesquisas cujo escopo trata-se do processo de Regionalização. Esse suporte científico implementa as discussões gerenciais e instrumentaliza as políticas de saúde para garantia e/ou manutenção da universalidade do acesso e da integralidade do cuidado. Esses instrumentos permitem a análise de indicadores/variáveis a cada município componente de uma dada Região de Saúde, propondo aos trabalhadores da gestão e da assistência uma reflexão sobre o panorama encontrado, em prol do desenvolvimento de ações ao enfrentamento das falhas diagnosticadas. Neste caso, são mecanismos que devem ser replicados e aplicados e discutidos pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), considerando as peculiaridades locorregionais e contribuindo para o diagnóstico situacional das redes de saúde em todo o território brasileiro (UCHIMURA et al, 2017; PEREIRA; TOMASI, 2016).

Nesta pesquisa adotou-se a divisão territorial em Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU), cujo critério de agrupamento é bem semelhante ao das Regiões de Saúde, considerando não somente o compartilhamento de ações e serviços de saúde, mas também de bens e serviços, transportes, trabalho e educação, segundo designação do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), formando aglomerados municipais, com uma cidade polo de regência num determinado lócus regional (IBGE, 2017).

Deste modo, o trabalho em curso tem a finalidade de produzir e validar um indicador sintético que meça a oferta dos serviços da Atenção Psicossocial pelas Regiões Imediatas de Articulação Urbana em todo o território brasileiro, este indicador será denominado de Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil (IOAP – BR). Assim pode-se avaliar, a posteriori, o dimensionamento assistencial da RAPS em todo o território nacional. Além disso, pode-se pontuar o potencial do processo de construção do IOAP-BR para caracterização da cobertura assistencial específica tanto para os pontos de atenção dessa rede, quanto para os recursos humanos que a compõe. Esse processo baseia-se nas características locorregionais das unidades territoriais estudadas quanto às

dimensões de situação socioeconômica e demográfica, a estrutura da RAPS e a força de trabalho envolvida nesta rede.

Esta pesquisa é desenhada sob a hipótese de que, apesar do caráter nacional da RAPS, a oferta e distribuição dos serviços que a compõem não acontecem de maneira homogênea num país com dimensões continentais e tantas discrepâncias socioeconômicas, demográficas e culturais, dividido em governanças de saúde distintas. Então, o presente estudo é norteado pela seguinte questão de pesquisa: seria possível produzir um indicador sintético para mensurar a oferta da RAPS e validá-lo a partir de dados socioeconômicos, considerando as Regiões Imediatas de Articulação Urbana no Brasil?

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A sequência textual a seguir esboça a lógica de construção deste trabalho. Traz conceitos pertinentes à Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos ao longo do tempo, também aborda a organização do SUS em Regiões e Redes de Saúde, com foco principal para Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sua estrutura de serviços e recursos humanos. Também pontua o contexto epidemiológico da saúde mental no Brasil, e apresenta o território nacional dividido em Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU), segundo distribuição espacial realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por fim, aponta os Indicadores Sintéticos como importantes ferramentas destinadas à avaliação de desempenho em Saúde Pública. A articulação desses tópicos corrobora com a ideia central desse estudo, o qual busca a elaboração e validação do Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil (IOAP-BR).

### 2.1. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DA REFORMA À POLÍTICA

Historicamente, a institucionalização da loucura no Brasil, através do encarceramento, vem desde o período colonial sob a forte influência do modelo europeu de práticas médico-psiquiátricas, vivenciado no período higienista e disseminado mundialmente. No cenário nacional, esse modelo reverberou-se em instituições asilares destinadas às práticas psiquiátricas e intervenções manicomiais, estrategicamente dispostas pelos principais centros brasileiros. Contudo, a conjuntura do Pós Segunda Guerra Mundial apontou para transformações no modo de tratar a loucura. As condições econômicas, que outrora mantinham as estruturas asilares, entraram em colapso com os gastos exacerbados durante a guerra. Socialmente, e na contramão desse declínio, esteve o aumento da demanda psiquiátrica e por reabilitação em geral, produto das atrocidades cometidas no decorrer desse período histórico. Ademais, o desmonte dos campos de concentração trouxe à tona o questionamento quanto às instituições totais, além das crescentes manifestações populares por mudanças na estrutura política, em prol da formação do Estado de Bem-Estar Social europeu (BRAGA E FARINHA, 2018; FERRAZZA E ROCHA, 2015).

A trajetória da Saúde Mental no Brasil perpassa por quatro blocos temporais: o primeiro, e mais longo, data do século XIX até meados do século XX. Período este marcado pela instauração e consolidação do modelo da Psiquiatria Tradicional, trazida do contexto europeu, cuja principal característica consistia na assistência manicomial à

loucura. O segundo momento teve início ainda durante o século XX e perdurou até 2001, constituído pelos movimentos organizados em prol da desconstrução do modelo psiquiátrico até então vigente, iluminados pela vertente da antipsiquiatria e pela Luta Antimanicomial. O terceiro bloco começou a vigorar em 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216/01, caracterizado pelo rompimento definitivo com o modelo manicomial e marcado pela ascensão dos serviços substitutivos, além da responsabilização familiar pelo ente em sofrimento mental. Atualmente vivenciamos a quarta fase dessa linha do tempo, infelizmente a realidade em curso denota o retrocesso de pontos importantes nestes quase 40 anos de Reforma Psiquiátrica, principalmente a partir dos ofícios normativos publicados no ano de 2017, como a Portaria Nº 3.588/2017 e, mais recentemente, a Nota Técnica Nº 11/2019 (LIMA; NOGUEIRA, 2013; AMARANTE, 2019).

O modelo da Psiquiatria Tradicional não funcionava sob a ótica da reabilitação da loucura aos espaços sociais, ao contrário, valia-se do isolamento institucional do sujeito em sofrimento mental como principal "conduta terapêutica", mantendo-o longe do convívio comunitário e/ou familiar. A partir desse escopo, no Brasil, a assistência psiquiátrica concentrava-se nos Manicômios, Santas Casas de Misericórdia e Sanatórios, todos com a imperante característica hospitalar/asilar. Assim, os pacientes eram classificados e distribuídos em alas, ou setores/enfermarias, segundo o tipo de comportamento que apresentavam, um critério um tanto estereotipado, sem muita ou nenhuma base científica de investigação diagnóstica para cada caso. O fato é que uma vez "selecionados", os doentes eram alocados em espaços nos quais podiam ser vigiados constantemente. Esta configuração estrutural é própria do modelo assistencial asilar, que preconizava uma disciplina rígida, valendo-se até de práticas violentas e coercitivas. Tratava-se de um modelo historicamente aceito e, como tal, nacionalmente acatado e perpetuado nos hospitais psiquiátricos (RODRIGUES et al, 2013).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica constitui-se como um processo político, histórico, econômico, social e cultural revolucionário e que recondição a vivência dos sujeitos em sofrimento mental, até então restritos aos manicômios e hospitais psiquiátricos por todo o país. A partir de seus marcos cronológicos é possível construir uma linha do tempo, cujo início dá-se no final da década de 1970, quando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM) ganhou forma e força, contando também com a participação de usuários da então "assistência psiquiátrica" e de seus familiares. Tal movimento reverberou as inquietações sobre o modelo assistencial empregado na

época, questionando os reais objetivos das instituições psiquiátricas e a vigência de seu poder social (MELO, 2016; AMARANTE; NUNES, 2018).

Na década de 1980, o Brasil vivenciava um cenário sócio-político-econômico de lutas populares pela redemocratização e de recessão financeira, palco do Movimento Sanitário e do Movimento Antimanicomial. Este último, influenciado e teorizado por autores como Foucault, Guattari e Basaglia, alicerçou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, criticando o modelo asilar e a tirania da Psiquiatria Tradicional, em prol do desmonte da estrutura manicomial, instaurada no país desde o século XIX. Ainda nesta década, as Políticas Públicas em Saúde Mental, outrora sob a guarda da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão vinculado ao Ministério de Saúde, passaram à responsabilidade compartilhada com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), num modelo de cogestão pelo qual o Estado incorporou os setores críticos da sociedade relacionados à Saúde Mental na agenda política e social (BRAGA; FARINHA, 2018; FERRAZZA; ROCHA, 2015; CLEMENTE et al, 2013; MELO, 2016).

Ademais, também foi nos anos de 1980 que surgiram os conceitos embrionários de um sistema de saúde único, público e igualitário, fruto das lutas pela Reforma Sanitária e fomentados na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 e normatizados pela Constituição de 1988. A Conferência de 1986 iluminou as discussões democráticas e especificamente voltadas à saúde mental, daí a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, ambos em 1987. Tanto a conferência como o congresso foram responsáveis por contribuições quanto a reorientação do processo de trabalho em Saúde Mental, propondo ações junto à sociedade civil, as quais considerassem não apenas a mera prática institucional, mas que buscassem uma assistência democrática, trazendo a população usuária à participação decisória na formulação e implementação das políticas públicas dessa área (MELO, 2016; CARDOSO et al, 2014).

Dando continuidade à linha do tempo, deve-se pontuar a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente (Americano), evento sediado em Caracas, capital venezuelana, no ano de 1990. Esta conferência definiu os princípios básicos para reestruturação da assistência psiquiátrica nas Américas, tais sejam, o respeito aos sujeitos em sofrimento mental como cidadãos de direitos e dignidade; a parceria com a Atenção Primária em Saúde (APS), como meio de acesso ao cuidado integral em saúde mental; a releitura crítica sobre o modelo hospitalocêntrico e

valorização de serviços substitutivos de base comunitária; além da proposta de práticas assistenciais interdisciplinares, com foco na reabilitação social e na autonomia dos sujeitos. Outro ponto importante dessa época foi a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, reforçando o controle social nesse espaço decisório, com a participação ativa de trabalhadores, usuários e seus familiares, além de acadêmicos e demais atores da sociedade civil organizada. Os eventos coletivos mencionados, mostram que o movimento da Reforma Psiquiátrica chegou aos anos 1990 bem articulado aos mecanismos de gestão Estatal das políticas de saúde mental (CARDOSO et al, 2014; ALVES, 2015; MELO, 2016).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, promovida no final de 2001, veio a sacramentar o que já havia sido disposto na Lei 10.216/01 (“Lei da Reforma Psiquiátrica” ou “Lei Paulo Delgado”). Dela participaram 1700 conferencistas, discutindo a reorientação do modelo assistencial; as políticas organizacionais para recursos humanos e financiamento; bem como a acessibilidade dos sujeitos demandantes; além dos direitos de cidadania e controle social, pontos que nortearam um debate tenso e complexo nesse momento da Reforma Psiquiátrica. Como reflexão pode-se salientar que tais conceitos ganharam muita força e a pauta sobre a extinção dos manicômios acabou ficando em segundo plano, assumindo um caráter progressivo ao longo desses anos, mas ainda são instituições presentes na realidade da assistência em saúde mental. Como crítica, esse evento aponta um hiato de nove anos desde a última conferência, e assim um atraso nos progressos decisórios dentro da, a partir de então, Atenção Psicossocial no Brasil (AMARANTE; NUNES, 2018; MELO, 2016; ALVES, 2015; CARDOSO et al, 2014; BRASIL, 2001).

No ano seguinte foi lançada a Portaria nº 336/02, em fevereiro de 2002, um dos principais marcos na legislação em saúde mental ao longo dos trinta anos de lutas reformistas. Tal portaria versa sobre a organização e projeção da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos serviços substitutivos propostos, então dispostos nas modalidades I, II e III, diferenciadas entre si. Daí pode-se perceber que a primeira década do século XXI foi muito importante na construção política da Reforma Psiquiátrica do país e, assim como ocorreu com a Reforma Sanitária, tem o Ministério da Saúde como principal detentor normativo, responsável por sua institucionalização quanto política social (MELO, 2016; SOUZA et al, 2014; BRASIL, 2002).



No intervalo de 2002 a 2012, a Reforma Psiquiátrica evoluiu gradativamente e consolidou-se como política de Estado. O processo de desinstitucionalização ocorre até os dias atuais e teve como páginas de sua história o Programa Nacional de Avaliação do sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), a forte expansão dos serviços substitutivos, como os CAPS e as Residências Terapêuticas, além da criação do Programa "De Volta para Casa", dentre outros que ainda estão sendo escritos. Já no ano de 2011, foi divulgada a Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e é responsável por sua organização e implementação em todo território nacional. A RAPS, no cenário brasileiro, é uma das principais conquistas já materializadas no enfrentamento à assistência manicomial. Consiste numa rede assistencial cuja conformação é bem flexível, para que sejam atendidas as necessidades de seus usuários, através da permanente articulação com as demais instituições, associações, cooperativas (públicas ou privadas) e os variados espaços das cidades (em prol da reabilitação psicossocial) (CARDOSO et al, 2014; MACEDO et al, 2017; BRASIL, 2011).

Então, ainda que tardiamente, mais de uma década após os marcos legais da Reforma Sanitária, a exemplo das Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990, salientando que o Movimento Sanitarista foi concomitante à Luta Antimanicomial, o Estado brasileiro assumiu o compromisso reformista com a saúde mental somente em 2001, através da Lei 10.216/2001, que apoia a Política Nacional de Saúde Mental. Desta feita, propôs-se a Atenção Psicossocial como novo paradigma voltado à assistência em saúde mental, que se apresenta em contraposição ao modelo "hospitalocêntrico/médico-psiquiátrico". E é pautada numa rede de serviços diversificados que atendem ao sujeito com transtorno psíquico em seu território, através de estratégias de reabilitação psicossocial, sem deslocá-lo de seu ambiente de origem. São mudanças que trouxeram avanços nas práticas de atenção ao sofrimento mental, como resultado dos movimentos sociais de Luta Antimanicomial, os quais envolveram profissionais, usuários e seus familiares em prol de uma assistência digna em Saúde Mental (HUMEREZ, 2018; AZEVEDO et al, 2013; FERRAZZA; ROCHA, 2015).

O ano de 2017 constitui-se como marco do atual período de transformações/alterações normativas sobre as políticas públicas para assistência em saúde mental, ainda que não muito condizentes com a proposta inicial da Reforma

Psiquiátrica, evidenciando sérios risco de retrocesso ao Modelo Manicomial e de desmonte do SUS. Um dos aparatos normativos publicados nesse ano foi a Portaria N° 3.588/2017, a qual trouxe mudanças na conformação da RAPS, outrora regida pela Portaria 3.088/2011. Essa nova publicação ministerial acaba enfatizando a institucionalização daqueles em sofrimento mental, principalmente ao impor uma taxa mínima de 80% de ocupação dos leitos nas unidades de referência especializada para que se tenha repasse financeiro governamental, o que incentiva as internações. Além disso agrega os Hospitais Psiquiátricos à composição estrutural da rede, claramente divergindo da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2017; AMARANTE, 2019; FREIRE et al, 2018).

Considerando a "pouca idade" das políticas públicas em Atenção Psicossocial, que ganharam cunho oficialmente normativo apenas a partir de 2001, enfatizando os preceitos reformistas, pode-se afirmar que seu processo de implementação ainda encontra-se em curso e deve ser acompanhado de perto, evitando ou minimizando os possíveis retrocessos aos avanços já conquistados. Neste contexto, pode-se ressaltar o caráter perigosamente antidemocrático das medidas tomadas em 2017, as decisões foram impostas pela ordem Federal e os gestores estaduais e municipais aceitaram concordância mediante recompensas prometidas pelo então governo nacional (MILIAUSKAS et al, 2019; AMARANTE, 2019).

A Reforma Psiquiátrica fez-se em paralelo à Reforma Sanitária e tem, como impulsionadores de sua causa, os movimentos de Luta Antimanicomial, pelos direitos da pessoa com transtornos mentais e sua reinserção social, nos quais a Política Nacional de Saúde Mental está baseada. O modelo hospitalar/asilar vem sendo substituído progressivamente pelo modelo de Atenção Psicossocial, sistematizado numa rede de serviços com foco territorial denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Mas, esta mesma política vem sofrendo ameaças especulativas quanto à desativação de serviços substitutivos da RAPS, voltados ao acolhimento e acompanhamento psicossocial daqueles em sofrimento mental severo e persistente, retrocedendo ao tratamento institucional e religioso, de acordo com o discurso perigosamente inflamado da governança política vigente no país.

## 2.2. O SUS EM REGIÕES E REDES: A RAPS EM EVIDÊNCIA

A oferta de serviços em Saúde Pública no Brasil dá-se através do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir das Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90. Atualmente, o

SUS é estruturado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), sua governança é descentralizada por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), que coordenam as Regiões de Saúde, fruto do processo de Regionalização em curso até os dias de hoje. As RAS são redes temáticas dispostas em diferentes linhas de cuidados prioritários, cujos serviços são articulados em níveis de cuidado, padronizadas em todo o país e distribuídas territorialmente pelas Regiões de Saúde (BRASIL, 2010-2011; RODRIGUES, 2014; MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

O firmamento implementar das Regiões e Redes exige um compromisso ético organizacional pautado nas necessidades sociais, populacionais e individuais, em coerência com a situação de saúde dos usuários, segundo noções de integralidade. Sem esquecer as articulações intersetoriais de base territorial para formação de um sistema regionalizado. É importante definir o modelo central de atenção em saúde, responsável pela unidade desse sistema, para então identificar e separar suas ramificações, desenvolvidas segundo especificidades de demandas sociais em contextos regionais (de saúde). Sem essa definição concreta, os usuários continuarão buscando e criando suas próprias maneiras de acessar os serviços de saúde, desafiando a sistemática organizacional dos mesmos (DUARTE et al, 2015; VIANA et al, 2018).

Assim, vê-se necessário um novo olhar sobre os níveis de atenção, que atinja uma compreensão diferente da fragmentação por complexidades, pois o cuidado em saúde vai além de intervenções pontuais e requer um conjunto de ações combinadas a interações entre diferentes profissionais e serviços com a população num dado lócus assistencial. Então são as demandas dos usuários que determinam o grau de assistência em tempo/resposta, sendo responsabilidade organizacional do sistema de saúde a coordenação e regulação do indivíduo ao ponto de assistência mais resolutivo perante as necessidades apresentadas (VIANA et al, 2018).

Dá a importância da APS como coordenadora do cuidado em saúde na perspectiva das redes assistenciais. Apesar de, nacionalmente, sofrer questionamentos em virtude da carência de evidências científicas que respaldem seu “caráter coordenador”, tem características particulares que denotam sua potencialidade para tal fim. Conceitualmente, a autora americana Bárbara Starfield define Atenção Primária à Saúde como conjunto de funções que atendem os problemas mais comuns da comunidade, através da oferta de serviços que buscam a prevenção, cura e reabilitação, em prol da saúde e do bem-estar. Além disso, organiza e racionaliza o uso de recursos, básicos e

especializados, destinados à promoção, manutenção e melhorias da saúde, sendo composta por quatro atributos principais, quais sejam: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade e Coordenação (RODRIGUES et al, 2014; STARFIELD, 2002; PORTELA, 2017 e ARANTES et al, 2016).

A Coordenação (do cuidado) refere-se à disponibilidade de informações a respeito dos serviços prestados na APS, de maneira integrada e organizada, aos demais níveis de atenção. Bem como à reprodução delas (informações), uniformemente, pelos diferentes profissionais dentro da própria APS. Para que, assim, haja padronização do fluxo assistencial, mas sempre considerando as peculiaridades demandantes de cada situação emergente, de modo a garantir a efetividade no funcionamento das redes de saúde, sob o gerenciamento da APS (STARFIELD, 2002; PORTELA, 2017).

A Atenção Primária à Saúde, no Brasil, enfrenta inúmeros entraves na consolidação de seu eixo coordenador, são desafios que vão além das questões empíricas, e perpassam pelas fragilidades na implantação e implementação de uma rede que, de fato, atenda ao conceito de integralidade em suas dimensões vertical e horizontal. Contando também com sistemas de apoio logístico e de comunicação que sustentem os processos de produção social em saúde. Ademais, o caráter central da APS na constituição das RAS deve ser entendido como uma relação de mão dupla, ou seja, da mesma maneira que as Redes de Atenção precisam da referência organizacional da Atenção Primária, esta última não atinge seu propósito sem o apoio dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, regionalmente articulados entre os três entes federados. A partir desses rearranjos, a APS pode sim assumir seu papel protagonista na coordenação do cuidado em saúde, uma vez que esta tem grande importância para garantia e manutenção da integralidade do acesso e da oferta de serviços de saúde de qualidade (RODRIGUES et al, 2014 e BOUSQUAT et al, 2017).

Como marco temporal, no contexto nacional, a conformação em regiões e redes, como estratégia organizacional em saúde, ganhou destaque político no início do século XXI. Em pauta defendia-se a ampliação do acesso e a garantia dos princípios de integralidade, equidade e universalidade, através do combate à fragmentação da assistência em todo o país. Porém, deve-se considerar a regionalização em saúde como um processo de extrema complexidade, sabidas as intensas desigualdades e diversidades territoriais em parâmetros econômicos, sociais e culturais. Além das limitações na abrangência do Estado quanto provedor da saúde, a multiplicidade de atores nas gerências

dessa área, suas diversas conformidades (governamentais e não governamentais/públicos e privados), considerando o arranjo federativo trino (Municípios, Estados e União), todos estes elencados como fatores presentes na condução e na prestação da atenção à saúde (BOUSQUAT et al, 2017).

A princípio, o processo de consolidação para Regionalização das Políticas Públicas de Saúde no Brasil é constituído por marcos normativos, a começar pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que levantaram o debate sobre Descentralização do SUS durante toda a década de 1990. Posteriormente, foram aprovados a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2002, e o Pacto pela Saúde, em 2006, os quais apoiaram a Regionalização como diretriz estratégica para o planejamento em saúde integrado, com ênfase na territorialidade, valorizando as redes intermunicipais. Finalmente, após aprovação do Decreto nº 7.508/2011, normatiza-se o conceito atualizado para Região de Saúde aos moldes da regulamentação da Lei 8080/90 (DUARTE et al, 2015; MACEDO et al, 2017; BRASIL, 2011).

Por conceito, a Regionalização do SUS considera os condicionantes estruturais que dizem respeito ao desenvolvimento socioeconômico e à oferta de ações/serviços de saúde no contexto regional. As Regiões de Saúde são blocos territoriais contínuos formados por um conjunto de municípios bem delimitado, divididos mediante particularidades culturais, econômicas, sociais e de rede de comunicação. Além disso, é considerada também, a infraestrutura de transportes compartilhados para fins de organização, planejamento e execução das ações de saúde em rede (VIANA et al, 2015; BRASIL, 2010).

São agrupamentos territoriais instituídos pelos Estados em articulação com os Municípios conforme garantias de ações e serviços mínimos de: Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde. Assim, os 5570 municípios brasileiros estão agrupados em 438 Regiões de Saúde, sob o gerenciamento das Comissões Intergestores Regionais (CIR), de governança estadual, o que possibilitou o (re)conhecimento das especificidades estruturais de cada Região de Saúde em território nacional (BRASIL, 2011; MACEDO et al, 2017).

Nesse contexto, as CIR ordenam a distribuição territorial das Redes de Atenção à Saúde, segundo políticas públicas que condicionam as ações e serviços do SUS em cinco

redes temáticas compostas, conjuntamente, por dispositivos de atenção Primária, Secundária e Terciária. Essas redes são dispostas segundo eixos prioritários de assistência, quais sejam: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial. Esta última, objeto de estudo da pesquisa em curso, destina-se ao cuidado em saúde mental e conta com pontos de apoio nas seguintes dimensões: 1) Atenção Primária; 2) Atenção Psicossocial Especializada; 3) Atenção à urgência e emergência; 4) Atenção residencial de caráter transitório; 5) Atenção hospitalar; 6) Estratégia de desinstitucionalização; 7) Reabilitação Psicossocial (MEDEIROS et al, 2017; BRASIL, 2010; MECEDO et al, 2018).

As pautas sobre Descentralização e Regionalização em saúde mental seguiram os debates iniciados na Saúde Pública para o mesmo assunto. Estas discussões ganharam força nos últimos anos com o objetivo de consolidar a participação municipal na construção de redes integradas de serviços, as quais priorizem ações territoriais e de base comunitária. Neste sentido, a regionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) busca avanços quanto à instituição de uma rede integrada de serviços da atenção psicossocial em cada território de saúde, com aumento em número e diversidade de pontos de apoio e tendência à interiorização da assistência para municípios de médio e pequeno porte (MACEDO et al, 2017).

Contudo, a regionalização da RAPS em tempos atuais ainda assume um caráter muito incipiente em todo o país. Há uma importante desigualdade na distribuição das equipes e serviços constituídos como pontos de apoio em saúde mental, uma fragilidade que atinge todos os níveis de assistência. Outros desafios relevantes dizem respeito às dificuldades nas pactuações intermunicipais, às barreiras de acesso e à fraca articulação com a APS. Assim, na contramão dos progressos para implementação da atenção psicossocial em todo o território nacional, encontram-se os vazios assistenciais em saúde mental espalhados por determinadas regiões do país. São localidades que contam apenas com o suporte da atenção primária, sem implantação de nenhum dos demais pontos da RAPS ou ainda aqueles municípios sem se quer, estrutura mínima para cobertura territorial de saúde no geral. Essa carência assistencial dificulta o processo de expansão, regionalização e interiorização da Rede de Atenção Psicossocial, impedindo a universalidade da assistência em saúde mental no Brasil (DIMENSTEIN et al, 2018; MACEDO et al, 2017).

Esses “vazios assistenciais” resultam da irregularidade na oferta de serviços, infraestrutura física e de recursos humanos, devidamente qualificados para assistência em saúde e, mais especificamente, para atenção psicossocial. Em 2015 foi realizado estudo quantitativo para tipologia das CIR, a partir de características estruturais predominantes em cada uma delas, analisadas segundo as dimensões "Situação Socioeconômica" e "Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde". Num panorama geral, tal estudo pôde auxiliar a corrente produção textual trazendo uma melhor compreensão sobre as discrepâncias no cenário brasileiro quanto à distribuição de serviços de saúde e às características socioeconômicas de cada território específico. Toda essa complexidade aponta para necessidade de políticas públicas regionais integradas que abranjam, simultaneamente, o desenvolvimento social e econômico, além do fortalecimento dos territórios de governança regional. Desta forma seria possível a organização de sistemas de saúde regionais, embasados nos princípios do SUS com uma gestão compartilhada e solidária, garantindo o direito universal à saúde (VIANA et al, 2015).

Então, pode-se reforçar que as dificuldades socioeconômicas não estão deslocadas da irregularidade na oferta de serviços, de infraestrutura física e de recursos humanos qualificados dentro das regiões brasileiras. As questões de subfinanciamento do setor público e dependência ao setor privado somadas à falta de articulação intermunicipal, emplacada pelos conflitos e competitividade política, e à generalidade nos cargos de coordenação, também intensificam os problemas para consolidação de redes de saúde integradas e regionalizadas. Ademais, percebe-se uma desvalorização da potencialidade dos recursos instrumentais e técnicos já existentes, junto à fragilidade dos mecanismos de regulação do trabalho, fatores imperantes desde os primórdios do atual sistema público de saúde. Esse conjunto de características afeta o acesso e a utilização dos recursos disponíveis, a resolutividade das equipes, e o cuidado continuado de atuação territorial, causando impactos quantitativos e qualitativos para assistência integral e equânime defendida pelo SUS (MACEDO et al, 2017; DIMENSTEIN et al, 2018).

Estas são considerações necessárias a serem discutidas para o alcance e manutenção do projeto solidário do Sistema Único de Saúde brasileiro, firmado na tríade universalidade-integralidade-equidade. Desta forma, define-se um Sistema de Saúde complexo, adaptável aos moldes das demandas por serviços, com capacidade autorregulatória centrada nas necessidades sociais, populacionais e individuais provenientes da ideia de integralidade, segundo interação multissetorial para ampliação

da cobertura e efetividade assistenciais. Um sistema organizado em RAS, conceituadas como estratégia estruturante de enfrentamento à fragmentação da assistência e da gerência em saúde nos territórios das CIR. Elas organizam as ações e serviços do SUS segundo respectivas densidades tecnológicas, articulando-os através do apoio técnico, logístico e de gestão, intersetorialmente, garantindo a integralidade do cuidado (VIANA et al, 2018; BRASIL, 2010).

### 2.3. ESTRUTURA DA RAPS: SEUS SERVIÇOS E NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA

O modelo de atenção em saúde mental vem passando por transformações gradativas desde a Reforma Psiquiátrica e, mais fortemente, após aprovação da Lei nº 10.216/2001, que apoia a Política Nacional de Saúde Mental no SUS. Esta lei propõem a substituição do método manicomial/asilar, medicalocêntrico e punitivo, característico da Psiquiatria Tradicional pelo processo de ação/intervenção da Atenção Psicossocial, em prol da ressocialização dos indivíduos em sofrimento psíquico através do cuidado contínuo no território. Dez anos depois da aprovação da Lei nº 10.216/2001, a Atenção Psicossocial foi formalizada enquanto rede assistencial através da Portaria Ministerial nº 3.088/2011, a qual reorganiza o cuidado em saúde mental em níveis de complexidade graduais e distintos, originando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atualmente normatizada pela Portaria nº 3.588/2017, que altera aspectos estruturais, de recursos humanos e de financiamento da rede em questão (LEITE et al, 2018; FIDELIS, 2018; BRAGA E FARINHA, 2018; BRASIL, 2011-2017).

Esta rede deve ser entendida como uma ampla malha de serviços que se articulam, visando a integralidade da assistência em saúde mental. Os serviços que a compõem são caracterizados como pontos de atenção, hierarquicamente graduados segundo níveis de assistência e geridos pelas governanças municipal e/ou regional, conforme respectiva abrangência territorial. Também conta com profissionais das mais diversas categorias e áreas, lotados nos diferentes níveis de cuidado à saúde do SUS.

Considerando a distribuição dos serviços do SUS em Atenção Primária/Básica; Atenção Secundária e Atenção Terciária, os pontos de atenção da RAPS estão dispostos desta maneira: as Unidades Básicas de Saúde (UBS); as Equipes de Saúde da Família (ESF); os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF); os Consultórios na Rua (CR) e os Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidades de Acolhimento Adulto “UA ad” e Unidades de



Acolhimento Infanto-Juvenil “UA ij”) compõem a Atenção Primária. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), CAPS Álcool e Drogas tipo III (CAPS AD III), CAPS Álcool e Drogas tipo IV (CAPS AD IV) e CAPS Infanto-Juvenil (CAPS i), juntamente às Residências Terapêuticas em saúde mental e aos Ambulatórios de Saúde Mental, fazem parte da Atenção Secundária ou Atenção Psicossocial Especializada. A Atenção Terciária conta com o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e dos serviços de Pronto Atendimento (Unidades de Pronto Atendimento “UPA” e Prontos Socorros Gerais ou Especializados em saúde mental), somados aos Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais (HG), além dos Hospitais Dia e Hospitais Psiquiátricos, sendo, todos estes, pontos da RAPS com funcionamento 24 horas (BRAGA; FARINHA, 2018; MACEDO et al, 2017; ORUÉ et al, 2018; BRASIL, 2017-2017).

Alguns desses serviços primários foram analisados quanto às suas características de oferta e distribuição pelo território nacional, como membros da RAPS, cabendo-lhes as seguintes descrições:

Os dispositivos estruturais da Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam maior abrangência territorial, com forte presença em municípios do interior do país, inclusive nos de pequeno porte populacional. Um estudo de Macedo et al (2018) aponta um contingente de 48.410 Equipes Saúde da Família, 5.067 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e 135 Equipes de Consultório na Rua. Destes, os dois primeiros estão situados em maior número nas cidades de pequeno porte (47,2% e 67,7%) e na região Nordeste (36,4% e 39,4%). Já nos estados do Centro-Oeste e do Norte a quantidade de serviços referentes à APS é consideravelmente mais baixa, fato provavelmente justificado pelas menores concentrações populacionais nessas referidas localidades. Lembrando que o déficit (diferença entre o necessário e o disponível) referente aos dispositivos ESF e NASF é menos significativo do que nas demais regiões. Tais serviços tem distribuição insatisfatória na região Sudeste, pesquisas apontam que em todo o território brasileiro há 31 municípios que não contam com quaisquer ESF, 22 estão no estado de São Paulo. Além disso, existem 17 municípios sem qualquer um dos serviços da APS (ACS, ESF e NASF), dos quais 12 também estão em São Paulo e 5 no estado do Rio Grande do Sul. (MACEDO et al, 2017; MACEDO et al, 2018; DIMENSTEIN et al, 2018).

Em termos organizacionais, a RAPS segue a coordenação da APS, nesta perspectiva as UBS são o ponto físico/estrutural para o acolhimento das demandas

iniciais, nelas as ESF atuam no primeiro contato aos usuários dos serviços de saúde em geral. Neste contexto ideal, tais dispositivos referenciam os casos clínicos aos demais colaboradores da rede. Existem outras alternativas para o primeiro contato em atenção psicossocial, daí os Consultório na Rua (CR), formados por equipes multiprofissionais itinerantes, voltados prioritariamente à da população em situação de rua. Os NASF atuam com “ponte articuladora” entre a APS e os demais serviços interceptando na discussão dos casos, no atendimento compartilhado e na construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, visando à coordenação e continuidade do cuidado em ações de matriciamento. Desta forma, conseguem ampliar a diversidade e abrangência das ações realizadas pela ESF. São divididos em três modalidades: NASF I, NASF II e NASF III. Quantitativamente, existem 5.067 equipes NASF implantadas, pelo menos até o ano de 2017, destes 2.962 são do tipo NASF1, 976 do tipo NASF2 e 1.129 do tipo NASF3. A partir dos montantes apresentados, verificou-se que, os NASF I são majoritariamente alocados em municípios interioranos (80%); as equipes de NASF III estão todas em cidades do interior, destas 99,8% são de pequeno porte (DIMENSTEIN et al, 2018; MACEDO et al, 2018; ORUÊ et al, 2018).

Dentro da categoria assistencial de Atenção Residencial de Caráter Transitório estão os serviços correspondentes às Unidades de Acolhimento Adulto e às Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil. Ambos funcionam como pontos de acolhimento àqueles em sofrimento causado pela dependência química, que estejam em acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar; e admitem uma permanência de até seis meses dos usuários acolhidos. São unidades com especificidades de atendimento segundo faixas etárias, por isso a estratificação nas modalidades adulto e infante-juvenil. O critério populacional de implantação para Unidades de Acolhimento parte de 200 mil habitantes, sendo assim esses serviços estão concentrados nas regiões mais populosas, como são o Sudeste e o Nordeste brasileiro. As unidades adultas apresentam-se em maior número nas capitais, já a modalidade infante-juvenil tem uma localização mais interiorana (MACEDO et al, 2017; MACEDO et al, 2018).

O conceito estrutural da RAPS buscou unir o suporte de serviços públicos dos níveis primário e terciário já existentes a novos aparatos específicos ao cuidado psicossocial, inclusos na atenção secundária, seguindo o contexto da integralidade no SUS. Mas sem desconsiderar as peculiaridades pertinentes à saúde mental, dando-lhe um papel de destaque como serviços voltados ao acolhimento e acompanhamento do

sofrimento psíquico e de seus fatores desencadeantes. Dentre os serviços da Atenção Psicossocial substitutivos aos do modelo de cárcere manicomial, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), talvez o ponto norteador na atual conjuntura da assistência pública em saúde mental no Brasil. Além destes pode-se mencionar os Serviços Residenciais Terapêuticos ou Residências Terapêuticas (SRT ou RT, respectivamente), que têm importante papel quanto estratégia desinstitucionalizante e de reinserção social.

Os CAPS foram legalmente regulamentados a partir da Portaria n.º 336/2002, a qual sistematizou a estrutura técnica desses serviços com foco no trabalho multiprofissional. Nesta perspectiva, todos os níveis de formação (fundamental, médio/técnico e superior) devem articular-se de maneira interdisciplinar para garantia de um ambiente terapêutico e acolhedor. Por esta portaria, os CAPS diferenciados em cinco modalidades, quais sejam: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i (BERNARDI E KANAN, 2015).

Todas estas modalidades podem ser descritas da seguinte maneira:

CAPS I, cujo critério populacional para implantação é de 20.000 a 70.000 habitantes; CAPS II, destinados a localidades com volume populacional de 70.000 a 200.000 habitantes; CAPS III, abarcam territórios com mais de 200.000 habitantes. os CAPS tipos I e II atendem a pessoas em sofrimento mental grave e persistente, bem como àquelas em situação de dependência química pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, estendendo-se a todas as faixas etárias. Já os CAPS III, além de realizarem estas funções, também ofertam retaguarda e acolhimento noturno a outras instituições da rede, a exemplo dos CAPS AD. Estes três primeiros tipos de CAPS também se diferenciam quanto ao porte/complexidade de assistência, ou seja, os limites de pacientes/dia e de período de funcionalmente vão aumentando de um para o outro. Assim, os CAPS I funcionam os cinco dias letivos da semana, das 08 às 18 horas; os CAPS II também ficam disponíveis os cinco dias a semana, no período das 8:00 às 18:00 horas, podendo estender-se até às 21:00 horas; os CAPS III estão voltados à atenção contínua, em plantões diários de 24 horas, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2002-2011-2017; BERNARDI; KANAN, 2015).

É válido ressaltar que os critérios populacionais apresentados são aplicados de acordo com o processo de regionalização em saúde, assim os municípios não são

considerados isoladamente, aqueles de menor porte são agrupados segundo proximidade geográfica e compartilhamento de fixos e fluxos (serviços e transportes, por exemplo). Desta forma é o quantitativo populacional desses grupos, ou microrregiões, que definirá a modalidade de serviço necessária.

Seguindo a sequência de caracterização dos cinco de tipo de CAPS já mencionados, voltemo-nos às descrições dos CAPS AD e do CAPS i:

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) é um serviço substitutivo da RAPS voltado, especificamente, ao público em situação de dependência química ao álcool e demais drogas ou substâncias entorpecentes, abrangendo todas as faixas etárias. Pode ser implantado em localidades que atendam um contingente superior a 70.000 habitantes. Constitui-se como ponto de atenção psicossocial com assistência ambulatorial diária, servindo de referência aos territórios circunvizinhos ao município no qual está sediado de acordo com pactuações da gerência de saúde local, seguindo os preceitos da Regionalização. Funciona nos turnos matutino e vespertino, de 8:00 às 18:00 horas, podendo ter o acréscimo de um terceiro turno, até às 21:00 horas, deve manter, em sua estrutura física, de dois a quatro leitos para atendimento às situações de crise, desintoxicação e repouso (MACEDO et al, 2018; BRASIL, 2002).

Nos últimos anos, desde o advento da Reforma Psiquiátrica, os agravos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas ganhou mais espaço dentro das discussões de saúde. A partir de então, preocupou-se com a implantação de serviços voltados ao melhor acolhimento dessas demandas, tais como os Consultórios na Rua e as Casas de Acolhimento, além dos CAPS AD. Na perspectiva de execução da clínica ampliada, este último serviço deve estar composto por uma equipe multiprofissional que conduza atividades terapêuticas grupais, incluindo os momentos de oficinas terapêuticas, a fim do estímulo criativo dos usuários e que atenda, também, às demandas por acolhimento e psicoterapia individuais (BRASIL, 2002-2011-2017; CLEMENTE et al, 2013).

A implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil (CAPS i) é considerada como primeira ação concreta em prol da assistência à Saúde Mental das Crianças e Adolescentes (SMCA), dentro do sistema público de saúde brasileiro. Estas instituições oferecem um cuidado ampliado, de base territorial, ao seu público específico através de articulações com demais apoiadores da rede. Atendem crianças e adolescentes

em sofrimento mental, bem como aqueles sob situação de dependência química nesta faixa etária. Os CAPS i também são vistos como um fator preponderante na superação da desassistência causada pela inclusão tardia do cuidado à SMCA, na agenda das políticas públicas em saúde mental. Assim como os demais CAPS já postos em discussão, os CAPS i foram regulamentados pela Portaria n.º 336/2002, a qual admitia um contingente populacional de 200.000 habitantes para implantação dos mesmos. Posteriormente, segundo atualização da Portaria n.º 3.088/2011, no ano de 2013, o critério para implantação desses dispositivos foi reduzido para 70.000 habitantes, contribuindo com o aumento quantitativo dos CAPS i, além de ter proporcionado maior cobertura territorial pelo país, através de sua interiorização (TEIXEIRA et al, 2015; BRASIL, 2002-2011-2017; BERNARDI; KANAN, 2015; MACEDO et al, 2017).

Além de todos estes pontos substitutivos concernentes ao texto da Portaria n.º 336/2002, a Rede de Atenção Psicossocial passou a contar com mais uma modalidade de CAPS a partir da aprovação da Portaria n.º 2.841/2010, que instituía os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – 24 horas (CAPS AD III). Dois anos mais tarde, a 2.841/2010 seria revogada e redefinida pela Portaria n.º 130/2012, perante a qual os CAPS AD III passariam a atender às faixas etárias infanto-juvenil e adulta, com necessidades relacionadas ao uso abusivo de álcool de outras drogas. Nestas instituições são ofertados cuidado clínicos contínuos, com o limite máximo de doze leitos para estabilização e monitoramento dos casos de crise ou de acompanhamento intensivo. Os CAPS AD III têm funcionamento em plantões diários de 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, são implantados em localidades com volume populacional entre 200 e 300 mil habitantes. Por serem instituições relativamente recentes dentro do quadro de serviços substitutivos inclusos na RAPS, os CAPS AD III ainda são pouco disseminados pelas regiões brasileiras (BRASIL, 2010-2011-2012; MACEDO et al, 2017).

A atenção psicossocial destinada, especificamente, aos casos de dependência química de álcool, crack e outras drogas é composta por 315 CAPS AD e 88 CAPS AD III, em sua maioria concentrados na Região Sudeste do país, sob as respectivas porcentagens, 42,9% e 32,9%. Para estes mesmos serviços, o Norte do Brasil constitui-se como vazio essencial, com o total de apenas nove CAPS AD; o mesmo ocorre para Região Centro-Oeste, que aloca somente seis CAPS AD III. Dados de 2017 mostram que os CAPS AD estão mais presentes nos municípios de médio (34,6%) e médio pequeno (23,49%) portes populacionais. Já os CAPS AD III concentram-se nas capitais (35,22%)

e nos municípios de pequeno porte (17%), considerando o caráter de serviço regional nestes casos. É notória a expansão da atenção aos casos de uso e abuso de drogas, alcançando o patamar de 268 municípios com CAPS AD e 68 com CAPS AD III. No entanto cabe a ressalva de que, se considerarmos apenas os territórios com contingente populacional concernentes aos seus respectivos critérios de implantação (CAPS AD – 70 mil hab. e CAPS AD III – 150 mil hab.), ainda existe o número expressivo de municípios descobertos, em totais de 214 localidades (50,6%) sem CAPS AD e 140 (79,1%) sem CAPS AD III (MACEDO et al, 2018).

A nível suplementar de informação, pode-se mencionar uma sétima modalidade de CAPS, são os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Tipo IV (CAPS AD IV). Foram instituídos pela Portaria nº 3.588/2017, com o propósito de executar um atendimento específico aos usuários em dependência química de álcool, crack e outras drogas, atingindo todas as faixas etárias. Assim como os CAPS AD III, funcionam na perspectiva de assistência contínua e intensiva, em regime de plantões 24 horas nos sete dias da semana, além dos eventuais feriados. O diferencial dos CAPS AD IV é o seu foco voltado aos indivíduos em maior vulnerabilidade social e destituídos do convívio familiar, muitas vezes em situação de rua e totalmente imersos em ambientes da drogadição, a exemplo das cracolândias. Para atendimento desse nicho populacional esses serviços deverão ser implantados nos grandes centros, ou seja, em localidades com demandas a partir de 500.000 habitantes, onde a presença de cracolândias é mais comum (BRASIL, 2017).

Ainda sobre a Atenção Psicossocial Especializada, pode-se acrescentar os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a exemplo das Residências Terapêuticas. São pontos de assistência que funcionam como moradias voltadas ao amparo e cuidado dos sujeitos em sofrimento mental severo e persistente, muitas vezes advindos de Hospitais Psiquiátricos, aonde viviam em condições de “internação perpétua”, com vínculos familiares rompidos. Foram constituídos pelas Portarias nº 106/2000, responsável pela criação dos SRT’s em Saúde Mental; e nº 1220/2000, a qual inclui estes serviços no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). E, a partir da Lei nº 10.708/2003, os Serviços Residenciais Terapêuticos foram favorecidos com a instituição de auxílio financeiro em prol dos pacientes psiquiátricos egressos de internações manicomiais, incluso no “Programa de Volta para Casa” (BRASIL, 2000-2000-2003-2019; AMARANTE; NUNES, 2018).

Constituem-se como dispositivos de fundamental importância no processo de desinstitucionalização, pois atuam na superação das práticas tutelares, típicas do Modelo Manicomial. Estes serviços são espaços de cuidado e acolhimento, que oferecem moradia digna aos sujeitos portadores de transtornos mentais, com histórico de longos períodos de internação e que se encontram em total destituição de vínculos afetivos (familiares e de amizades), não tendo capacidade de responder pelos próprios atos, no cotidiano da vida civil. Porém, a denominação “terapêuticas” opera apenas na distinção desse serviço quanto tipo de residência acolhedora de demandas específicas da população, não havendo, assim, execução de intervenções clínicas, que ficam a cargo de outros dispositivos da RAPS (GOULART, 2015).

Para o sucesso da restituição do vínculo interpessoal/social (moradores de SRT's – Comunidade), é interessante que a existência destes pontos da RAPS venha a público, a fim do rompimento dos estigmas e preconceitos sofridos pelos sujeitos com transtornos mentais. Outra questão importante diz respeito à articulação dos SRT's com demais serviços da rede como a Atenção Primária em Saúde (APS) e os CAPS. Quanto à sua oferta nacional, um estudo realizado em 2017 mostrou que havia um total de 362 SRT's em funcionamento no Brasil, mais concentrados nas capitais/regiões metropolitanas dos estados do Sudeste e Nordeste (KALAM et al, 2017; MACEDO et al, 2017; ARGILES et al, 2013).

Finalizando este tópico de descrição estrutural de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) serão abordados nos próximos parágrafos os componentes que fazem parte da Atenção Terciária, em nome do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); dos serviços de Pronto Atendimento (Unidades de Pronto Atendimento “UPA” e Prontos Socorros Gerais ou Especializados em saúde mental) e dos Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais (HG). Com exceção destes últimos, os demais serviços mencionados são de assistência geral da alta complexidade, e não são voltados apenas ao amparo psicossocial, como os de média complexidade já descritos. Todos funcionam em plantões de 24 horas, são pontos de apoio que atendem as situações de crises e surtos, onde são necessários a contenção química, por meio de medicações injetáveis e, em alguns casos, a contenção físico/mecânica, através de manobras corporais e amarras apropriadas. Os Pronto Atendimentos e os HG dispõem de leitos de internação para estabilização e observação nesses momentos mais críticos, de total descompensação.

Os pontos de Atenção Terciária na RAPS estão vinculados à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE), que ganhou forma a partir da instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), por meio da Portaria nº 1863/2003. Apesar de não ter lançado a RAUE diretamente, esta portaria contribuiu com a organização sistemáticas de fluxos de serviços, o que subsidiou, a posteriori, a criação de uma rede mais específica, voltada ao atendimento de urgências. Então, a PANAU inclui os serviços Pré-hospitalares Fixos (Unidades não hospitalares de atendimento às urgências, como Unidades Mistas, UPA's; Prontos Socorros Especializados ou Gerais); o serviço Pré-Hospitalar Móvel (SAMU); os serviços Hospitalares (HG ou Especializados) e, por fim, estão os serviços Pós Hospitalares (programas de Reabilitação Integral). Oito anos mais tarde a PNAU veio a ser reformulado, através da Portaria nº 1.600/2011, texto legal que também oficializou a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE). Logo em seguida foram postas em vigor as Portarias nº 1.601/2011 e nº 2.648/2011, as quais promoveram, respectivamente, o estabelecimento e a redefinição das diretrizes para implantação das UPA's – 24 horas e dos demais serviços 24 horas que constituem a RAUE, conforme previsões as PNAU (BRASIL, 2003-2011-2011-2011).

As articulações entre a RAPS e a RAUE ainda é palco de contradições, decorrentes de conceitos assistenciais divergentes. Se, por um lado, as novas condutas de abordagem em Saúde Mental consideram (ou deveriam considerar, na prática) a inclusão e o respeito às particularidades dos sujeitos, junto à promoção do diálogo como ferramenta terapêutica preferencial, evitando a contenção coercitiva, em prol da dignidade dos usuários dos serviços. Por outro, tem-se o pragmatismo dos serviços de urgência, pautados na formalização técnica, os quais funcionam sob a ótica da objetividade e otimização do tempo de assistência e agem pontualmente nos momentos de crise. Da interseção entre os pontos de atenção da RAPS e da RAUE resultam o SAMU – 192, as salas de estabilização nos Prontos Socorros (Gerais ou Especializados) e as UPA's. Estão destinados às demandas por assistência a curtíssimo prazo, atuam, conforme cada atribuição específica, no processo de classificação de risco e reversão/tratamento imediato daqueles em surto mental fruto de algum transtorno psíquico ou do uso abusivo de álcool e outras drogas (BONFADA et al, 2013; BRASIL, 2019).

A construção textual até aqui apresentada vem percorrendo todos os pontos da Atenção Psicossocial, com o intuito de descrevê-los e mostrar a gradação de



complexidades da RAPS, articulada através dos processos de referência e contra referência. Assim, a Atenção Hospitalar encontra-se no último nível de assistência em saúde mental, no entanto, não deve ser interpretada como “ponto de chegada”, que finaliza o percurso da RAPS com a internação do sujeito em sofrimento mental. Mas sim, como última alternativa ou alternativa provisória, até que o momento de crise cesse e o indivíduo, outrora em surto, possa voltar à vida social, sob o suporte dos pontos de atenção contínua. Ou seja, a internação não é o objetivo, e sim algo a ser evitado.

O conceito de Hospital Geral (HG) corrobora com uma instituição vinculada à assistência terciária, que atende, ainda que minimamente, a todas as áreas de assistência, e como tal, as demandas de saúde mental. Vai além de uma readequação pontual para extensão de uma rede, trata-se da evolução socio-histórica do processo saúde/doença/doença mental em cada época. Mas o contexto brasileiro de implantação dos leitos de psiquiatria nos HG vivencia um cenário de muitas dificuldades, principalmente em função dos espaços físicos inadequados aos moldes da Reforma Psiquiátrica, além da escassez de equipe técnica multiprofissional preparada para Atenção Psicossocial em ambiente hospitalar. A inserção desses pontos de apoio na RAPS foi modificada pela Portaria nº 3.588/2017, pela qual os “leitos de psiquiatria em Hospitais Gerais” deram lugar à “Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral”, assumindo o papel de Serviço Hospitalar de Referência, juntamente aos Hospitais Psiquiátricos Especializados e Hospitais Dia, para aqueles em situação aguda de crises psicopatológicas decorrentes de transtornos mentais e/ou com necessidades advindas do uso de crack, álcool e outras drogas (PAES et al, 2013; BRASIL, 2017-2017).

A inclusão das Unidades de Referência Especializadas em Hospital Geral demonstra parte das transformações que vêm ocorrendo nas últimas quatro décadas, desde o início das lutas reformistas para instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). São modificações que exigem novas práticas assistenciais e ampliação das discussões sobre saúde mental aos âmbitos político e social, na perspectiva de representatividade dos usuários da rede. Ao mote teórico de extensão da RAPS, estendida a todos os níveis de atenção do SUS, os HG tornaram-se uma potencial ferramenta na oferta de um cuidado integral, multiprofissional e humanizado, qualificado às pessoas com transtornos mentais e necessidades de internação para tratamento das situações de crise (PAES et al, 2013; BURGOS et al, 2016; BRASIL, 2017).

Porém, ainda existem barreiras que dificultam muito a inserção e sistematização da psiquiatria nos HG, quais sejam: desqualificação dos profissionais de saúde (escassez da oferta, por parte da instituição, de cursos de formação para esta área; ou ainda a falta de identificação dos trabalhadores com psiquiatria, corroborando com situações de negligência ou adoção de condutas inadequadas). Outra dificuldade a ser pontuada é o cuidado fragmentado, que promove a separação de mente e corpo, como se ambos não compusessem o mesmo organismo. Além disso, tem-se que enfrentar uma estrutura física deficitária e inadequada, a qual submete os pacientes psiquiátricos a leitos que, muitas vezes, imitam o padrão manicomial. Esse conjunto de fragilidades potencializam o preconceito e o estigma sobre a pessoa com transtorno mental e prejudicam a assistência em saúde mental preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Para que os Hospitais Gerais (HG) possam desempenhar suas funções básicas quanto ao cuidado psiquiátrico adequado à RAPS, deve-se investir, antes de tudo, na formação e qualificação de uma equipe multiprofissional que se mostre disposta a praticar esse tipo de assistência, no sentido de promover discussões facilitadoras ao desenvolvimento efetivo da integralidade na rede, visando a ressocialização do paciente (PAES et al, 2013; PRADO et al, 2015).

Diante de toda explanação apresentada, pode-se constatar o quanto a RAPS é complexa, tanto em sua proposta conceitual, que aponta para articulação de todos os níveis de assistência do SUS, segundo o modelo de Atenção Psicossocial; como em função da implantação dos seus serviços substitutivos e, principalmente, no processo de implementação das práticas antimanicomiais. A consolidação desta rede requer a construção de fluxo entre os seguintes fixos: Atenção Primária – Atenção Psicossocial – Atenção Hospitalar – Estratégias Desinstitucionalizantes, tendo, cada um destes, as suas potencialidades e fragilidades para manutenção de uma assistência em saúde mental de qualidade, com base comunitária, considerando as particularidades de cada território.

#### 2.4. RECURSOS HUMANOS DA RAPS: COMPONENTES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Na perspectiva de sua conjuntura estrutural, em convergência com a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a RAPS propõem um modelo de atenção à saúde mental integral e de base comunitária, valorizando as potencialidades do território com o propósito de diminuir (ou até estagnar) as retiradas traumáticas do indivíduo em sofrimento psíquico de seu ambiente de origem, na busca por atendimento psiquiátrico.

Por isso é composta por um conjunto de serviços nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, cujo propósito é reorganizar o cuidado em saúde mental no SUS, na perspectiva de respeito aos direitos humanos, disponibilizando meios que revalidem a autonomia e a liberdade do usuário com transtorno psíquico para que estes possam reintegrar-se ao convívio social no território (NÓBREGA et al, 2017; KANTORSKI et al, 2013).

Ainda com base no que estabelece a PNSM, a RAPS torna-se uma estratégia para o acesso universal e de qualidade a todos os serviços que a compõem a fim de garantir um cuidado integral, humanizado e centrado nas demandas, considerando os determinantes sociais de saúde. Essas mudanças estruturais, assim como esperava-se que fosse, reverberaram-se nas práticas laborais na área da psiquiatria, apontando para a necessidade de adequação de seus trabalhadores aos dispositivos extra hospitalares, rompendo com o paradigma da atenção manicomial/asilar (NÓBREGA et al, 2017; FORTES et al, 2017).

Nesse sentido, a discussão estende-se a "quem são esses trabalhadores", a que classes profissionais pertencem e qual o seu papel dentro da Atenção Psicossocial. No processo de construção literária desta pesquisa muito se teve contato com artigos que caracterizassem e até detalhassem a RAPS em seu aspecto estrutural de serviços. O aporte profissional para esta rede foi abordado de maneira paradoxal, ora eram apresentados de forma muito geral, sob a denominação de "equipe multiprofissional", ora eram sistematizados individualmente, segundo suas atribuições em determinados serviços da RAPS, principalmente os CAPS.

A partir de meados da década de 1970, o processo de trabalho na saúde pública brasileira assumiu o caráter de equipe multiprofissional. Essa, até então, nova conformação acende reflexões paradoxais: se por um lado contribui com a diversidade terapêutica, a partir da abordagem integral de um mesmo indivíduo por profissionais de diversas formações; por outro, há o risco de sobreposições de condutas terapêuticas e fragmentação do trabalho. Daí a necessidade do estímulo e manutenção do diálogo interdisciplinar para articulação de um trabalho multiprofissional adequado (BERNARDI; KANAN, 2015).

Assim, diante do que foi consultado na literatura e considerando as experiências vivenciadas na prática assistencial, na atual conjuntura da RAPS, o elenco de

profissionais que compuseram a dimensão de “Recursos Humanos” para a pesquisa em curso foram os seguintes: Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem; Auxiliares de Enfermagem; Assistentes Sociais; Psicólogos; Pedagogos; Terapeutas Ocupacionais (TO); Médicos da Família e Médicos Psiquiatras.

Os atores da saúde mental estão neste contexto como trabalhadores, gestores, pesquisadores e usuários, assumindo cada um desses papéis frente aos desafios que lhes são peculiares. Não se trata de um espaço neutro, ao contrário, toda a vivência em saúde mental está arraigada de ideias, crenças, valores e necessidades que compõem e modelam as ações sociais, assistenciais e a gestão de políticas institucionais. Então, para construção de uma trajetória bem-sucedida nesta área é preciso superar as dicotomias entre o pensar e o fazer, articulando o planejamento, a gestão e a avaliação dos serviços no campo da saúde (LEITE et al, 2018).

Como já vem sendo abordada ao longo deste texto, a Atenção Primária é a base de apoio da RAPS, sua equipe multiprofissional é composta pelo Médico da Família; pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem (que juntos compõem a equipe de enfermagem); e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes últimos são os profissionais que, por muitas vezes, fazem o atendimento inicial ao usuário com algum tipo de transtorno mental ainda em seu território. Eles dialogam com os demais pontos da rede através da dinâmica de matriciamento, como estratégia de referência e contra referência para o fluxo da RAPS. Em todo o território brasileiro existem por volta de 332.289 ACS, dos quais 46,2% estão lotados em cidades de pequeno porte e 35,3% estão, especificamente, na Região Nordeste (GOULART, 2015; MACEDO et al, 2018).

Nesta perspectiva, os ACS são os principais atores no apoio aos demais profissionais da RAPS em todas as linhas de serviços, indo além da Atenção Básica, pois alcançam as demandas populacionais in loco. Trazem à discussão demandas de saúde mental há tempos existentes no território, porém ainda não manejadas ou encaminhadas aos serviços de referência. Os Agentes Comunitários de Saúde, quando bem capacitados para o Apoio Matricial em Saúde Mental, conseguem perceber que circunstâncias podem desencadear o adoecimento agudo e a melhora dos casos com os quais já estão familiarizados. Mas este papel de protagonismo também denota a fragilidade da atuação conjunta de toda equipe multiprofissional, no amparo aos casos de saúde mental, resultando em intervenções mais limitadas (AMARAL et al, 2018).

Cirilo Neto e Dimenstein (2017) também destacam o protagonismo dos ACS no acolhimento em Saúde Mental. Por atuarem no território, onde a vida dos indivíduos acontece, esses profissionais conseguem desvendar a tríade de signos, significados e práticas. De maneira mais simples, eles trazem as necessidades dos usuários e ajudam a "traduzi-las" para códigos científicos (significados), facilitando o diálogo população - equipe de saúde. A partir desses significados, os demais profissionais devem atuar na elaboração e execução de estratégias práticas, que atendam as demandas de assistência psiquiátrica de maneira inclusiva ao território e com as articulações de saúde disponíveis. A grande questão é que boa parte dos profissionais se desresponsabiliza pelo cuidado em saúde mental, sobrecarregando o trabalho dos agentes de saúde, que se deparam, frequentemente, com problemas que vão muito além de sua competência técnica (CIRILO NETO; DIMENSTEIN, 2017; AMARAL et al, 2018).

Em continuidade aos resultados da reestruturação do modelo assistencial em saúde mental, destaca-se a importância da equipe de enfermagem na implementação dessa nova prática de cuidado. Apesar de terem conhecimento sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica, os profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem sentem dificuldades para executá-las no cotidiano de seus trabalhos. Então são pontuados ausência de intersetorialidade dos serviços de saúde e o despreparo acadêmico, que culmina com a falta de conhecimento e habilidades específicas para atuação efetiva nos pontos substitutivos e de apoio da RAPS. Assim, como alternativa de enfrentamento às fragilidades apresentadas, fica posta a necessidade de fortalecimento formativo, para um melhor preparo acadêmico e/ou capacitante aos estudantes/graduandos e trabalhadores da área de enfermagem, respectivamente. Deste modo, tais atores conseguem atuar nos serviços da rede seguros de seu exercício profissional (SOUZA; AFONSO, 2015; GUIMARÃES et al, 2015).

A equipe de enfermagem, composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem (ainda remanescentes), vem se readequando às transformações/evoluções da assistência em saúde mental. Os profissionais que estão a mais tempo nas respectivas profissões e que vivenciaram as práticas manicomialistas sentem as discrepâncias medidas pela comparação com atual modelo de atenção psicossocial. A performance higienista, centrada na administração de medicações e, muitas vezes, punitiva, quando a principal função da equipe de enfermagem era executar a conduta médica e manter o equilíbrio do ambiente asilar, deu lugar a uma postura de respeito ao

paciente em sofrimento mental, sem abordagens invasivas à sua individualidade. Quanto aos profissionais com formação recente, eles têm a oportunidade de vivenciar a assistência na RAPS plenamente, sem os “vícios de conduta” imbricados pela psiquiatria tradicional. Porém ainda são comprometidos pelo preparo acadêmico superficial, que abordam o cuidado em saúde mental pontualmente, sem considerá-lo como uma rede de serviços (RODRIGUES et al, 2013; FORTES et al, 2017).

No cenário de fortalecimento da proposta de equipe multiprofissional, que consiga vislumbrar o complexo mente-corpo, amparando as necessidades de inclusão social e reabilitação terapêutica, estão os profissionais do Serviço Social (Assistente Social); da Psicologia (Psicólogos); da Terapia Ocupacional (Terapeuta Ocupacional – TO) e da Pedagogia (Pedagogos). Estes últimos ainda são pouco disseminados nos setores de saúde mental, a Terapia Ocupacional ainda configura-se como formação relativamente recente para realidade brasileira, principalmente para as regiões interioranas do país e a Pedagogia está mais arraigada aos setores da educação. Embora ambos possam contribuir nas atividades de estímulo criativo, que exijam domínios cognitivos e motores (PEREIRA et al, 2017; SILVA et al, 2015).

O pedagogo contribui com o processo de recuperação e reinserção social dos usuários em serviços substitutivos e de acompanhamento contínuo. Essa categoria profissional é responsável pelo estímulo da aprendizagem através de atividades, grupais ou não, que acessem a capacidade cognitiva do público assistido, respeitando suas limitações. No entanto, a pedagogia não está inserida como um dos "componentes oficiais" dentre as especialidades de recursos humanos que constituem a RAPS, pelo menos se considerarmos a realidade presente nos serviços (PEREIRA et al, 2017).

Os Terapeutas Ocupacionais (TO) trabalham em prol da reabilitação funcional através da captação e manejo de características individualmente subjetivas e que compõem a essência humana de cada indivíduo, incluindo aqueles em sofrimento mental. Atuam em oficinas terapêuticas, as planejando e conduzindo, também contribuem com atividades de foco comunitário, para promoção da reinserção do usuário sob seus cuidados aos meios sociais e familiares. O TO está diretamente relacionado ao manejo da "atividade humana" e constitui-se como agente facilitador à estruturação/reestruturação da autonomia do indivíduo com transtorno mental, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida (SILVA; ARAÚJO, 2013).

Os Assistentes Sociais e Psicólogos aparecem tanto nos serviços de atenção psicossocial especializada (os CAPS, por exemplo), como nas equipes de apoio dentro da RAPS (é o caso dos NASF) e na atenção hospitalar. Essas duas especialidades técnicas também estão presentes nos serviços hospitalares e assumem a conduta do acolhimento das pessoas em sofrimento mental, acessando terapêuticamente e, no caso dos Psicólogos, as circunstâncias que trazem o sentimento de angústia e reverberam as crises. Aos Assistentes Sociais está atribuída a função de resgate dos direitos civis desses usuários, muitas vezes em violação, além do trabalho de restituição do vínculo familiar e com demais meios da rede, caso seja necessário (GUIMARÃES et al, 2013 e GOMES; SILVA, 2017).

As transformações na conformação da assistência em saúde mental, focada no trabalho em equipe multiprofissional, abriu espaço para atores como o Assistente Social. Estes profissionais atuam fomentando a inclusão dos usuários da rede e de seus familiares em políticas públicas que ofereçam suporte à sua realidade social. Atualmente entende-se que as pessoas portadoras de transtornos mentais, tendo ou não a capacidade de responder pelos atos da vida civil, são sujeitos portadores de direitos. Ao assistente social recomenda-se o importante papel de integrar equipes multiprofissionais, a exemplo dos CAPS e NASF para promoção de articulações que atendam os direitos sociais deste público. Esta área profissional reconhece a cidadania do sujeito em situação de loucura e trabalha para garanti-la através da gerência, planejamento, formulação e avaliação de programas, projetos e políticas sociais (SCHEFFER & SILVA, 2014; GOMES & SILVA, 2017 e COUTINHO & SANTOS, 2016).

Dentro do contexto da assistência pública em saúde mental, o psicólogo tem como missão o atendimento individual e/ou grupal dos casos de sofrimento psíquico. Porém esses profissionais ainda se deparam com o desconhecimento de seu papel perante as políticas públicas de saúde. Como estratégia resolutiva para esse impasse traz-se o aprimoramento formativo, acadêmico e profissional, com foco na clínica ampliada, voltada à compreensão do sujeito em suas múltiplas dimensões. Os conteúdos acadêmicos, em alguns cursos de psicologia, não acompanharam a evolução das práticas em saúde mental, o que resultou em profissionais despreparados tanto para a execução qualificada da clínica ampliada, quanto para o exercício de suas funções dentro da rede pública de saúde mental. Para um bom desempenho da profissão dentro dos serviços da RAPS, o psicólogo deve trabalhar para o fortalecimento desta rede através da assistência

terapêutica e do apoio aos usuários. Também podem ampliar seus horizontes ao planejamento multiprofissional, com discussões de casos que necessitem de maior amparo profissional e da articulação intersetoriais dos serviços (SCHNEIDER et al, 2014; GUIMARÃES et al, 2013; MACEDO; DIMENSTEIN, 2016).

Além desses profissionais, a equipe técnica multiprofissional em saúde mental, atendendo às reformulações da atenção psiquiátrica, deve contar com profissionais médicos generalistas e psiquiatras. No entanto, há sérios entraves na vinculação efetiva desses profissionais aos termos da interdisciplinaridade preconizada na Atenção psicossocial. Primeiramente, a Atenção Básica sofre com a rotatividade da categoria médica, que não se fixa num dado serviço por muito tempo, principalmente se tratando dos municípios mais longínquos e interioranos. A despeito da assistência psiquiátrica, propriamente dita, além de terem uma carga horária reduzida, nem sempre a cumprem rigorosamente em função de demais vínculos empregatícios, o que dificulta a interação multiprofissional e gera conflitos internos (GUIMARÃES et al, 2013; MALTA et al, 2016; KANTORSKI et al, 2013).

O fato é que, para o psiquiatra, as interações interdisciplinares são mais problemáticas, muito em virtude da centralidade que o modelo biomédico ainda ocupa em sua formação, prioritariamente voltada à rotina hospitalar, uma total contrariedade ao atual modelo de Atenção Psicossocial. Este modelo assistencial em saúde mental, teoricamente, não prioriza a figura do médico (generalista ou psiquiatra) como protagonista do cuidado, ao contrário, valendo-se da Clínica Ampliada, envolve diversas categorias profissionais para o planejamento e execução de múltiplas abordagens que atendam aos processos de adoecimento (MENESES; YASUI, 2013; CIRILO NETO; DIMENSTEIN, 2017 ).

Apesar dos avanços na implantação de serviços substitutivos e readequação daqueles já existentes, ainda existem profundas lacunas quanto ao processo de trabalho da RAPS. O que pode ser refletido pela qualidade de assistência insatisfatória, em decorrência de práticas profissionais inadequadas à Atenção Psicossocial, percebidas em alguns pontos de apoio desta rede. Para correção destas falhas, é preciso que os trabalhadores da RAPS readéquem seus papéis e funções para uma assistência qualificada ao público com demandas de saúde mental (SANTOS et al, 2018).



## 2.5. EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DOS DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS E ESPACIAIS AOS PRINCIPAIS AGRAVOS

A partir de um conceito mais dinâmico de saúde, que englobe as variações da vida cotidiana, dentre elas a possibilidade de adoecimento, não como "consequência de um erro", mas sim decorrente de uma série de fatores que, por vezes, fogem ao controle do próprio sujeito quanto detentor do autocuidado ou responsável pelo cuidado de outrem. Por esta reflexão, as análises sobre o(s) conceito(s) de saúde estariam centradas na capacidade de enfrentamento das adversidades que afetam os bem-estar do indivíduo em seu contexto "socioeconômico-ambiental". Partindo daí, a definição teórica para "saúde mental" torna-se ainda mais complexa, não somente por estar diretamente atrelada aos padrões normativos e conflitantes do "normal x patológico", mas também pelos estigmas vinculados a loucura, ou seja, o diagnóstico psiquiátrico por si só tem o impacto de fator iatrogênico na vida individual e social de quem o recebe (GAMA et al, 2014).

Então, considerando o paradigma conceitual da saúde mental e a multiplicidade de seus impactos, as pesquisas científicas tornaram-se mais sensíveis aos potenciais agravos nesta área, trazendo categorias mais abrangentes, recebendo denominações como Transtornos Mentais Comuns (TMC), Morbidade Psiquiátrica Menor ou Sofrimento Mental Difuso. Como ponto crítico para tais designações está o risco de uma interpretação genérica, a partir da qual sentimentos e sensações típicos das oscilações da vida cotidiana podem ser encarados como estado patológico, a ser enfrentado através de conduta medicamentosa, ou seja, o risco da "patologização" das reações emocionais sem a devida investigação dos casos (GAMA et al, 2014).

De fato, há uma ampla gama de diagnósticos possíveis. Assim, os Transtornos Mentais podem ser agrupados em psicoses, neuroses, além dos transtornos de humor e dependência química, em todos esses casos são consideradas muito além de sintomatologias pontuais, mas sim o histórico, frequência e intensidade das eventuais perturbações, bem como os fatores as elas atrelados. Aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) são atribuídos os diagnósticos subclínicos de ansiedade, depressão e stress, quadros com alta prevalência no nível de cuidado primário em saúde e assim constituídos como um dos maiores problemas de saúde pública mundial (NASCIMENTO et al, 2013; MURCHO et al, 2016).

Segundo levantamento das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), realizado no Brasil a partir da Pesquisa Nacional de Saúde - 2013, 45,1% da população entrevistada relatou acometimento por pelo menos uma DCNT, com maior prevalência para Região Sul do país (52,1%). Dentre os agravos referentes à saúde mental estavam a depressão, com índice de 7,6%, além da variável "outra doença mental", com percentual de 37,6%. Essa categoria englobou as doenças como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e foi a mais referida pelos entrevistados quanto às causas de limitação intensa/muito intensa para atividades habituais relacionadas às DCNT investigadas (MALTA et al, 2015).

Por tanto, considerando a realidade brasileira, vê-se necessária a articulação do cuidado em saúde mental, através da assistência psicossocial, às condições de vulnerabilidade social enfrentadas, cotidianamente, pelos sujeitos demandantes. Proposição relevante, uma vez que o ato de identificar, compreender e organizar as necessidades sociais de saúde, dentro dos serviços que a assistem, é essencial para caracterização do perfil de seus usuários num dado território. Nesse sentido, nem todos os pontos de apoio da RAPS apresentam um perfil diagnóstico/epidemiológico bem definido de seus pacientes, mas sabe-se que acompanham continuamente casos de agravos psíquicos crônicos e também atuam na reversão de seus episódios de crises agudas, abrangendo os transtornos psicóticos, como aqueles pertencentes ao espectro da esquizofrenia, as situações de dependência química e os transtornos de humor, como depressão, ansiedade, stress e bipolaridade (CIRILO NETO; DIMENSTEIN, 2017; MILIAUSKAS et al, 2019; ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Essa falta de domínio sobre as características do público assistidos pode estar vinculada à precariedade de oferta da RAPS em todo o território nacional. Bem como às disparidades regionais na organização e disponibilidade da oferta de recursos humanos e serviços que a compõem, refletindo no perfil epidemiológico da população brasileira.

Fazendo o contraponto entre a oferta do serviço e a assistência à saúde, o trabalho que analisou as desigualdades no acesso ao tratamento da depressão no Brasil, com dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, mostrou que a proporção de indivíduos que tinham diagnóstico de depressão e que não receberam tratamento para essa doença foi de quase 80% no país, e que a região Norte teve a maior proporção de indivíduos não tratados (acima de 90%). Tal região tem se destacado também pelo aumento das taxas de suicídio nas últimas décadas. O estudo de Machado & Santos (2015)

mostrou que, entre os anos 2000 e 2012, a taxa de mortalidade por esta causa no Norte da Federação cresceu 37,2%, passando de 3,8 para 5,3 óbitos por 100.000 habitantes no período estudado (LOPES et al, 2016; MACHADO; SANTO, 2015).

Os resultados do Estudo de Carga Global de Doença (GBD) no Brasil, para o período 1990-2015, apontam que os Transtornos Mentais (TM) são a terceira causa de carga de doença no país, apresentando taxa de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (Disability Adjusted Life Years – DALY) de 9,5%, com destaque para os transtornos depressivos e de ansiedade. Desses, os transtornos depressivos representaram a maior proporção de DALY (3,3%) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) correspondeu a menor proporção (0,02%). Tais valores podem ser justificados pela inversão da pirâmide etária no contexto brasileiro, marcada pelo crescente envelhecimento da população. Já os transtornos decorrentes do consumo de drogas apresentaram uma elevação de 37,1% no índice de DALY, no intervalo de 1990 a 2015, aumento observado em ambos os sexos. No geral, entre os TM, os transtornos depressivos foram responsáveis pela maior carga de doença (35,0%), marcantes na faixa etária de 30 a 34 anos; seguido pelos transtornos de ansiedade (28,0%), mais comuns entre 40 e 44 anos de idade; e pelos transtornos decorrentes do uso de álcool (7,0%), recorrentes dos 45 aos 49 anos (BONADIMAN et al., 2017).

Essa mesma pesquisa mostrou que, no Brasil, os transtornos depressivos obtiveram a maior proporção de GBO em todos os estados, seguido pelos transtornos de ansiedade. Para os transtornos decorrentes do consumo de álcool, os índices de DALY para as UFs alcançaram variações mais expressivas: nos estados do Ceará e Sergipe chegaram a ser quase quatro vezes maiores do que no Pará. Já os demais transtornos e os transtornos provenientes do uso de drogas apresentaram taxas homogêneas, com proporções de DALY variando menos de duas vezes entre os estados no ano de 2015. Ao contrário do que ocorreu com os valores desse índice para os transtornos decorrentes do uso de álcool, as demais taxas para Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade não diferiram substancialmente da média nacional (BONADIMAN et al, 2017).

Tomando por base os casos trazidos à Atenção Básica num município de menor porte do Sudeste brasileiro, em estudo transversal que incluiu 607 usuários desse nível de assistência à saúde, dos quais 31,47% apresentaram maior probabilidade para TMC; constatou-se uma menor prevalência dos episódios de ideação suicida, que podem vir junto ao sentimento de inutilidade, comum nas situações de desemprego (no geral) e

dedicação exclusiva aos cuidados domésticos (para mulheres). Observou-se, então, a maior prevalência dos ditos TMC, como os distúrbios de humor depressivo-ansioso, acometendo, em sua maioria, mulheres, separadas ou divorciadas, de cor de pele amarela, na faixa etária de 18 a 59 anos, donas de casa (como única ocupação), com filhos, apresentado grau de instrução limitado (4 a 7 anos de estudo), renda menor ou igual a um salário mínimo e sem casa própria ou morando em residência doada (LUCCHESI et al, 2014).

Estendendo um pouco mais a abordagem sobre os “eventos epidemiológicos”, inter-relacionando agravos em saúde mental a fatores socioeconômicos e ambientais, um estudo publicado em 2017 mostra que, no estado do Paraná, grande parte das Regiões de Saúde apresentaram taxas decrescentes quanto aos óbitos por suicídio no período de 1996 a 2012, com valores de queda mais expressivos para o sexo masculino na faixa etária de 65 anos ou mais. No entanto, os dados obtidos não apontaram um padrão uniforme entre os territórios e faixas etárias analisados. Outro estudo, publicado no ano de 2014, relacionou a mortalidade por suicídio aos indicadores de atividade laboral e sofrimentos mental. Nele foram consideradas seis metrópoles brasileiras, São Paulo, onde observou-se associações entre o desfecho suicídio e a atividade laboral; para as demais, Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte, Salvador e Rio de Janeiro, não houve associações entre as variáveis estudadas. Em relação à tendência das taxas de suicídio, as cidades de Recife, Salvador e Rio de Janeiro apresentaram curva descendente; Belo Horizonte encontrava-se estável; já em Porto Alegre e São Paulo a curva era ascendente, denotando agravamento do fenômeno "suicídio" (ROSA et al, 2017; CECCON et al, 2014).

Entre os anos de 2000 e 2014 foram registrados 19.806 óbitos por suicídio no Brasil, dos quais, 7.998 (40,37%), ocorreram num intervalo de quatro anos, 2010-2014. Neste mesmo período, a taxa média de mortalidade por suicídio em idosos correspondia a 1,149 óbitos/100.000 habitantes, com valores de 1,740/100 mil hab. para o sexo masculino e 0,452/100 mil hab. para o sexo feminino e a razão de proporcionalidade entre os gêneros foi de 4:1 (quatro mortes por suicídio em homens para um morte por suicídio em mulher). Além disso observou-se uma tendência crescente das Taxas Médias de Mortalidade Padronizada por Suicídio (TMP) para ambos os sexos ao longo da série histórica 2010-2014, com evidências de taxas mais elevadas para o sexo masculino e com marcada desigualdade geográfica em sua distribuição. Sobre este fator, pode-se afirmar que os índices de suicídio entre idosos no Brasil sofre a influência dos contextos

sociodemográficos, a despeito do Sul do país, com as maiores taxas de suicídio e mais desenvolvido economicamente, em comparação ao Norte e Nordeste, cujos indicadores socioeconômicos são desfavoráveis e as taxas de suicídio são menores (SANTOS et al, 2017).

Em análise realizada apenas para a Região Nordeste, ainda para o mesmo intervalo (2010-2014), foi observada uma taxa média de mortalidade por suicídios de 5,14 óbitos/100 mil habitantes, 75% dos municípios dessa região apresentaram índices de até 7,19 óbitos/100 mil hab. Das dez cidades nordestinas com as maiores taxas de suicídio, cinco estão no estado do Piauí, sendo assim descritas: São José do Seridó-RN (35,63 óbitos/100 mil hab.), Acauã-PI (33,34 óbitos/100 mil hab.), Ouro Branco-RN (29,21 óbitos/100 mil hab.), Rafael Godeiro-RN (28,45 óbitos/100 mil hab.), Manoel Emídio-PI (28,04 óbitos/100 mil hab.), Bernardo Batista-PB (27,92 óbitos/100 mil hab.), Bertolínea-PI (26,81 óbitos/100 mil hab.), Tibau-RN (26,79 óbitos/100 mil hab.), Prata do Piauí-PI (26,43 óbitos/100 mil hab.) e Guaribas-PI (25,06 óbitos/100 mil hab.) (SANTOS; BARBOSA, 2017).

As variáveis socioeconômicas que subsidiaram o estudo em questão foram: Razão de dependência; Taxa de envelhecimento; Percentual de população em domicílio com >2; Taxa de desocupação; IDH; Taxa de Analfabetismo; Vulneráveis à pobreza; Razão de renda entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres e Índice de Gini, as quais não apresentaram autocorrelação com a TMP por suicídio. Havendo apenas a formação de pequenos aglomerados de elevada TMP por suicídio nos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco, Paraíba e Ceará e outro aglomerado no interior da Bahia, quando analisado sob a perspectiva da variável Taxa de envelhecimento. Então, apreende-se que o suicídio na região Nordeste não apresenta correlação com as variáveis socioeconômicas apresentadas, fazendo-se necessário novos estudos individuais de base populacional que estabeleçam a relação entre suicídio e determinantes sociodemográficos e econômicos relevantes, considerando as peculiaridades de cada região brasileira (SANTOS; BARBOSA, 2017).

Esses são resultados que corroboram com Gama et al, (2014), tais autores afirmam que os agravos em saúde mental estão inter-relacionados a fatores socioeconômicos e ambientais, principalmente ao considerar-se o conceito ampliado de saúde. Contudo, a interface saúde/doença (mental) e vulnerabilidade social é muito mais complexa e não deve ser interpretada pela lógica simplista que, meramente, associa "loucura" a "pobreza",

intensificando o estigma sobre os sujeitos socioeconomicamente desfavorecidos. O interessante, na verdade, seria problematizar tal questão, refletindo criticamente os conceitos de saúde mental e vulnerabilidade social, na busca por direcionamento às práticas assistenciais (GAMA et al, 2014).

Em revisão sistemática publicada no ano 2014, Thiengo et al, abordaram a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e seus fatores associados. Então pôde-se constatar maiores frequências para diagnósticos como depressão, transtorno de ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), além dos transtornos por uso de substâncias e transtornos de conduta. Todos estes associados, principalmente, a fatores biológicos e genéticos (histórico familiar) e a características sociodemográficas (violência e eventos de vida estressante). Os valores de prevalência para cada um desses transtornos variou entre os estudos consultados, segundo as seguintes taxas: depressão (0,6% e 30%); transtornos de ansiedade (-3,3% e 32,3%); TDAH (0,9% e 19%); transtornos por uso de substâncias (1,7% e 32,1%) e transtornos de conduta (1,8% e 29,2%) (THIENGO et al, 2014).

Seguindo a caracterização epidemiológica desse público, o estudo de Lopes et al (2016), sobre prevalência de Transtornos Mentais Comuns em adolescentes brasileiros, apresentou índice de 30,0% (IC95% 29,2-30,8). De acordo com a categorização por sexo, observou-se maior taxa de prevalência entre as meninas (38,4%; IC95% 37,1-39,7), se comparadas aos meninos (21,6%; IC95% 20,5-22,8). Considerando as faixas etárias, os adolescentes de 15 a 17 anos se sobressaíram (33,6%; IC95% 32,2-35,0), em relação àqueles entre 12 e 14 anos (26,7%; IC95% 25,8-27,6). Os resultados apontam o aumento na prevalência dos TMC em ambos os sexos e conforme a avanço da idade, sendo mais expressivo no sexo feminino (variando de 28,1% aos 12 anos, até 44,1% aos 17 anos), do que nos meninos (variando de 18,5% aos 12 anos até 27,7% aos 17 anos). Territorialmente, não houve discrepâncias significantes entre as macrorregiões, nem por tipo de escola (pública e privada) e, de acordo as análises estratificadas, a maior prevalência de TMC encontra-se entre meninas de 15 a 17 anos de escolas privadas da região Norte (53,1; IC95% 46,8-59,4) Daí apreende-se que o conhecimento epidemiológico sobre o adoecimento mental infato-juvenil subsidia o planejamento estratégico para o desenvolvimento de ações interventivas focadas, na prevenção dos agravos, promoção e reabilitação da saúde mental de crianças e adolescentes, especificamente (LOPES et al, 2016; THIENGO et al, 2014).

Ademais, de acordo com o perfil de usuários portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados, resultante de um estudo transversal com 190 moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), realizado na cidade de Recife (PE), foram dispostas características societárias e de padrão diagnóstico, conforme transtornos mentais mais frequentes. Assim, a populações dessa pesquisa correspondia às seguintes características: sexo masculino (64,7%), solteiros (82,6%), analfabetos (43,7%), com renda entre um e menos do que dois salários mínimos (70,6%), com 60 anos ou mais (33,2%), idade mínima de 25 anos e máxima de 89 anos. Desses moradores de SRT, 55,8% ainda tinham algum contato com a família; 14,2% apresentavam histórico familiar de distúrbios psíquicos; em 30,5% dos casos houve abandono familiar; 26,3% deles tinham antecedente pregresso de situação de rua e 25% estavam sob a curatela de algum responsável (FRANÇA et al, 2017).

Quanto ao histórico psiquiátrico desses sujeitos, 41,6% tinham de 3 a 10 internamentos psiquiátricos durante a vida. Considerando o último internamento hospitalar, o tempo de permanência em instituição psiquiátrica variou de 5 meses a 40 anos, uma média de 9,48 anos (DP=8,409). O grupo diagnóstico mais prevalente foi o dos transtornos esquizotípicos, esquizofrenia e transtornos delirantes (diagnóstico isolado), em 57,4% dos casos. Especificamente, o transtorno mental de maior frequência foi a esquizofrenia residual (isolada ou associada a outro distúrbio, com percentual de 51,6%; a esquizofrenia paranoide (isolada ou associada) atingiu 15,3% da amostra total. Comumente, o diagnóstico de esquizofrenia residual advém da persistência de sintomas negativos, a exemplo do retardo psicomotor, da hipoatividade, do embotamento afetivo, do descuido pessoal, do isolamento social e da pobreza de discurso, muito em decorrência do longo tempo de transtorno mental dos moradores dos SRT estudados (FRANÇA et al, 2017).

Tais exemplos ressaltam a necessidade de pesquisas atuais que identifiquem as regiões brasileiras mais críticas quanto aos desfechos em saúde mental, em todas as faixas etárias, e o grau de influência dos fatores socioeconômicos, culturais, políticos e psicossociais sobre os mesmos, visando a implementação de ações diretas para promoção de saúde mental e prevenção de sua ocorrência. Nesta perspectiva, os estudos epidemiológicos de base populacional têm o potencial relevante, podendo contribuir com investigações e achados referentes a distribuição espacial, aos graus de exposição e adoecimento, além das condições (sociodemográficas e econômicas) que, de fato

impactem, positiva ou negativamente, na dinâmica dos padrões de risco em uma determinada comunidade (ROSA et al, 2017; THIENGO et al, 2014).

## 2.6. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DO TERRITÓRIO BRASILEIRO: O QUE SÃO REGIÕES IMEDIATAS DE ARTICULAÇÃO URBANA?

Em 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresentou um novo delineamento para divisão Urbano-Regional do território brasileiro. A partir dos estudos realizados pelo órgão em questão, foram constatados três níveis regionais de Articulação Urbana, espacialmente organizados em redes de fixos (instituições de saúde, educação, segurança, trabalho, entre outras) e fluxos (rotas de transporte, meios de comunicação, referências assistenciais, entre outros), gerenciados por um polo territorial segundo vinculação dos arranjos “locorregionais”. Assim designam-se as Regiões Ampliadas (em número de 14 unidades), Regiões Intermediárias (161 unidades) e Regiões Imediatas de Articulação Urbana (482 unidades), ressaltando que os estudos de base realizados pelas equipes do IBGE, para fomentar tal iniciativa, não consideraram os limites políticos das Unidades Federativas (IBGE, 2017 e MOURA & PÊGO, 2017).

As Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU) trouxeram uma melhor visão sobre as relações regionais mais interioranas, pondo em pauta também as dinâmicas rurais. Ao considerar o papel ativo dos espaços do campo, em seus aspectos produtivo e ambiental, nas trocas sociais e econômicas com os meios urbanos, apreende-se que a tipologia regional das zonas rurais contribui para estudos sobre o processo de urbanização do Brasil. O nível imediato de Articulação Urbana constitui-se como subdivisão das Regiões Intermediárias de Articulação Urbana. Cada RIAU é formada em volta dos chamados Centros Sub-Regionais ou Centros de Zona, com menor magnitude polarizadora se comparados às Capitais Regionais de porte metropolitano, mas de centralidade bem definida. Comparativamente, as Regiões Imediatas abrangem menores contingentes populacionais e áreas mais reduzidas, se relacionadas às Regiões Intermediárias e têm competência para atender demandas de amplitude restrita (BITOUN et al, 2017 e OLIVEIRA et al, 2017).

Neste contexto, para divisão das 482 RIAU atualmente existentes, além de características geográficas específicas, como presença de serras, grandes rios, entre outros, foram considerados os conjuntos de fixos e fluxos compartilhados num dado conglomerado de municípios, que interagem para atender as demandas populacionais por



serviços de saúde, educação e bens de consumo, além da busca por trabalho. Por fim, cada RIAU é formada em volta de uma cidade polo, com destaque para os municípios de médio porte, que exercem influência sobre os espaços urbanos e rurais circunvizinhos, provendo-os com bens e serviços não disponíveis a nível local. Características semelhantes ao conceito de Regiões de Saúde, porém mais abrangentes, considerando o dinamismo das articulações intermunicipais/inter-regionais para além do setor saúde (ANDRADE, 2015; OLIVEIRA et al, 2017).

No decorrer da presente passagem textual abordamos o conceito de Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU), e o contexto em que elas se inserem dentro da divisão espacial do território brasileiro. A pesquisa ecológica empregada na construção deste trabalho, considera as 482 RIAU como unidades analíticas, tanto pela disponibilidade de banco de dados para *linkage* com as variáveis analisadas, como pela semelhança, em definição teórica, com as Regiões de Saúde (num total de 438 em todo o Brasil).

## 2.7. INDICADORES SINTÉTICOS: UMA IMPORTANTE FERRAMENTA PARA A AVALIAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, coroando o papel que o Estado começou a desempenhar como provedor/interventor de áreas como educação, assistência social, emprego, saúde, entre tantas outras. Nesse contexto, o Estado precisava encontrar meios que garantissem a empregabilidade dos recursos disponíveis da maneira mais eficaz possível. Assim, os economistas foram os pioneiros na elaboração de métodos para analisar as vantagens e os custos destes programas públicos. No entanto, logo suas abordagens tornaram-se insuficientes, principalmente quanto a aplicabilidade em setores como educação e ações sociais. A partir de então a avaliação passou a ser entendida como um conjunto de processos e foi "profissionalizada", seguindo uma conduta interdisciplinar com base em aspectos metodológicos (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Em meados da década de 1970, as demandas por avaliação de ações sanitárias se impuseram, necessidade evidenciada pelo momento de contenção econômica mundial, quando o Estado assumiu o financiamento de serviços básicos, sendo indispensável o controle de custos do sistema de saúde, mas sem causar impactos negativos no acesso e na qualidade da assistência prestada. Países como Estados Unidos, Canadá, França,

Austrália, dentre outros, tornaram-se referências quando o assunto é avaliação em saúde, eles contam com órgãos unicamente encarregados de analisar novas tecnologias a serem metodologicamente empregadas nos processos avaliativos (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Donabedian, um dos principais nomes relacionados à avaliação da qualidade de redes e serviços de saúde, divide seu método avaliativo numa tríade, envolvendo os elementos “estrutura, processo e resultados”. Além disso, conceitua a qualidade em saúde segundo sete pilares, quais sejam: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Segundo a “Tríade Donabediana”, a estrutura está relacionada, principalmente, às condições físicas (prédios institucionais e insumos de trabalho); humanas (força de trabalho) e organizacionais (disposição de todos esses recursos), presentes na condução do cuidado em saúde. Já o processo está ligado às relações estabelecidas entre prestador e receptor da assistência. Por último, os resultados vinculam-se ao uso de indicadores, a exemplo da “taxa de mortalidade”, “taxa de satisfação do paciente”, entre outros, como ferramentas mensurativas do estado de saúde das populações assistidas (BUENO, 2016; RAMOS, 2017; DONABEDIAN, 1988; DONABEDIAN, 1990).

Avaliar consiste, primordialmente, na concessão de um julgamento de valor sobre uma determinada intervenção (um programa de políticas públicas, por exemplo), ou sobre um dos componentes que a constituem, de maneira isolada, mas sempre fundamentada no objetivo de respaldar as decisões gerenciais. Por intervenção entende-se o conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados perante objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso, em um dado momento, com o propósito de gerar bens ou serviços a fim modificar/solucionar uma situação problemática. Em síntese, ela pode representar uma técnica, uma prática, um programa ou uma política (de saúde) (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

O ato de avaliar tais processos torna-se possível de duas formas, a primeira consiste na “avaliação normativa”, aplicada com base em critérios e normas; a segunda diz respeito à “pesquisa avaliativa”, que elabora meios avaliativos através de procedimentos metodológicos/científicos. A avaliação normativa considera os recursos empregados na organização de uma intervenção, analisando os elementos de estrutura, processo e resultados obtidos a partir de critérios e normas. Já a pesquisa avaliativa é composta por seis tipos de análises (estratégia, intervenção, produtividade, efeitos,

rendimento, e implantação), que não necessariamente precisam ser aplicadas em conjunto, ou seja, admite-se o uso de uma ou várias dessas análises a depender da proposta avaliativa para uma dada intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Atualmente, os avanços tecnológicos e o crescente uso da estatística para conversão de informações em dados numéricos vêm auxiliando a gestão do setor público através de indicadores quantitativos aplicados às diversas áreas administrativas de governança do Estado. No setor Saúde, apenas o banco de dados do DataSUS contribui com cerca de 67 indicadores, que abrangem desde características socioeconômicas aos aspectos estruturais e de recursos humanos, dimensionados pelas diferentes esferas federativas (PASCHOALOTTO et al, 2018).

Trata-se de um banco de dados que armazena extratos referentes a variáveis socioeconômicas e demográficas, as quais contribuem para caracterização da população assistida. Além dessas, são encontradas outras variáveis, que quantificam a estrutura e recursos físicos disponíveis, bem como os recursos humanos e o financiamento dentro do Sistema de Saúde Pública brasileiro. Os dados coletados no DataSUS podem ser agrupados, cruzados e direcionados com o propósito de mensurar a cobertura/oferta de serviços de saúde; dimensionar os recursos humanos em saúde; fazer levantamentos das condições de saúde perante características socioeconômicas da população; entre outros exemplos. O que há em comum entre os objetivos citados é, justamente, a reunião de diversas variáveis para elaboração de um único instrumento, neste caso um Indicador Sintético (em saúde).

A avaliação de desempenho para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) pode ocorrer através de análises quantitativas a respeito dos recursos humanos e estrutura disponíveis, por exemplo. Considera todos os seus níveis de assistência e sua distribuição territorial em Regiões de Saúde, se tornando uma estratégia para a identificação das fragilidades que dificultam a sistematização operacional dos serviços de saúde, em prol da resolutividade desejada. As RAS devem ser analisadas de maneira particular, pois cada uma é responsável por uma demanda específica de assistência, apesar de compartilharem a coordenação e os serviços da Atenção Primária. Este conceito pode ser aplicado, por exemplo, para elaborar um indicador sintético direcionado à análise de desempenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especificamente. Neste caso, pondo em evidência cada um de seus pontos de apoio e os recursos humanos pertinentes aos respectivos níveis de cuidado, abrangendo desde a atenção primária à hospitalar, além da atenção

especializada de caráter psicossocial (MICLOS et al, 2015; MEDEIROS; GERHARDT, 2015; DIMENSTEIN et al, 2018).

Em revisão de literatura publicada no ano de 2015, Costa et al, discutiram questões sobre a avaliação de serviços em saúde mental. Tal estudo apontou avanços no processo assistencial dessa área através do cuidado humanizado, participativo e comunitário, no entanto constataram a carência de investimentos, qualificação profissional e melhorias organizacionais na conjuntura de rede de serviços. A qualidade da oferta de saúde pode ser garantida através da junção positiva entre estrutura e processo, ou seja, o uso racional dos recursos físicos e humanos disponíveis, bem articulados à prática assistencial voltada ao cuidado da população usuária. Esta reflexão aponta um norte potencializador para resultados com maior eficácia, eficiência e que indiquem melhorias contundentes no estado de saúde de seus demandantes (COSTA et al, 2015; BUENO, 2016 e RAMOS, 2017).

Os estudos sobre a construção de instrumentos avaliativos para o sistema público de saúde brasileiro, considerando sua divisão em redes assistenciais de níveis regionais, devem ser ampliados juntamente às pesquisas cujo escopo trata-se do processo de Regionalização. Esse suporte científico implementa as discussões gerenciais e instrumentaliza as políticas de saúde para garantia e/ou manutenção da universalidade do acesso e da integralidade do cuidado. Esses instrumentos permitem a análise de indicadores/variáveis a cada município componente de uma dada Região de Saúde, propondo aos trabalhadores da gestão e da assistência uma reflexão sobre o panorama encontrado, em prol do desenvolvimento de ações ao enfrentamento das falhas diagnosticadas. Neste caso, são mecanismos que devem ser replicados e aplicados e discutidos pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), considerando as peculiaridades locorregionais e contribuindo para o diagnóstico situacional das redes de saúde em todo o território brasileiro (UCHIMURA et al, 2017; PEREIRA; TOMASI, 2016).

Assim, os indicadores sintéticos são uma importante ferramenta para auxílio à gestão em saúde quanto a avaliação das políticas públicas das regiões e redes assistenciais, a partir de seus desempenhos em cobertura e efetividade dos recursos a elas pertinentes e de fato disponíveis. No âmbito regional, ajudam a medir e avaliar o funcionamento do sistema de saúde, considerando sua divisão territorial de governança em CIR. São comumente compostos por dados secundários, coletados no DataSUS, de

acesso gratuito via internet. Também são agrupados em dimensões temáticas, segundo capacidade de observâncias das variáveis estudadas, coerentemente à proposta de mensuração e ao objetivo avaliativo do Indicador Sintético em construção (PASCHOALOTTO et al, 2018; UCHIMURA et al, 2017).

Seguindo essa lógica, a tipologia nacional das Regiões de Saúde no Brasil, construída com o intuito de identificar quais seriam os condicionantes estruturais que influenciam no processo de regionalização em saúde no país, foi realizada com base em indicadores sintéticos já disponíveis e sistematizados em duas dimensões, a saber, "oferta e complexidade dos serviços de saúde" e "situação socioeconômica". Cada uma delas pode ser assim descritas: a primeira foi composta pelos indicadores "% de beneficiários de planos de saúde (exclusive odontológico)"; "% de internações de alta complexidade no SUS no total de internações"; "% de médicos por 1.000 habitantes" e "% de leitos por 1.000 habitantes"; a segunda englobou os fatores ". Para a referida produção, os dois grupos de variáveis mencionados foram submetidos à análise estatística, resultando em três categorias, "baixa", "média" e "alta". Então foram formados dois novos indicadores correspondentes às referidas dimensões e graduados em três níveis de grandeza, relacionados e distribuídos pelas 438 CIR através de análise espacial. A partir daí, pôde-se caracterizar as regiões brasileiras quanto a interferência de fatores socioeconômicos na distribuição dos serviços de saúde, inferindo-se que os piores desempenhos estão nas Regiões de Saúde do Norte e Nordeste, já conhecidas pelas condições de renda menos favoráveis, e os melhores resultados apareceram nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Como pesquisa avaliativa a tipologia das CIR auxilia na compreensão da heterogeneidade do território brasileiro, fomenta o desenvolvimento de políticas públicas integradas que fortaleçam os espaços de governança regional a fim de garantirem a universalidade da assistência no SUS (VIANA et al, 2015; ALBUQUERQUE et al, 2016).

Pela tipologia realizada por Viana et al (2015), pode-se inferir que, a partir dos contextos situacionais imperantes nas regiões brasileiras, o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde são condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Tal conclusão subsidiou a construção do indicador destinado à avaliação de desempenho das regiões de saúde no Brasil, denominado de Indicador Sintético Regional (ISR). Esta nova produção também se valeu dos dados secundários disponíveis no DataSUS, os quais foram dispostos em cinco dimensões e submetidos a análises estatísticas (fatorial e espacial), o ISR foi formado a

partir do somatório das variáveis analisadas conforme as dimensões pertinentes, quais sejam, "condição de saúde da população". "cobertura do sistema de saúde"; "financiamento"; "recursos humanos" e "produção do SUS". Posteriormente, o índice elaborado foi aplicado às 17 regiões de saúde da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”, 2015 (VIANA et al, 2015 e UCHIMURA et al, 2017).

Observou-se então, que as Regiões de Saúde com menores valores de IRS, apresentam maus desempenhos para as dimensões cobertura, financiamento, recursos humanos e condições de saúde. Dentre as 17 CIR analisadas, as que obtiveram IRS menor que 2 também possuem valores abaixo da média nacional em pelo menos três das quatro dimensões já mencionadas. Porém, aquelas com IRS maior ou igual a 2 e menores que 4 constituem os piores desempenhos em todas as dimensões já listadas, além da dimensão "produção SUS". Assim como em Viana et al, (2015), o Indicador Sintético Regional aponta para melhores desempenhos nos sistemas de saúde das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, o Norte e o Nordeste apresentaram os piores índices, com exceção das áreas que abrangem as capitais nordestinas. No geral, as propostas de construção de indicadores sintéticos em saúde podem ser consideradas como recurso estratégico que facilita o monitoramento e avaliação das redes de saúde por regiões, conforme os critérios de regionalização do SUS, por isso são ferramentas potentes no suporte ao planejamento gerencial em saúde pública (VIANA et al, 2015; UCHIMURA et al, 2017).

Sob uma perspectiva metodológica diferente, desta vez através da Técnica de Grupo Nominal (TNG), uma abordagem qualitativa, Araújo et al (2016) propuseram a elaboração de indicadores voltados à avaliação do desempenho das redes de atenção à saúde. Foram realizadas três oficinas sequenciais, contado com a participação dos seguintes atores: médico com experiência na atenção primária; enfermeiro da rede nível ambulatorial; técnica da área de vigilância em saúde; aluno de pós-graduação em Saúde Coletiva – nível mestrado profissional; docentes das áreas de planejamento, gestão e avaliação, epidemiologia e promoção da saúde. Na primeira oficina buscou-se identificar agravos de saúde pública que permitissem a análise de desempenho das RAS em todos os seus níveis de atenção; também foram elencadas quatro dimensões de debate, quais sejam: efetividade (nível de resolutividade); acesso (alcance do sistema de saúde em tempo e espaço); continuidade (extensão do cuidado em níveis de atenção), e adequação (nível de conhecimento técnico-científico empregado no cuidado) (ARAÚJO et al, 2016).

Na segunda oficina os participantes preencheram a “Matriz de priorização de agravos de saúde”, seguindo as recomendações da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), com o propósito de elencar os indicadores pertinentes a cada dimensão e disponíveis nos Sistemas de Informação do SUS (SIS), para o agravo escolhido (câncer do colo do útero), nesta fase 18 indicadores foram listados. A terceira oficina cuidou da validação qualitativa e seleção final dos indicadores, organizando-os em fichas de qualificação, atendendo aos critérios adotados pela RIPSA. Por meio de todo esse processo metodológico, baseado na priorização de um agravo de saúde, foi possível realizar a identificação, seleção e validação qualitativa de indicadores de desempenho que representem a extensão das Redes de Atenção à Saúde em seus três níveis de assistência, a partir de um agravo de saúde passível de diagnóstico ainda na Atenção Primária, o que permite o monitoramento e avaliação implementares das políticas públicas relacionadas ao câncer do colo de útero (ARAÚJO et al, 2016).

Dentre as possíveis desvantagens nesses processos metodológicas, e na própria empregabilidade de dados na construção e validação de indicadores sintéticos, estaria o questionamento sobre a “solidez” e abrangência dessas variáveis. Viana et al (2015) apontam, por exemplo, que uma das limitações da pesquisa e do próprio sistema de informações consultado esteve na dificuldade de reunir dados referentes a serviços ofertados unicamente aos usuários de planos de saúde. Uchimura et al apontam para a disponibilidades de dados desatualizados e fora dos atuais contextos socioeconômicos e demográficos, como foi o caso dos indicadores de taxa de mortalidade infantil e de despesa per capita em saúde, interferindo diretamente nos resultados das pesquisas e prejudicando a realização de estudos comparativos. Araújo et al (2016) destacaram este mesmo entrave, além da exigência da TNG pela preparação prévia, baseada no material de apoio ofertado, no sentido de subsidiar oportunamente os integrantes do grupo, o que foge ao controle dos autores da pesquisa, somado ao curto espaço de tempo para o desenvolvimento da pesquisa, resultando na abordagem de um único agravo e, conseqüentemente minimizando a discussão e o pleno desenvolvimento das ideias (VIANA et al, 2015; UCHIMURA et al, 2017; ARAÚJO et al, 2016).

Vale ressaltar que a padronização nacional de indicadores para diagnóstico situacional de saúde em grandes escalas torna-se difícil em decorrência das disparidades tão significativas entre os territórios analisados, cada um com sua realidade particular e com seus próprios meios de enfrentar as dificuldades inerentes à governança de saúde

pública. Um dos resultados mais comuns na maioria dos processos avaliativos empregados em saúde, seja de caráter direto ou através de indicador sintético, aponta justamente para as discrepâncias regionais do Brasil. A avaliação em saúde, em qualquer vertente, seja a análise de um único serviço municipal ou de uma rede de assistência nacional com serviços multivariados, induz e respalda as comissões gestoras nas tomadas de decisões. Mas é preciso que haja critérios comparativos, considerando dados que realmente sejam factíveis às realidades territoriais de assistência à saúde. Só então será possível o planejamento de intervenções para melhorias dos desempenhos classificados como insatisfatórios (MICLOS et al, 2015; UCHIMURA et al, 2017).

Então pode-se apreender que a avaliação de uma intervenção se compõe de uma série de outras análises, obtidas pelos mais variados métodos. É certo que um único processo avaliativo não se limita em si mesmo, ao contrário, quanto mais uma avaliação for bem-sucedida, mais caminhos são abertos para novas perguntas, as quais nem sempre serão respondidas. Em síntese, uma avaliação nunca tem fim e sim continuidade, deve ser vista como um processo dinâmico que, assim como a pesquisa, contribui com a elaboração de novas políticas públicas, mas nunca é suficiente para estabelecê-las (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Apesar da relevância apresentada pelo emprego de dados secundários nos processos avaliativos em saúde, a exemplo da sua utilização para montagem de indicadores sintéticos, ainda existem dificuldades no manuseio dos sistemas de informações disponíveis. Os incentivos para qualificação das equipes de gestão responsáveis pela alimentação periódica, coleta e análise desses elementos ainda são muito escassos, corroborando com a irregularidade de atualização e duplicidades de dados para uma mesma variável, além de buscas fragmentadas e pouco resolutivas, tudo em decorrência da falta de conhecimento. No entanto, existem recursos orçamentários do SUS específicos para implantação de tecnologias de informação, destinadas à análise situacional de saúde. Além disso, a parceria com universidades pode auxiliar na implementação dessas tecnologias, através da oferta de capacitações para trabalhadores da assistência e da gestão em saúde, com o propósito prepará-los para utilização adequada dos sistemas de informação e seus indicadores, sua análise e interpretação de resultados, aplicando-os à gestão em saúde (PEREIRA; TOMASI, 2016).



### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. GERAL

Produzir e validar o Índice de Oferta da Atenção Psicossocial por Regiões Imediatas de Articulação Urbana no Brasil (IOAP-BR).

#### 3.2. ESPECÍFICOS

- Descrever a distribuição espacial dos itens da Rede de Atenção Psicossocial por Regiões Imediatas de Articulação Urbana no Brasil;
- Analisar a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil segundo nível de oferta de seus recursos estruturais e humanos;
- Realizar a validação de critério do IOAP-BR a partir de indicadores socioeconômicas e demográficos;
- Realizar a validação de conteúdo (constructo) do IOAP-BR em uma subamostra aleatória das 482 Regiões Imediatas de Articulação Urbana.

## 4. MÉTODOS

### 4.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As informações que fomentam esta pesquisa foram extraídas de sites oficiais abertos à consulta pública. Dão conta de dados secundários referentes a variáveis socioeconômicas e populacionais, bem como àquelas que apontam o quantitativo de algumas categorias profissionais e de determinados serviços do SUS, conforme objetivos do estudo em curso. Sendo assim, não houve necessidade de apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) como preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

### 4.2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional-analítico do tipo ecológico, que considerou as 482 Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU) como unidades analíticas, representando todo o território brasileiro, em seus 5570 municípios, distribuídos em 27 estados e cinco regiões geográficas. De acordo com Ceccon et al (2013), esse delineamento de pesquisa é indicado para trabalhos que pretendem estudar características de saúde conforme condições territoriais, como situação socioeconômica e populacional, com o propósito de avaliar políticas, programas ou redes de saúde. Ou seja, o método ecológico é adequado à pesquisa em curso, que está baseada na análise de variáveis socioeconômicas e populacionais das (RIAU), juntamente aos quantitativos de serviços e recursos humanos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para medir a oferta de Atenção Psicossocial no Brasil (CECCON et al, 2013).

### 4.3. UNIDADES ANALÍTICAS

Um dos modelos de divisão regional do Brasil traçado, metodologicamente, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), corresponde à segmentação do território nacional em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias. Aqui destacaremos as Regiões Imediatas, que são estruturas a partir de aglomerados de centros urbanos que interagem para atender as demandas populacionais por serviços de saúde, educação e bens de consumo, além da busca por trabalho.

Daí a denominação de Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU), elencadas como unidades analíticas da pesquisa em curso. Ao todo, são consideradas 482 RIAU, resultantes da subdivisão das Regiões Intermediárias de Articulação Urbana, elas surgem das concentrações territoriais formados de acordo com o compartilhamento de meios e serviços (fluxos e fixos) e geralmente possuem tamanho populacional e áreas menores que as de nível Intermediário (IBGE, 2013-2017; OLIVEIRA et al, 2017).

Por fim, cada RIAU é formada em volta de uma cidade polo, com destaque para os municípios de médio porte, que exercem influência sobre os espaços urbanos e rurais circunvizinhos, provendo-os com bens e serviços não disponíveis a nível local. São características semelhantes ao conceito de Regiões de Saúde, porém mais abrangentes, considerando o dinamismo das articulações intermunicipais/inter-regionais para além do setor saúde (ANDRADE, 2015; OLIVEIRA et al, 2017).

#### 4.4. COLETA DE DADOS

Para construção do IOAP-BR, foram coletados dados disponíveis nas páginas eletrônicas do Departamento de Informática do SUS (DataSUS – [www.datasus.saude.gov.br/](http://www.datasus.saude.gov.br/)), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - [ww2.ibge.gov.br/](http://ww2.ibge.gov.br/)), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD - [www.br.undp.org/](http://www.br.undp.org/)), através do Atlas Brasil 2013 ([www.atlasbrasil.org.br](http://www.atlasbrasil.org.br)) e da pesquisa Regiões e Redes ([www.resbr.net.br/](http://www.resbr.net.br/)). A primeira fonte mencionada disponibilizou informações referentes às dimensões de estrutura física e recursos humanos da RAPS, contidas na aba do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES – [www.cnes.datasus.gov.br/](http://www.cnes.datasus.gov.br/)). As coletas foram iniciadas em agosto de 2018 e finalizadas em março de 2019, considerando a competência de junho de 2018 nos bancos de dados consultados.

Neste contexto, para divisão das 482 RIAU atualmente existentes, além de características geográficas específicas, como presença de serras, grandes rios, entre outros, foram considerados os conjuntos de fixos e fluxos compartilhados num dado conglomerado de municípios, que interagem para atender as demandas populacionais por serviços de saúde, educação e bens de consumo, além da busca por trabalho. Por fim, cada RIAU é formada em volta de uma cidade polo, com destaque para os municípios de

médio porte, que exercem influência sobre os espaços urbanos e rurais circunvizinhos, provendo-os com bens e serviços não disponíveis a nível local. Características semelhantes ao conceito de Regiões de Saúde, porém mais abrangentes, considerando o dinamismo das articulações intermunicipais/inter-regionais para além do setor saúde (ANDRADE, 2015; OLIVEIRA et al, 2017).

O site do IBGE forneceu as planilhas e mapas referentes às RIAU e da base de dados do PNUD foram coletados os indicadores socioeconômicos por município brasileiro. No portal eletrônico da pesquisa Regiões e Redes, em seu banco de indicadores, buscou-se as projeções populacionais com base no último censo, realizado no ano de 2010. Além disso, o escopo deste trabalho foi baseado em uma das produções advindas da própria pesquisa Regiões e Redes, que realizou a Tipologia das Regiões de Saúde com base em variáveis referentes à “Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde” e à “Situação Socioeconômica”, através de Análise Fatorial. Esta Tipologia buscou identificar os condicionantes estruturais do processo de regionalização, ou seja, mostrar como os serviços de saúde estão regionalmente distribuídos pelo território brasileiro em comparação com as características socioeconômicas particulares em cada uma delas (VIANA, 2015).

As fontes deste trabalho, assim como em outros estudos, mostram a importância das bases de dados secundários no desenvolvimento de produções acadêmicas, são meios de ampla abrangência e acesso gratuito, implicando em baixos custos de pesquisa. Portanto, devem passar por manutenções periódicas para atualização do funcionamento e dos dados disponibilizáveis, em prol da credibilidade das informações colhidas.

#### 4.5. VARIÁVEIS

As variáveis recrutadas foram distribuídas em dimensões pertinentes aos elementos necessários para construção e validação do IOAP-BR. Como trata-se da avaliação de uma rede de serviços, foram elencados todos os pontos que dela fazem parte, discriminados por níveis de atenção e profissionais que a compõem, num total de 36 variáveis. Os indicadores de estrutura e recursos humanos estão descritos no Quadro 1. Para validação do IOAP-BR, foram utilizadas variáveis socioeconômicas conforme descritas no Quadro 2.

As variáveis descritas a seguir são provenientes de bancos de dados secundários e subsidiaram esta pesquisa, contribuindo com a elaboração e validação do indicador sintético que medirá a oferta da RAPS no Brasil. Segundo Uchimura et al (2017), essas variáveis devem ser selecionadas conforme a proposta avaliativa do indicador em construção. Considerando, assim, dados que realmente sejam factíveis à composição estrutural e de RH da RAPS, bem como indicadores socioeconômicos consistentes, que mostrem as diferentes realidades territoriais (UCHIMURA et al, 2017; MICLOS et al, 2015).

#### 4.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Esta análise se deu em três processos: PROCESSO 1 – análise descritiva; PROCESSO 2 – análise espacial (descritiva e inferencial); PROCESSO 3 – Análise fatorial (exploratória e confirmatória).

A análise descritiva das 36 variáveis que compõem a RAPS (estrutura e recursos humanos) foi realizada através das Medidas de Tendência Central (Média e Mediana), das Medidas de Dispersão (Mínimo, Máximo, Desvio Padrão) e de Posição (Percentis 25 e 75).

**Quadro 1: Descrição dos Indicadores de Estrutura e Recursos Humanos relacionados à RAPS, segundo fórmula de cálculo e fonte de dados consultada.**

<b>INDICADORES DE ESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS (RH)</b>		
<b>INDICADORES</b>	<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	<b>FONTE</b>
Equipes de ESF	Número absoluto de equipes de ESF / População Residente X 1000 HAB	CNES
Equipes do NASF I	Número absoluto de equipes NASF I / População Residente X 1000 HAB	CNES
Equipes do NASF II	Número absoluto de equipes NASF II / População Residente X 1000 HAB	CNES
Equipes do NASF III	Número absoluto de equipes NASF III / População Residente X 1000 HAB	CNES
Consultórios na Rua (CR)	Número absoluto de equipes CR / População Residente X 1000 HAB	CNES
Equipes da SAMU*	Número absoluto de equipes SAMU / População Residente X 1.000.000 HAB	CNES
UBS	Número absoluto de UBS / População Residente X 1000 HAB	CNES
Hospital Especializado (HE)	Número absoluto de HE / População Residente X 1000 HAB	CNES
Hospital Geral (HG)	Número absoluto de HG / População Residente X 1000 HAB	CNES
Hospital Dia (HD)	Número absoluto de HD / População Residente X 1000 HAB	CNES
Pronto-Atendimento (PA)	Número absoluto de PA / População Residente X 1000 HAB	CNES
Pronto Socorro Especializado (PSE)	Número absoluto de PSE / População Residente X 1000 HAB	CNES
Pronto Socorro Geral (PSG)	Número absoluto de PSG / População Residente X 1000 HAB	CNES
Leitos em Hospital DIA (LHD)	Número absoluto de LHD / População Residente X 1000 HAB	CNES
Leitos Psiquiátricos (LP)	Número absoluto de LP / População Residente X 1000 HAB	CNES
Residências Terapêuticas (RT)	Número absoluto de RT / População Residente X 1000 HAB	CNES
Serviço Residencial Terapêutica Tipo I (SRT I)	Número absoluto de SRT I / População Residente X 1000 HAB	CNES
Serviço Residencial Terapêutico Tipo II (SRT II)	Número absoluto de SRT II / População Residente X 1000 HAB	CNES
Unidade de Acolhimento Adulto (UAad)	Número absoluto de UAad / População Residente X 1000 HAB	CNES
Unidade de Acolhimento InfantoJuvenil (UAij)	Número absoluto de UAij / População Residente X 1000 HAB	CNES
Unidade de Atenção em Regime Residencial (UARR)	Número absoluto de UARR / População Residente X 1000 HAB	CNES
CAPS TIPO I	Número absoluto de CAPS I / População Residente X 1000 HAB	CNES
CAPS TIPO II	Número absoluto de CAPS II / População Residente X 1000 HAB	CNES
CAPS TIPO III	Número absoluto de CAPS III / População Residente X 1000 HAB	CNES
CAPS AD	Número absoluto de CAPS AD / População Residente X 1000 HAB	CNES
CAPS AD III	Número absoluto de CAPS AD III / População Residente X 1000 HAB	CNES
CAPS Infanto-Juvenil (CAPS i)	Número absoluto de CAPS i / População Residente X 1000 HAB	CNES
Médicos da Família	Número absoluto de MÉDICOS DA FAMÍLIA / População Residente X 1000 HAB	CNES
Psiquiatras	Número absoluto de PSIQUIATRAS / /População Residente X 1000 HAB	CNES
Enfermeiros	Número absoluto de ENFERMEIROS / População Residente X 1000 HAB	CNES
Assistentes Sociais	Número absoluto de ASSISTENTES SOCIAIS / População Residente X 1000 HAB	CNES
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Número absoluto de ACS / População Residente X 1000 HAB	CNES
Psicólogos	Número absoluto de PSICÓLOGOS / População Residente X 1000 HAB	CNES
Terapeutas Ocupacionais (TO)	Número absoluto de TO / População Residente X 1000 HAB	CNES
Auxiliar de Enfermagem	Número absoluto de AUXILIARES DE ENFERMAGEM / População Residente X 1000 HAB	CNES
Técnico de Enfermagem	Número absoluto de TÉCNICOS DE ENFERMAGEM / População Residente X 1000 HAB	CNES

\* por 1.000.000 hab.

**Quadro 2: Descrição das Variáveis Socioeconômicas segundo fórmula de cálculo e fonte de dados consultada.**

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS		
INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE
Projeção populacional para os territórios brasileiros no ano de 2018*	VALOR DO DADO	REGIÕES E REDES
% da população em domicílios com densidade > 2**	POPDOM>2/POPT×100	PNUD
% da população em domicílios com saneamento**	POPODOMS/POPT×100	PNUD
% de 25 anos ou mais com fundamental completo**	≥25FC/POPT×100	PNUD
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)**	(IDHM-E + IDHM-L + IDHM-R / 3)	PNUD
Índice de Gini**	a / (a + b)	PNUD
Razão 10% mais ricos / 40% mais pobres**	10%/+40%-	PNUD
Taxa de Envelhecimento**	60AI/<15×100	PNUD

Fontes: \*Atlas Brasil \*\*IBGE.

Após a normalização das variáveis, procedeu-se a distribuição espacial por Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU) no Brasil. A distribuição de cada variável foi analisada por quintis, considerando as categorias: Muito Bom; Bom; Regular; Ruim e Muito Ruim.

A análise de dependência espacial foi executada através do Índice de Moran Global (I), utilizando o teste de permutação aleatória, com 99 permutações, podendo variar entre -1 e +1, e que estimou a autocorrelação espacial, além de fornecer a significância estatística (valor de  $p$ ). A análise de dependência espacial considerou o Índice de Moran Global a partir de 0,04 e valor de  $p < 0,05$  para fins de autocorrelação significativa. Desta forma, pôde-se considerar que as variáveis cujo índice mencionado foi  $\geq 0,04$  estão autocorrelacionadas no espaço e, portanto, foram analisadas pelos indicadores do Moran Local. Por meio do Moran Local (*Local Indicators of Spatial Association* - LISA), foi construído o *MoranMap* (BEZERRA et al, 2019).

Os resultados do MoranMap, considerando como formação de cluster apenas os aglomerados com valor de  $p < 0,05$ , foram expressos de acordo com a intensidade da aglomeração dos indicadores nas áreas analisadas, sendo descritos como: Baixo-Baixo; Alto-Alto; Baixo-Alto; Alto-Baixo e “Áreas sem Significância Estatística”.

Para fins de descrição das áreas com significância estatística, estas podem ser analisadas como: categoria ALTO-ALTO (regiões com alta concentração de serviços de

saúde/RH cercadas por localidades em igual condição); categoria BAIXO-BAIXO (regiões com baixa concentração de serviços de saúde/RH cercadas por localidades em igual condição); categoria ALTO-BAIXO (regiões com alta concentração de serviços de saúde/RH, porém cercada de localidades com baixa cobertura assistencial/RH); categoria BAIXO-ALTO (regiões com baixa concentração de serviços de saúde/RH, porém cercadas por localidades com alta cobertura assistencial/RH).

Dado o caráter multidimensional da composição da RAPS, utilizou-se uma técnica de análise estatística multivariada, mais especificamente, a Análise Fatorial. O método de Análise Fatorial empregado foi o de Análise dos Componentes Principais, que considerou a adequação das variáveis, resultando em um KMO (Kaiser-Meyer Olkin) acima de 0,60 e indicando que a Análise é apropriada para os dados. O Teste de Esfericidade de Barlett, com significância menor do que 0,05, comprovou a hipótese de que a matriz de correlação não é uma matriz identidade, ou seja, que há correlação entre as variáveis. Na matriz de correlação, permaneceram no modelo as variáveis que apresentaram a Medida de Adequação da Amostra acima de 0,5. Na avaliação das Comunalidades, permaneceu no modelo a variável com valor acima de 0,5. O procedimento adotado para a rotação da matriz foi a Rotação Ortogonal Varimax. Foram extraídos os fatores que perfizeram uma variância acumulada acima de 60% e os valores com Eingevalues acima de 1. Após a aplicação do modelo, foi obtida a Matriz dos Componentes Rotacionados (HAIR, 2009).

Identificados os fatores formados, realizou-se a análise individual de cada escore Z fatorial, através da distribuição espacial por Regiões Imediatas de Articulação Urbana no Brasil. Para esta análise, os escores fatoriais foram classificados por tercís, e a partir dessa classificação, as áreas foram classificadas para a oferta dos serviços e recursos humanos da RAPS como: (1) Precário; (2) Regular e (3) Bom.

Para a construção do Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil (IOAP-BR), foram somados os escores fatoriais de todos os fatores obtidos na análise exploratória. Após a obtenção do índice, os valores foram categorizados em quintis, sendo classificados como: (1) Muito Precário; (2) Precário; (3) Regular; (4) Bom e (5) Muito Bom. A partir dessa classificação, procedeu-se a distribuição espacial dessas categorias em um mapa corolético.



Para realizar a validação de critério do IOAP-BR, foram utilizadas as variáveis socioeconômicas descritas no Quadro 2. Com o intuito de verificar se há diferença significativa das médias de cada variável de acordo com as categorias do IOAP, foi aplicado o teste de Análise de Variância (ANOVA), utilizando o teste de Bonferroni para comparações a posteriori, considerando a diferença estatisticamente significativa quando o  $p < 0,05$ .

Para a validação do construto, foi realizada uma amostragem aleatória simples de 60% das Regiões Imediatas de Articulação Urbana que compunham o banco inicial. Procedeu-se a Análise Fatorial, considerando todos os parâmetros descritos, a fim de verificar se haveria a formação dos mesmos fatores e se estes seriam compostos pelas mesmas variáveis. Além da composição dos fatores, analisada pelas cargas fatoriais de cada variável, também foram observadas as correlações anti-imagem, as comunalidades e a variância explicada pelo modelo.

Para a produção dos mapas temáticos em tercís e quintis e o cálculo do Índice de Moran Global e Local foi utilizado o *software* Terraview 4.2.2 (INPE, 2011, Tecgraf PUCRio/FUNCAT, Brasil). Para a preparação e organização das tabelas do CNES e PNUD, foi utilizado o *software* Tabwin 3.6. Para a Análise Descritiva e Análise Fatorial exploratória e confirmatória, foi utilizado o *software* *Statistical Package for the Social Sciences* versão 25.0 (SPSS-25).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1. ARTIGO 1: OFERTA DE SERVIÇOS E RECURSOS HUMANOS DA RAPS NO BRASIL: UMA ANÁLISE ESPACIAL POR REGIÕES IMEDIATAS DE ARTICULAÇÃO URBANA

#### RESUMO

**Introdução:** a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destina-se ao atendimento daqueles em sofrimento psíquico, contado com pontos de apoio em todos os níveis de cuidado. **Objetivo:** analisar a distribuição espacial dos componentes estruturais e de recursos humanos da RAPS, considerando as Regiões Imediatas de Articulação Urbana no Brasil. **Métodos:** estudo ecológico que analisou 27 variáveis de estrutura e nove variáveis de recursos humanos, registradas no CNES. Realizou-se análise descritiva, seguida de análise espacial para estimar a autocorrelação espacial e sua significância estatística ( $p < 0,05$ ), através do *software* Terraview 4.2.2. **Resultados:** para 17 variáveis o valor do Percentil 75 foi zero, caracterizando a inexistência desses serviços. Houve formação de *Clusters* ( $I > 0,4$ ) para cinco indicadores de recursos humanos e três indicadores de estrutura. Nestes oito, as variáveis vinculadas à Atenção Primária obtiveram *clusters* de altas taxas localizados no Nordeste; para as variáveis relacionadas aos níveis Secundário e Terciário, os aglomerados de elevadas taxas se concentram nas regiões Sudeste e parte do Sul. **Conclusões:** existem vazios assistenciais na RAPS para a região Norte do Brasil, com maior concentração de serviços e de profissionais nas regiões Sul e Sudeste.

**Palavras-chave:** Indicadores de Serviços; Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Mental; Regionalização; Análise Espacial.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The Psychosocial Care Network (RAPS) is intended to assist those in psychological distress, with support points at all levels of care. **Objective:** To analyze the spatial distribution of the structural and human resources components of RAPS, considering the Immediate Urban Articulation Regions in Brazil. **Methods:** an ecological study that analyzed 27 structure variables and nine human resources variables, registered at CNES. Descriptive analysis was performed, followed by spatial analysis to estimate spatial autocorrelation and its statistical significance ( $p < 0.05$ ), using the Terraview 4.2.2 software. **Results:** for 17 variables the value of the 75th percentile was zero, characterizing the absence of these services. Clusters ( $I > 0.4$ ) were formed for five human resources indicators and three structure indicators. In these eight, the variables linked to Primary Care obtained high rate clusters located in the Northeast; For the variables related to the Secondary and Tertiary levels, the high-rate clusters are concentrated in the Southeast and southern regions. **Conclusions:** There are care gaps in the RAPS for the northern region of Brazil, with a higher concentration of services and professionals in the Southern regions. and Southeast.

**Key Words:** Service Indicators; Health Services Evaluation; Mental Health Services; Regionalization; Spatial Analysis.

## INTRODUÇÃO

O modelo de atenção em saúde mental no Brasil vem passando por transformações gradativas desde a Reforma Psiquiátrica. A aprovação da Lei nº 10.216/2001<sup>1</sup>, que apoia a Política Nacional de Saúde Mental no SUS, propôs a substituição do método manicomial/asilar, medicalocêntrico e punitivo pelo processo de ação/intervenção da Atenção Psicossocial, em prol da ressocialização dos indivíduos em sofrimento psíquico através do cuidado contínuo no território. Dez anos após a aprovação dessa lei, a Atenção Psicossocial foi formalizada enquanto rede assistencial através da Portaria Ministerial nº 3.088/2011<sup>2</sup>, a qual reorganizou o cuidado em saúde mental, a partir da proposição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>3</sup>.

A RAPS, uma das redes temáticas inclusas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), está territorialmente organizada segundo os critérios de regionalização em saúde, e se baseia nos conceitos de hierarquização e integralidade da assistência. Deste modo, é composta por serviços de atenção primária; atenção psicossocial especializada; atenção às urgências e emergências; atenção hospitalar; atenção residencial de caráter transitório; estratégia de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, destinados ao atendimento/acolhimento daqueles em sofrimento mental e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas<sup>4,5,6</sup>.

Nestes serviços, prioriza-se o trabalho em equipe, composta na maioria das vezes por enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, os quais desenvolvem ações e atividades de acolhimento/acompanhamento dos usuários, de maneira individual e em grupos, bem como assistência às famílias<sup>5</sup>. A RAPS tornou-se uma estratégia para o acesso universal e de qualidade a todos os serviços que a compõem a fim de garantir um cuidado integral, humanizado e centrado nas demandas, considerando os determinantes sociais da saúde. Essas mudanças estruturais reverberaram-se nas práticas laborais na área da psiquiatria, apontando para a necessidade de adequação de seus trabalhadores aos dispositivos extra-hospitalares<sup>7,8</sup>.

As pautas sobre descentralização e regionalização em saúde mental ganharam força nos últimos anos com o objetivo de consolidar a participação municipal na construção de redes integradas de serviços, as quais priorizem ações territoriais e de base comunitária. Neste sentido, a regionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) aponta para avanços quanto à instituição de uma rede integrada de serviços da atenção

psicossocial em cada território de saúde, com aumento em número e diversidade de pontos de apoio e tendência à interiorização da assistência para municípios de médio e pequeno porte<sup>4</sup>. Nesse contexto, alguns indicadores são uma importante ferramenta para auxílio à gestão em saúde quanto à avaliação das políticas públicas das regiões e redes assistenciais, a partir de seus desempenhos em cobertura e efetividade dos recursos a elas pertinentes e, de fato, disponíveis. No âmbito regional, ajudam a medir e avaliar o funcionamento do sistema de saúde, considerando sua divisão territorial e de governança<sup>9,10</sup>.

Uma perspectiva para a avaliação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é a análise da disponibilidade dos recursos humanos e estruturas disponíveis. Essa análise considera todos os seus níveis de assistência e sua distribuição territorial em Regiões de Saúde, tornando-se uma estratégia para identificar as fragilidades que dificultam a sistematização operacional dos serviços de saúde, em prol da resolutividade desejada<sup>10</sup>. Por meio dos resultados da avaliação em saúde mental pode-se refletir, elencar e discutir os principais desafios para implantação e implementação dos serviços e ações de saúde necessários às demandas dessa área. Sendo assim, a produção de conhecimento neste campo auxilia não somente no diagnóstico situacional da rede assistencial RAPS, mas também traz novas perspectivas no emprego dos resultados obtidos, como o confrontando de indicadores estruturais com desfechos epidemiológicos em saúde mental<sup>11</sup>.

Desse modo, torna-se importante avaliar o dimensionamento assistencial da RAPS em todo o território nacional, baseado nas características locorregionais do Brasil. Esta pesquisa é desenhada sob a hipótese de que, apesar do caráter nacional da RAPS, a oferta e distribuição dos serviços que a compõem não acontecem de maneira homogênea no Brasil, já que o país possui dimensões continentais e marcantes discrepâncias socioeconômicas, demográficas e culturais, dividido em governanças de saúde distintas. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar a distribuição espacial da estrutura e dos recursos humanos que compõem a Atenção Psicossocial no Brasil por Regiões Imediatas de Articulação Urbana.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo ecológico, que considerou como unidades analíticas as 482 Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU), que são estruturas a partir de

aglomerados de centros urbanos que interagem para atender as demandas populacionais por serviços de saúde, educação e bens de consumo, além da busca por trabalho<sup>12</sup>.

Para avaliação da oferta de estrutura e de recursos humanos da RAPS, foram coletados dados disponíveis nas páginas eletrônicas do Departamento de Informática do SUS (DataSUS – [www.datasus.saude.gov.br/](http://www.datasus.saude.gov.br/)), a partir da base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES – [www.cnes.datasus.gov.br/](http://www.cnes.datasus.gov.br/)), e no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - [ww2.ibge.gov.br/](http://ww2.ibge.gov.br/)), que forneceu a base de dados geográfica das RIAU no Brasil. A busca das informações teve como referência o mês de junho de 2018.

A estrutura da RAPS compreendeu a análise de 27 indicadores, a saber: Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes dos Núcleos Ampliados da Saúde da Família (NASF I, II e III); Unidades Básicas de Saúde (UBS); Consultórios na Rua (CR); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, AD, AD III e i); Unidade de Acolhimento Adulto; Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil; Pronto-Atendimentos; equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Leitos Hospitalares em Hospital Dia e em Hospital Psiquiátrico; Hospital Geral, Hospital Dia e Hospital Especializado; Pronto Socorro Especializado e Pronto Socorro Geral, Residências Terapêuticas, Serviço Residencial Terapêutica Tipo I, Serviço Residencial Terapêutico Tipo II e Unidade de Atenção em Regime Residencial.

Em relação aos Recursos Humanos, foram analisados nove indicadores acerca da distribuição de categorias profissionais: Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem; Auxiliares de Enfermagem; Assistentes Sociais; Psicólogos; Terapeutas Ocupacionais (TO); Médicos da Família e Médicos Psiquiatras.

Para o cálculo do indicador de oferta, tanto de estrutura quanto de recursos humanos, dividiu-se o quantitativo de cada um desses componentes pelo total da população residente em cada RIAU em junho de 2018, multiplicado por 1000 habitantes ( $n^{\circ}$  oferta/população 2018 \* 1000 habitantes). A única exceção deste cálculo foi o indicador de oferta do SAMU, para o qual usou-se a base de 1.000.000 de habitantes.

Foi realizada a análise descritiva através das Medidas de Tendência Central (Média e Mediana), das Medidas de Dispersão (Mínimo, Máximo, Desvio Padrão) e de Posição (Percentis 25 e 75); seguida da análise de distribuição espacial (descritiva e inferencial) por Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU) no Brasil.

Para a distribuição espacial, as variáveis foram padronizadas (em escore Z), e cada variável foi analisada por quintis. A legenda das figuras expressa a classificação da área em relação à média encontrada para cada variável, sendo descritas da seguinte forma: Valores Médios; Inferior à Média; Muito Inferior à Média; Superior à Média; Muito Superior à Média. Com estes resultados foram produzidos mapas temáticos, nos quais, a maior intensidade das cores representa o pior nível de oferta.

A análise de dependência espacial foi executada através do Índice de Moran Global (I), utilizando o teste de permutação aleatória, com 99 permutações, podendo variar entre -1 e +1, e que estimou a autocorrelação espacial, além de fornecer a significância estatística (valor de  $p$ ). A análise de dependência espacial considerou o Índice de Moran Global a partir de 0,4 e valor de  $p < 0,05$  para fins de autocorrelação moderada e significativa. Desta forma, pôde-se considerar que as variáveis cujo índice mencionado foi  $I \geq 0,4$  estão autocorrelacionadas no espaço e, portanto, foram analisadas pelos indicadores do Moran Local. Por meio do Moran Local (*Local Indicators of Spatial Association* - LISA), foi construído o *MoranMap*<sup>13</sup>.

Os resultados do *MoranMap*, considerando como formação de *cluster* apenas os aglomerados com valor de  $p < 0,05$ , foram expressos de acordo com a intensidade da aglomeração dos indicadores nas áreas analisadas, sendo descritos como: Baixo-Baixo; Alto-Alto; Baixo-Alto; Alto-Baixo e “Áreas sem Significância Estatística”.

Para a produção dos mapas temáticos em quintis e o cálculo do Índice de Moran Global e Local foi utilizado o *software* Terraview 4.2.2 (INPE, 2011, Tecgraf PUC-Rio/FUNCAT, Brasil). Para a preparação e organização das tabelas do CNES foi utilizado o *software* Tabwin 3.6. Para a análise descritiva foi utilizado o *software* *Statistical Package for the Social Sciences* versão 25.0 (SPSS-25).

Nesta pesquisa foram utilizados dados secundários extraídas de sites oficiais abertos à consulta pública. Dessa forma, não houve necessidade de apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) como preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

A análise inicial foi realizada com 36 variáveis que representam a estrutura e os profissionais que compõem a RAPS (Tabela 01).

A análise descritiva dessas variáveis já nos indica que, para algumas, o valor da Mediana e do Percentil 75 é zero. Isso é observado para as variáveis: “Consultórios na Rua”, “Pronto Socorro Especializado”, “Leitos em Hospital Dia”, “Residências Terapêuticas”, “Serviço Residencial Terapêutico Tipo I”, “Serviço Residencial Terapêutico Tipo II”, “Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil e Adulto”, “Unidade de Atenção em Regime Residencial”, “CAPS III” e “CAPS AD III”.

Houve maior concentração de profissionais Psicólogos, Psiquiatras e Terapeutas Ocupacionais nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Já para as variáveis ‘Médico da Família’ e ‘ACS’, os maiores valores foram registrados para a região Nordeste (Figura 1). A desigualdade também se expressa na distribuição da estrutura da RAPS, principalmente no que diz respeito à distribuição dos CAPS I, UBS, SAMU, Hospital Geral, Pronto Atendimento e Leitos Psiquiátricos, exemplificada com mapas coloridos a partir dos níveis “muito inferior” e “inferior”. Por outro lado, vê-se que há similaridade na distribuição de tantos outros serviços, quais sejam: CAPS II, CAPS AD, CAPS i, Pronto Socorro Geral, Hospital Dia e Hospital Especializado (Figura 2).

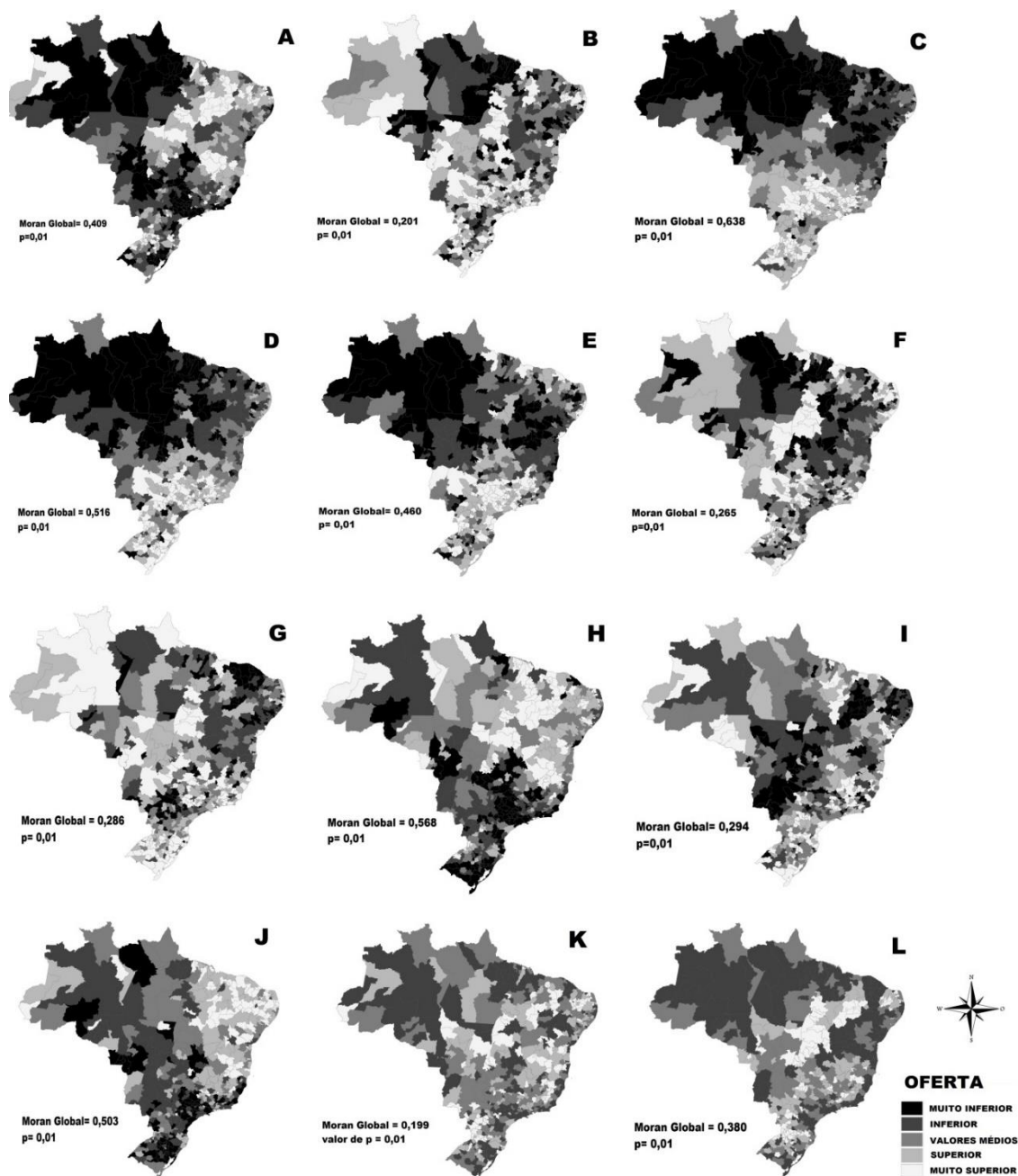
Ademais, um dos resultados de maior destaque é a precariedade na oferta tanto de boa parte das categorias profissionais, quanto de vários pontos de assistência integrantes da RAPS na região Norte do Brasil. Fato bem evidente para as variáveis Médicos da Família, Psicólogos, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, ACS, Equipes ESF e Equipes NASF em suas três modalidades (Figura 1), juntamente a UBS, CAPS I e Hospital Geral (Figura 2).

**Tabela 1: Análise descritiva das 36 variáveis (/1000 hab.) de estrutura e recursos humanos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil.**

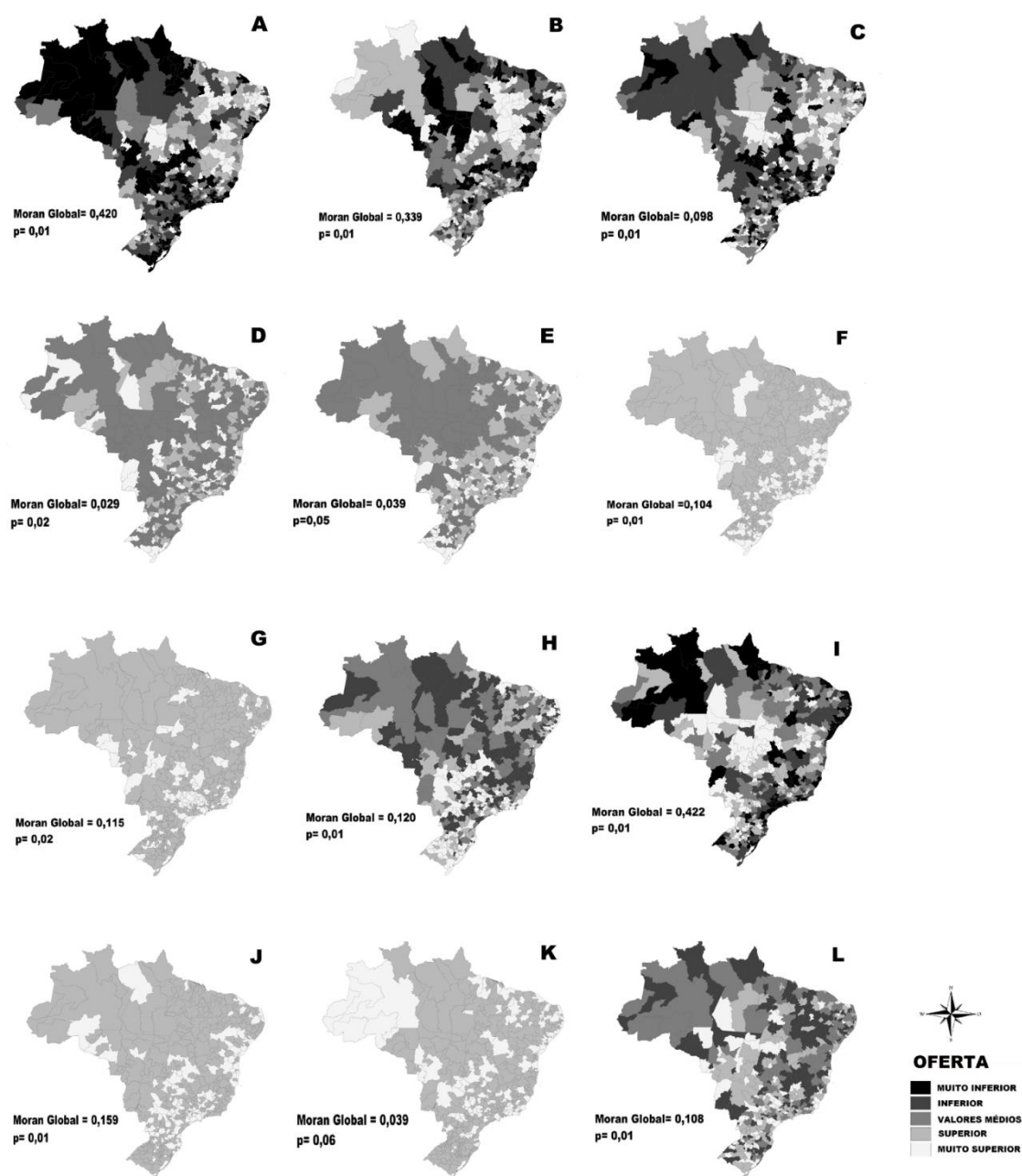
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Percentil 25</b>	<b>Percentil 75</b>
<b>Equipes de ESF</b>	0,000	0,291	0,079	0,074	0,051	0,042	0,111
<b>Equipes do NASF I</b>	0,000	0,067	0,020	0,018	0,015	0,009	0,031
<b>Equipes do NASF II</b>	0,000	0,083	0,010	0,007	0,012	0,000	0,015
<b>Equipes do NASF III</b>	0,000	0,145	0,017	0,006	0,027	0,000	0,022
<b>Consultórios na Rua</b>	0,000	0,762	0,034	0,000	0,100	0,000	0,000
<b>Equipes da SAMU*</b>	0,000	159,014	23,575	21,161	20,039	10,196	32,396
<b>UBS</b>	0,053	0,519	0,264	0,271	0,089	0,195	0,325
<b>Hospital Especializado</b>	0,000	0,025	0,002	0,000	0,004	0,000	0,003
<b>Hospital Geral</b>	0,008	0,177	0,038	0,033	0,022	0,023	0,045
<b>Hospital Dia</b>	0,000	0,027	0,002	0,000	0,003	0,000	0,002
<b>Pronto-Atendimento</b>	0,000	0,066	0,006	0,005	0,008	0,000	0,009
<b>Pronto Socorro Especializado</b>	0,000	0,014	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
<b>Pronto Socorro Geral</b>	0,000	0,043	0,002	0,000	0,005	0,000	0,002
<b>Leitos em Hospital DIA</b>	0,000	0,566	0,005	0,000	0,032	0,000	0,000
<b>Leitos Psiquiátricos</b>	0,000	2,551	0,106	0,013	0,256	0,000	0,099
<b>Residências Terapêuticas</b>	0,000	0,011	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
<b>Serviço Residencial Terapêutico Tipo I</b>	0,000	0,026	0,001	0,000	0,002	0,000	0,000
<b>Serviço Residencial Terapêutico Tipo II</b>	0,000	0,043	0,001	0,000	0,003	0,000	0,000
<b>Unidade de Acolhimento Adulto</b>	0,000	4,033	0,087	0,000	0,332	0,000	0,000
<b>Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil</b>	0,000	0,012	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
<b>Unidade de Atenção em Regime Residencial</b>	0,000	0,008	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>CAPS TIPO I</b>	0,000	0,085	0,013	0,011	0,011	0,005	0,018
<b>CAPS TIPO II</b>	0,000	0,026	0,003	0,002	0,004	0,000	0,004
<b>CAPS TIPO III</b>	0,000	0,018	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
<b>CAPS AD</b>	0,000	0,022	0,002	0,000	0,003	0,000	0,003
<b>CAPS AD III</b>	0,000	5,000	0,143	0,000	0,493	0,000	0,000
<b>CAPS Infanto-Juvenil</b>	0,000	0,022	0,001	0,000	0,003	0,000	0,001
<b>Médicos da Família</b>	0,075	1,289	0,313	0,315	0,105	0,237	0,374
<b>Psiquiatras</b>	0,000	0,411	0,080	0,063	0,063	0,035	0,110
<b>Enfermeiros</b>	0,463	3,272	1,209	1,163	0,363	0,961	1,386
<b>Assistente Social</b>	0,000	0,799	0,169	0,157	0,076	0,120	0,204
<b>Psicólogos</b>	0,039	1,525	0,350	0,313	0,203	0,184	0,489
<b>Terapeutas Ocupacionais</b>	0,000	0,286	0,048	0,038	0,042	0,018	0,066
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	0,000	0,562	0,128	0,094	0,113	0,040	0,184
<b>Técnico de Enfermagem</b>	0,225	9,817	2,296	2,125	1,033	1,610	2,825
<b>Agentes Comunitários de Saúde</b>	0,400	4,283	1,881	1,956	0,627	1,418	2,378

\* por 1.000.000 hab.





**Figura 1: Distribuição dos Serviços e dos Profissionais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial por Região Imediata de Articulação Urbana no Brasil. A - Médicos de Família; B - Enfermeiros; C - Psicólogos; D - Psiquiatra; E - Terapeuta Ocupacional; F - Assistente Social; G - Técnico de Enfermagem; H - Agente Comunitário de Saúde; I - Equipes de Estratégia de Saúde da Família; J - Equipes de NASF I; K - Equipes de NASF II; L - Equipes de NASF III.**

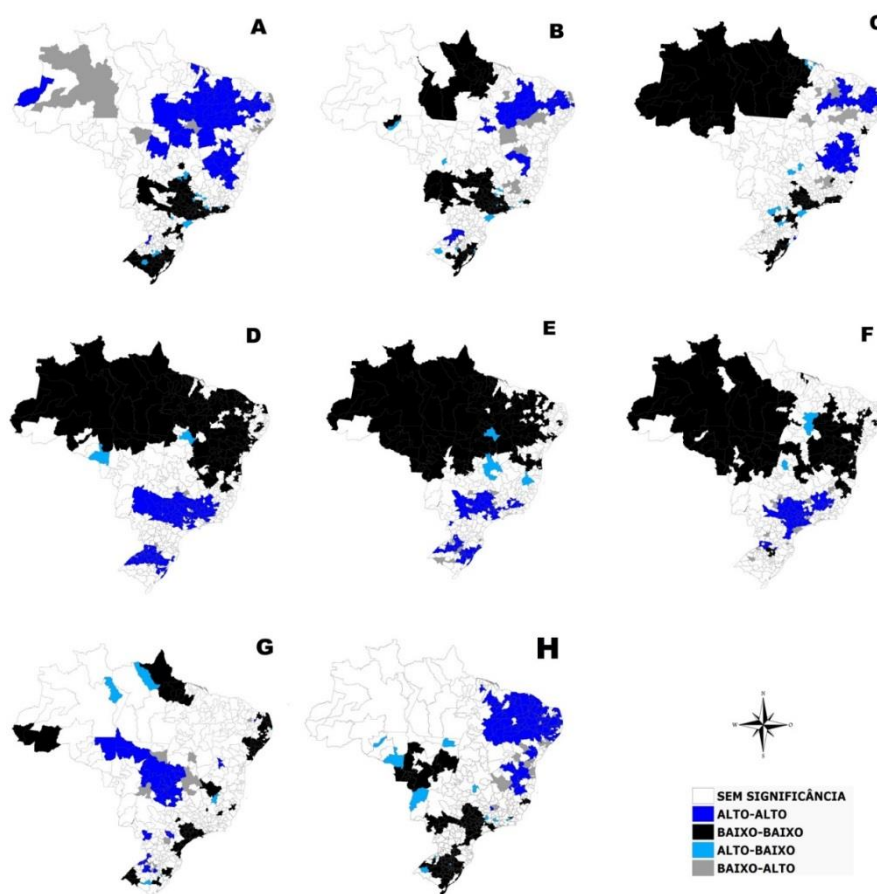


**Figura 2: Distribuição da Estrutura que compõe a Rede de Atenção Psicossocial por Região Imediata de Articulação Urbana no Brasil. A - UBS; B - SAMU; C - CAPS I; D - CAPS II; E - CAPS AD; F- CAPS i; G - Pronto Socorro Geral; H - Leitos Psiquiátricos; I - Hospital Geral; J - Hospital Dia; K - Hospital Especializado; L - Pronto Atendimento.**

Na análise da dependência espacial, verifica-se que houve formação de *Clusters* para as variáveis: “Médicos/1000 hab”, “Psiquiatras/1000 hab.”, “Psicólogos/1000 hab.”, “Terapeuta Ocupacional/1000 hab.”, “UBS/1000 hab.” e “Hospital Geral/1000 hab.”, “ACS/1000 hab”, e “NASF I/1000 hab.”, quando consideramos o índice de Moran Global  $I > 0,400$  (Figuras 1 e 2). As variáveis que não apresentaram autocorrelação espacial foram: Consultórios na Rua ( $I=0,05$ ); Hospital Especializado ( $I=0,039$ ); Pronto Socorro

Especializado (I=0,001); Leitos em Hospital Dia (I=0,005); Residências Terapêuticas (I=0,007); Serviço Residencial Terapêutico Tipo I (I=0,081); Unidade de Acolhimento Adulto (I=0,0006); Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (I=0,045); Unidade de Atenção em Regime Residencial (I=0,004); CAPS I (I=0,098); CAPS II (I=0,029); CAPS III (I=0,056); CAPS AD (I= 0,039); CAPS AD III (I=0,010).

A análise do *Moran Map* mostra que os aglomerados de elevada oferta para as variáveis “ACS”, “Médicos da família”, “UBS” e “NASF I” estão localizadas no Nordeste do Brasil. Já para as variáveis “Psicólogos”, “Psiquiatras” e “Terapeuta Ocupacional”, os *clusters* de elevada oferta estão localizados no Sudeste e parte do Sul (Figura 3).



**Figura 3: Distribuição Espacial dos clusters das taxas com LISA estatisticamente significativo (MoranMap). A - ACS; B - Médicos; C - UBS; D - Psicólogos; E - Psiquiatras; F - Terapeuta ocupacional; G - Hospital Geral; H - NASF I.**

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que os serviços e os recursos humanos que compõem a RAPS estão desigualmente distribuídos entre as RIAU no Brasil. Há escassez da oferta na região Norte do Brasil, caracterizada como um vazio assistencial; por outro lado, há concentração de algumas categorias profissionais como Psicólogos, Psiquiatras e Terapeutas Ocupacionais nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, enquanto a oferta do aparato da Atenção Primária é mais acentuada no Nordeste brasileiro.

Embora tenham sido registrados avanços na implantação dos serviços da RAPS a partir de 2011, a ampliação dos pontos de apoio em saúde mental e a diversidade dos serviços implantados nas regiões do país, ainda persistem diferenças regionais importantes<sup>14</sup>. Apesar da potencialidade da proposta de regionalização da saúde, sua efetivação enfrenta importantes obstáculos, entre eles a institucionalização de uma rede de atenção homogênea num território heterogêneo, composto por entes autônomos e marcado por forte disputa política<sup>15,16</sup>.

A distribuição geográfica da capacidade instalada em saúde nos países em desenvolvimento é marcada por amplas disparidades regionais, e geralmente, essas barreiras são impostas pela indisponibilidade da oferta de serviços básicos e especializados à grande maioria da população. A rede urbana de serviços de saúde no Brasil é, ao mesmo tempo, não inclusiva, sobreposta, amplamente desigual na distribuição regional e concentrada nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. Observam-se a existência de grandes áreas de deficiências, obsoletas em equipamentos, instalações físicas e recursos humanos, além de um sistema de cidades poroso, com a virtual inexistência de centros urbanos de hierarquia intermediária<sup>17</sup>. Esse fato ficou explicitado pela pesquisa que analisou a distribuição espacial de um indicador sintético da oferta dos serviços públicos de saúde nos municípios brasileiros, mostrando a existência de *clusters* do tipo Alto-Alto e Alto-Baixo principalmente nas regiões de saúde do Sudeste, Sul e Nordeste do Brasil, nas capitais dos estados e em municípios considerados polos de atenção à saúde<sup>18</sup>.

Em seus achados, esta pesquisa reafirma os resultados de estudos anteriores, indicando que, apesar da ampliação da taxa de crescimento e cobertura da RAPS em todo o país, em termos da distribuição de serviços do tipo Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, existem áreas em situação crítica, que contam com apenas um ponto de atenção da RAPS (serviços como equipes de ACS, ESF e/ou NASF)<sup>14</sup>. A pesquisa de Macedo et al. (2017) registrou que, em todo o país, 17 municípios não contam com ACS atuando nos respectivos territórios, desses, 12 estão localizados no estado de São Paulo; e dos 31 municípios que não contam com quaisquer equipes Saúde da Família, 22 também são paulistas. Ademais, existem 17 municípios no Brasil que não contam com qualquer equipamento da APS (ACS, ESF e NASF) em seu território: 12 localizados no estado de São Paulo e cinco no Rio Grande do Sul. Corroborando com a ideia da escassez e desigualdade na distribuição da RAPS no Brasil, esta mesma pesquisa ainda mostrou que havia apenas 362 Serviços de Residência Terapêutica em funcionamento no país, concentrados nas capitais/regiões metropolitanas dos estados do Sudeste e Nordeste<sup>4</sup>.

Outro desafio enfrentado para a consolidação da RAPS no contexto brasileiro é o de implantação dos leitos de psiquiatria nos Hospitais Gerais (HG), principalmente em função dos espaços físicos inadequados aos moldes da Reforma Psiquiátrica, além da escassez de equipe técnica multiprofissional preparada para Atenção Psicossocial em ambiente hospitalar. Dentre as barreiras que dificultam a inserção e sistematização da psiquiatria nos HG, destacam-se: escassez da oferta de leitos, por parte da instituição, de cursos de formação para esta área; ou ainda a falta de identificação dos trabalhadores com psiquiatria, corroborando com situações de negligência ou adoção de condutas inadequadas<sup>19</sup>.

A precariedade de oferta da RAPS na região Norte do país é um dos destaques do presente estudo. Fazendo o contraponto entre a oferta do serviço e a assistência à saúde, o trabalho que analisou as desigualdades no acesso ao tratamento da depressão no Brasil, com dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, mostrou que a proporção de indivíduos que tinham diagnóstico de depressão e que não receberam tratamento para essa doença foi de quase 80% no Brasil, e que a região Norte teve a maior proporção indivíduos não tratados (acima de 90%)<sup>20</sup>. A região Norte tem se destacado também pelo aumento das taxas de suicídio nas últimas décadas. O estudo de Machado & Santos (2015) mostrou que, entre os anos 2000 e 2012, a taxa de mortalidade por esta causa na região norte cresceu 37,2%, passando de 3,8 para 5,3 óbitos por 100.000 habitantes no período estudado<sup>21</sup>.

O estudo que analisou a organização da RAPS a partir da constituição das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil mostrou que os estados das regiões Centro-Oeste e Norte se destacam pela menor quantidade de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>4</sup>. De fato, a consistência dessas afirmações explica os achados do presente trabalho, detectando as áreas passíveis de intervenção pelas autoridades sanitárias com vistas ao seu futuro aperfeiçoamento.

Outra questão a ser enfrentada em prol da consolidação da RAPS no Brasil é a distribuição dos profissionais e a definição do seu papel dentro da Atenção Psicossocial. A distribuição dos profissionais Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais no Brasil apresenta-se como uma barreira a ser ultrapassada, e para a consecução de uma oferta equânime, os desafios vão desde a formação até a oportunidade de mercado de trabalho.

Segundo o Atlas de Demografia Médica no Brasil, a Psiquiatria ocupa a 10<sup>a</sup> posição como a primeira opção para residência médica, com registro de 10.396 médicos Psiquiatras no território nacional, representando 2,7% dos médicos no país, com taxa de 5 psiquiatras a cada 100 mil habitantes, número bastante inferior à média de países desenvolvidos e em desenvolvimento<sup>22</sup>. Já em relação aos profissionais da psicologia ocupados no Brasil, em 2014, equivalia a 146.721 psicólogos, com cerca de 80% deste contingente localizado nas regiões sul e sudeste<sup>23</sup>. Em relação aos Terapeutas Ocupacionais, embora tenha havido uma expansão de cursos de graduação no país, atualmente, há apenas 0,9 Terapeutas Ocupacionais para cada 10 mil habitantes no país, considerado um valor inferior à média mundial, que é de dois profissionais para cada 10 mil habitantes<sup>24</sup>.

É importante ressaltar também que há grande rotatividade de profissionais nos serviços que compõem a RAPS, considerando a pouca adesão e procura pela área que reflete, em parte, o preconceito de alguns profissionais, bem como a desvalorização, os poucos investimentos das políticas públicas e a falta de condições de trabalho. Soma-se, também, o processo de formação, com disciplinas em saúde mental de carga horária teórico-prática insuficiente, ou mesmo a falta de articulação entre o currículo e a realidade encontrada nos serviços de saúde<sup>5</sup>.

As disparidades regionais na organização e disponibilidade da oferta de recursos humanos e serviços que compõem a RAPS se refletem no perfil epidemiológico da

população brasileira. Os resultados do Estudo de Carga Global de Doença no Brasil em 2015 apontam que os Transtornos Mentais são a terceira causa de carga de doença no Brasil, atrás apenas das doenças cardiovasculares e dos cânceres. Esse estudo mostra ainda que, no Brasil, anos de vida perdidos por morte ou incapacidade por estas causas passou da sexta para a terceira posição, indicando maior gravidade da situação de saúde mental no país, principalmente porque foi detectada alta carga dos transtornos mentais que ocorrem na infância e adolescência, o que reforça a necessidade de serviços de prevenção e tratamento voltados especificamente a esta faixa etária, atualmente pouco disponíveis no Brasil<sup>25</sup>.

A rede atual de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i) ainda é insuficiente e desigualmente distribuída. Sendo um serviço público predominantemente municipal, pode-se atribuir tal situação à ausência de decisão política e de investimento para ampliação dos serviços, além da escassez de psiquiatras gerais e de especialistas em psiquiatria infanto-juvenil. Esses profissionais situam-se em grandes centros urbanos, principalmente na região Sudeste, onde se concentram 76% das residências em psiquiatria<sup>26</sup>.

Outro ponto problemático para a configuração de redes integradas e regionalizadas refere-se ao subfinanciamento do setor público, a forte dependência do setor privado, a dificuldade de colaboração entre os municípios que estão sempre em conflito e competição, bem como à multiplicidade de instâncias responsáveis pela coordenação<sup>4</sup>. É importante destacar que o financiamento das redes temáticas no Brasil, a exemplo da RAPS, além de favorecer o modelo médico assistencial, por meio da transferência de recursos prioritariamente destinados ao cuidado em saúde de média e alta complexidade, parece tender às regiões privilegiadas, pois em grande parte, exige capacidade burocrática e financeira previamente existentes<sup>27</sup>. Essas disparidades agravam ainda mais as diferenças locoregionais, aprofundando os abismos da oferta de serviços e profissionais quando se comparam o sul-sudeste ao norte-nordeste do Brasil.

Diante de toda explanação apresentada, pode-se constatar o quanto a RAPS é complexa, tanto em sua proposta conceitual, como em função da implantação dos seus serviços substitutivos e, principalmente, no processo de implementação das práticas antimanicomiais. Ademais, os achados alertam para a necessidade de se perceber que a distribuição espacial da estrutura e recursos humanos da rede analisada potencializa as

desigualdades em saúde já existentes entre as regiões e vulnerabiliza as populações mais dependentes do serviço público de saúde.

Vale ressaltar que dispositivos como Ambulatórios Multiprofissional de Saúde Mental (as Unidades Especializadas em Saúde Mental) e os CAPS AD IV não foram especificamente abordados nesta pesquisa, revelando uma de suas restrições. Outras limitações desse estudo se referem à utilização de dados provenientes do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e em um período específico, já que as informações são o resultado do preenchimento de formulários, sendo passíveis a eventuais inconsistências nas bases de dados. No entanto, Rocha et al (2018) apontam que a utilização dessas informações permite obter dados precisos sobre uma grande quantidade de serviços, com a potencialidade de caracterizá-los quanto à sua infraestrutura, credenciamentos, localização e características de recursos humanos, possibilitando a instrumentalização dos gestores em saúde com dados capazes de subsidiar decisões baseadas em evidências<sup>28</sup>.

## CONCLUSÕES

O presente estudo trouxe a distribuição espacial de serviços e recursos humanos concernentes à Rede de Atenção Psicossocial em todo o país, graduada por nível de oferta. Além disso, abordou a realidade distributiva de outros tantos dispositivos de saúde comuns às demais redes de assistência, nas quais também estão inseridos os serviços de Atenção Primária, como as UBS e os NASF; da Atenção Secundária, no caso dos Pronto-Atendimentos e da Atenção Terciária, a exemplo do SAMU e dos Hospitais Gerais, todos estes analisados nesta produção. O que evidenciou a existência de vazios assistenciais na RAPS, principalmente para região Norte, com maior concentração de serviços e profissionais nas regiões Sul e Sudeste.

Esta pesquisa parte da perspectiva de que os fluxos de conexão, considerados como modo de funcionamento da atenção em saúde mental, estão na responsabilidade da força da ação dos trabalhadores, segundo a ideia de que todos são protagonistas no processo de cuidado, e, dessa forma, a consolidação da RAPS perpassa pela oferta equânime desses recursos humanos no território brasileiro. Estudos que abordem de forma sistemática a avaliação da RAPS, as relações entre a oferta dos serviços da Atenção Psicossocial e o perfil epidemiológico em saúde mental da população brasileira, poderão



elucidar as formas sob as quais o papel dessa rede temática é ou não exercido, subsidiando reformulações e acertos de rumo das políticas vigentes para a área, visando o incremento de sua eficácia. Além disso, ressaltamos a necessidade de formulação de indicadores, que utilizem múltiplas fontes de dados, e que sejam capazes de expressar, também, aspectos qualitativos da Atenção Psicossocial em nível populacional, bem como conhecer o dinamismo da RAPS, através de seus trabalhadores e usuários, considerando a sua complexidade como rede de serviços e todos os pontos que a compõem.

Outra sugestão seria o estabelecimento de políticas e iniciativas em termos de formação profissional, que induzam a valorização e fixação de força de trabalho técnico e superior em áreas com necessidades de recursos humanos; também de políticas para reestruturação física da RAPS. Quanto a esta questão, a Nota Técnica nº 11/2019 aponta para o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), instituído pela Portaria nº 281, de 27 de fevereiro de 2014, funcionando como ferramenta da gestão em saúde para solicitação de recursos que arquem com o custeio, implantação, habilitação ou credenciamento de equipes, unidades e serviços de saúde nos níveis de gerência Municipal, Estadual ou do Distrito Federal. Apesar do SAIPS ficar aberto a novos pedidos de maneira permanente no caso dos serviços e equipes da RAPS, as solicitações concernentes à área de Saúde mental, assim com as demais áreas do setor público de saúde, não têm aprovação imediata e estão sujeitas ao julgamento técnico, ao planejamento, às prioridades eleitas para a rede em questão, às contingências orçamentárias e à responsabilidade fiscal<sup>29</sup>.

Então vê-se necessário o empenho das governanças regionais, em articulação com instituições de ensino e pesquisa, tanto para o levantamento situacional das Regiões e Redes de Saúde no Brasil, aqui enfatizada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), quanto para o planejamento interventivo visando a resolução dos problemas encontrados, priorizando a satisfação de usuários, trabalhadores e uma estrutura física adequada à referida rede. É sabido que a Política Nacional de Saúde Mental trouxe importantes avanços quanto ao tratamento psicossocial, em detrimento aos métodos hospitalocêntricos e manicomiais, desde que foi instituída formalmente pela Lei 10.216/2001. No entanto, há um evidente movimento de retrocesso apoiado por decisões normativas nos últimos dois anos, começando em 2017, com a Portaria nº 3.588, e sacramentado pela Nota Técnica nº 11/2019. Em ambos os casos se nota a ascensão de uma política de saúde, sob a justificativa insipiente de base em evidências científicas, que

ressalta a conduta hospitalar e a adoção de meios invasivos (e torturantes) como a Eletroconvulsoterapia (ECT) no manejo àqueles em sofrimento mental grave e persistente.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Federal 10.216/2001. Dispõe sobre a Proteção e Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental. Diário Oficial da União. 06 abr 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 23 dez 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 28/04/2019.
3. Ferrazza DA, Rocha LC. Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira: história e âmbitos atuais de luta. *Rev Barbarói*. 2015;1(45):274-292. DOI: 10.17058/barbaroi.v0i0.5690
4. Macedo JP, Abreu MMD, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc*. 2017;26(1):155-170. DOI: 10.1590/s0104-12902017165827.
5. Santos RCA, Pessoa Junior JM, Miranda FAN. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. *Rev. gaúch. enferm*. 2018;39:e57448. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.57448.
6. Cunha AC, Massih Pio DA, Raccioni TM. Acompanhamento Terapêutico: Concepções e Possibilidades em Serviços de Saúde Mental. *Psicol. ciênc. prof*. 2017;37(3):638-651. DOI: 10.1590/1982-3703000092016.
7. Bernardi AB, Kanan LA. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. *Saúde em Debate*. 2015;39(107):1105-1116. DOI: 10.1590/0103-110420151070533.
8. Nóbrega MPSS, Domingos AM, Silveira ASA, Santos JC. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. *Rev. bras. enferm*. 2017;70(5):1016-1023. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0566.
9. Paschoalotto MAC, Passador JL, Oliveira LR, Lopes JEF, Dantas MK, Passador CS. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. *Saude soc*. 2018;27(1):80-93. DOI: 10.1590/s0104-12902018170095.

10. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. *Saúde em Debate*. 2015;39(107):984-996. DOI: 10.1590/0103-110420151070386.
11. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015;20(10):3243-3253. DOI: 10.1590/1413-812320152010.14612014.
12. Oliveira ATR, O'Neill MM, Silva MG. Distribuição espacial da população e dos serviços de saúde: as regiões de articulação urbana. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 37 p.
13. Bezerra MS, Jacob MCM, Ferreira MAF, Vale Diôgo, Mirabal IRB, Lyra CO. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Ciênc. Saúde Colet*. [periódico na internet] (2019/Fev). [Citado em 15/08/2019]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/inseguranca-alimentar-e-nutricional-no-brasil-e-sua-correlacao-com-indicadores-de-vulnerabilidade/17094?id=17094>.
14. Dimenstein M, Paulo Macedo J, Gomes M, Da Silva TM, Marinho De Abreu M. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no sus. *Salud soc*. 2018;9(1):70-85. DOI: 10.22199/S07187475.2018.0001.00004.
15. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc*. 2015;24(2):413-22. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200002.
16. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. saúde pública*. 2014;48(4):622-631. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005045.
17. Guimarães C, Pedro VMA, Rodrigo FS. Rede Urbana da Oferta de Serviços de Saúde: uma análise multivariada macro-regional-Brasil, 2002. *Rev de Desenvolvimento Econômico-RDE*. 2007; 9(16): 83-92.
18. Afonso DL, Perobelli FS. Distribuição da Oferta dos Serviços Públicos de Saúde nos Municípios Brasileiros (2007-2014). *Rev de Desenvolvimento Econômico-RDE*. 2018;2(40):212-234.
19. Paes MR, Silva TL, Chaves MMN, Maftum M. O Papel do Hospital Geral na Rede de Atenção à Saúde Mental no Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2013;12(2):407-412. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v12i2.14207.
20. Lopes CS, Hellwig N, E Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. *Int J Equity Health*. 2016 Nov 17;15(1):154. DOI: 10.1186/s12939-016-0446-1.

21. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J bras psiquiatr.* 2015; 64(1): 45-54. DOI: 10.1590/0047-2085000000056.
22. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA e Mainardi GM. *Demografia Médica no Brasil*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.
23. DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro. DIEESE: São Paulo-SP, 2016. 45p.
24. Mariotti M, Bernardelli R, Nickel R, Zeghbhi A, Teixeira M, Costa Filho R. Perfil profissional e sociodemográfico dos terapeutas ocupacionais do Estado do Paraná, Brasil. *Rev Ter Ocup Univ.* 2016; 27(3):313-21. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v27i3p313-321.
25. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney MNM, Melo APS. 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.* 2017;20,191-204. DOI: 10.1590/1980-5497201700050016.
26. Garcia GYC, Santos DN, Machado DB. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad. saúde pública.* 2015;31, 2649-2654. DOI: 10.1590/0102-311X00053515.
27. Duarte LS, Mendes ÁN. Questão territorial, processo de regionalização do SUS e financiamento das redes temáticas. *Rev. bras. promoç. saúde.* 2018;31(4):1-12. DOI: 10.5020/18061230.2018.8771.
28. Rocha TAH, Silva NC, Barbosa ACQ, Amaral PV, Thumé E, Rocha JV et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23:229-240. DOI: 10.1590/1413-81232018231.16672015.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 04 fev. 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 28/09/2019.

## 5.2. ARTIGO 2: PRODUÇÃO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE OFERTA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: UMA ABORDAGEM METODOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO DE REGIÕES E REDES DE ATENÇÃO

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** um dos pilares da avaliação das Redes de Atenção à Saúde é a análise da sua estrutura, a partir da oferta de serviços que a compõe. **OBJETIVO:** Produzir e validar o Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil. **MÉTODOS:** Estudo ecológico, onde foram analisadas 36 variáveis que refletem a estrutura e os recursos humanos da RAPS distribuídos por Regiões Imediatas de Articulação Urbana. Para a construção do índice sintético foi aplicada a técnica de Análise Fatorial exploratória e confirmatória, com validação de critério e constructo. **RESULTADOS:** O teste de esfericidade de *Bartlett* obteve  $p < 0,05$ , o KMO foi de 0,732, as comunalidades tiveram carga superior a 0,6. Foram extraídos sete fatores: Fator 1 (Perfil da Atenção Básica da RAPS); Fator 2 (Perfil da Equipe de Apoio da RAPS); Fator 3 (Perfil da Atenção Psiquiátrica da RAPS); Fator 4 (Perfil do Regime Residencial na RAPS); Fator 5 (Perfil dos CAPS); Fator 6 (Perfil de Residências Terapêuticas na RAPS) e Fator 7 (Perfil da Atenção Terciária da RAPS), explicando conjuntamente 70,5% da variância total. A distribuição espacial do indicador mostra que a oferta de Atenção Psicossocial é Muito Precária na Região Norte; de Precária a Regular na Região Nordeste; e Boa ou Muito Boa nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. A validação de critério mostrou que as categorias de oferta 'Bom' e 'Muito bom' estiveram relacionadas aos melhores indicadores socioeconômicos. **CONCLUSÕES:** a partir das variáveis elencadas, foi possível construir o Índice de Oferta da Atenção Psicossocial para o Brasil e validá-lo com base em dados socioeconômicos, sua distribuição espacial mostrou a existência de desigualdade na oferta e na organização dessa rede, com melhores níveis de oferta nas regiões mais desenvolvidas do Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Indicadores de Serviços; Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Mental; Regionalização; Análise Espacial.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** One of the pillars of the Health Care Networks evaluation is the analysis of its structure, based on the offer of services that compose it. **OBJECTIVE:** To produce and validate the Psychosocial Care Offering Index in Brazil. **METHODS:** Ecological study, which analyzed 36 variables that reflect the structure and human resources of RAPS distributed by Immediate Regions of Urban Articulation. For the construction of the synthetic index, the exploratory and confirmatory factor analysis technique was applied, with criterion and construct validation. **RESULTS:** Bartlett's sphericity test obtained  $p < 0.05$ , KMO was 0.732, commonalities had a load higher than 0.6. Seven factors were extracted: Factor 1 (RAPS Primary Care Profile); Factor 2 (RAPS Support Team Profile); Factor 3 (RAPS Psychiatric Care Profile); Factor 4 (Profile of Residential Regime in RAPS); Factor 5 (CAPS Profile); Factor 6 (RAPS Therapeutic Residency Profile) and Factor 7 (RAPS Tertiary Care Profile), together explaining 70.5%

of the total variance. The spatial distribution of the indicator shows that psychosocial care is very precarious in the northern region; from Precarious to Regular in the Northeast Region; and Good or Very Good in the Midwest, Southeast, and South Regions. Criterion validation showed that the 'Good' and 'Very Good' offer categories were related to the best socioeconomic indicators. **CONCLUSIONS:** From the listed variables, it was possible to construct the Psychosocial Care Supply Index for Brazil and validate it based on socioeconomic data, its spatial distribution showed the existence of inequality in the supply and organization of this network, with better levels of supply. in the most developed regions of Brazil.

**KEY WORDS:** Service Indicators; Health Services Evaluation; Mental Health Services; Regionalization; Spatial analysis.

## INTRODUÇÃO

O modelo organizacional da assistência em saúde pública no Brasil é operacionalizado através das redes regionalizadas de Saúde. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) e constituem-se como estratégia estruturante de enfrentamento à fragmentação da assistência e da gerência sanitária<sup>1</sup>. Elas são territorialmente organizadas a partir do conceito de Regionalização em Saúde, e organizam as ações e serviços do Sistema Único de Saúde segundo respectivas densidades tecnológicas, articulando-os através do apoio técnico, logístico e de gestão, intersetorialmente, a fim de garantir a integralidade do cuidado. Dentre as redes temáticas para assistência prioritária no Brasil destaca-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>2</sup>, destinada ao atendimento/acolhimento daqueles em sofrimento mental grave e persistente, ou em uso abusivo de álcool e outras drogas<sup>3</sup>.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída por pontos de apoio em todos os níveis de atenção à saúde. A atenção primária é composta pelas Unidades Básicas de Saúde, os Consultórios na Rua e os Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório. A atenção secundária é composta pelas Residências Terapêuticas em saúde mental e pelos Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades; e a Atenção terciária conta com o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e dos serviços de Pronto Atendimento, somados aos Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais<sup>4,5,6</sup>. Quanto aos recursos humanos, o processo de trabalho na Atenção Psicossocial assume o caráter de equipe multiprofissional e conta com um elenco de profissionais das mais diversas categorias formativas<sup>7,8</sup>.

Importantes desigualdades na organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) já foram constatadas em todos os níveis de assistência. Dentre os fatores que dificultam o processo de expansão, regionalização e interiorização da RAPS, impedindo a universalidade da assistência em saúde mental, destacam-se as dificuldades nas pactuações intermunicipais, as barreiras de acesso e à fraca articulação com a APS<sup>5,9</sup>. As dificuldades para a consolidação da RAPS se refletem no perfil epidemiológico da população brasileira. O Estudo de Carga Global de Doença (GBD) no Brasil, para o período 1990-2015, apontam que os Transtornos Mentais (TM) são a terceira causa de carga de doença no país, apresentando o *Disability-Adjusted Life Year* (DALY) de 9,5%, com destaque para os transtornos depressivos e de ansiedade<sup>10</sup>. Em relação ao suicídio, entre os anos 2000 e 2012, a taxa de mortalidade por esta causa, nos estados da região Norte do Brasil, cresceu 37,2%, passando de 3,8 para 5,3 óbitos por 100.000 habitantes<sup>11,12</sup>. Foram detectadas elevadas prevalências de transtornos mentais entre crianças e adolescentes no Brasil, com maiores frequências para diagnósticos como depressão, transtorno de ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), além dos transtornos por uso de substâncias e transtornos de conduta<sup>13</sup>.

A compreensão da perspectiva conceitual de complexidade da RAPS exige ferramentas inovadoras para o planejamento analítico e modelamento matemático, responsáveis pelo dimensionamento quantitativo da relação “consumo x produção” das ações/serviços de saúde quanto necessidades populacionais em territórios delimitados<sup>1</sup>. Na perspectiva da avaliação da qualidade das redes e serviços de saúde, o método avaliativo pode ser baseado na tríade “estrutura, processo e resultados”. Além disso, conceitua a qualidade em saúde segundo sete pilares, quais sejam: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Segundo a “Tríade Donabedian”, a estrutura está relacionada, principalmente, às condições físicas (prédios institucionais e insumos de trabalho); humanas (força de trabalho) e organizacionais (disposição de todos esses recursos), presentes na condução do cuidado em saúde<sup>14,15,16,17</sup>.

Atualmente, os avanços tecnológicos e o crescente uso da estatística para conversão de informações em dados numéricos vêm auxiliando a gestão do setor público através de indicadores quantitativos aplicados às diversas áreas administrativas de governança do Estado. Os indicadores sintéticos, que são medidas-síntese utilizadas para apreender uma determinada realidade ou dimensões do mundo social, podem ser aplicados em relação às dinâmicas de desenvolvimento de populações, espaços e

ambientes<sup>18</sup>. As propostas de construção de indicadores sintéticos em saúde podem ser consideradas como recurso estratégico que facilita o monitoramento e avaliação das redes de atenção, conforme os critérios de regionalização do SUS, por isso são ferramentas potentes no suporte ao planejamento gerencial em saúde pública<sup>19,20,21,22</sup>.

Por meio da avaliação em saúde mental a partir de índices sintéticos, pode-se refletir, elencar e discutir os principais desafios para implantação e implementação dos serviços e ações de saúde necessários às demandas dessa área. Sendo assim, a produção de conhecimento neste campo auxilia não somente no diagnóstico situacional da rede assistencial RAPS, mas também traz novas perspectivas no emprego dos resultados obtidos. É imprescindível evidenciar cada um de seus pontos de apoio e os recursos humanos a ela pertinentes, em todos os níveis de assistência.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi elaborar e validar o indicador sintético de Oferta da atenção psicossocial no Brasil por Regiões Imediatas de Articulação Urbana, considerando os seus principais componentes de estrutura e recursos humanos.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo ecológico, que considerou as 482 Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU) como unidades analíticas. Elas são estruturas a partir de aglomerados de centros urbanos que interagem para atender as demandas populacionais por serviços de saúde, educação e bens de consumo, além da busca por trabalho (OLIVEIRA, et al, 2017). Foram analisados os quantitativos de estrutura de serviços e recursos humanos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Para construção e validação do índice de oferta da Atenção Psicossocial no Brasil, foram coletados dados disponíveis nas páginas eletrônicas do Departamento de Informática do SUS (DataSUS – [www.datasus.saude.gov.br/](http://www.datasus.saude.gov.br/)), a partir da base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES – [www.cnes.datasus.gov.br/](http://www.cnes.datasus.gov.br/)), os indicadores socioeconômicos por município brasileiro foram extraídos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD - [www.br.undp.org/](http://www.br.undp.org/)), através do Atlas Brasil 2013 ([www.atlasbrasil.org.br](http://www.atlasbrasil.org.br)) e da pesquisa Regiões e Redes ([www.resbr.net.br/](http://www.resbr.net.br/)), e no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE -



ww2.ibge.gov.br/), que forneceu a base de dados geográfica das RIAU no Brasil. A busca das informações teve como referência o mês de junho de 2018.

A estrutura da RAPS compreendeu a análise de 27 indicadores, a saber: Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes dos Núcleos Ampliados da Saúde da Família (NASF I, II e III); Unidades Básicas de Saúde (UBS); Consultórios na Rua (CR); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, AD, AD III e i); Unidade de Acolhimento Adulto; Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil; Pronto-Atendimentos; equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Leitos Hospitalares em Hospital Dia e em Hospital Psiquiátrico; Hospital Geral, Hospital Dia e Hospital Especializado; Pronto Socorro Especializado e Pronto Socorro Geral, Residências Terapêuticas, Serviço Residencial Terapêutica Tipo I, Serviço Residencial Terapêutico Tipo II e Unidade de Atenção em Regime Residencial.

Em relação aos Recursos Humanos, foram analisados nove indicadores acerca da distribuição de categorias profissionais: Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem; Auxiliares de Enfermagem; Assistentes Sociais; Psicólogos; Terapeutas Ocupacionais (TO); Médicos da Família e Médicos Psiquiatras.

As variáveis socioeconômicas utilizadas para validação do indicador foram: % da população em domicílios com densidade > 2; % da população em domicílios com saneamento; % da população de 25 anos ou mais com fundamental completo; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); Índice de Gini; Razão 10% mais ricos / 40% mais pobres, e Taxa de Envelhecimento.

Para o cálculo do indicador de oferta, tanto de estrutura quanto de recursos humanos, dividiu-se o quantitativo de cada um desses componentes pelo total da população residente em cada RIAU em junho de 2018, multiplicado por 1000 habitantes ( $n^\circ \text{ oferta/população } 2018 * 1000 \text{ habitantes}$ ). A única exceção deste cálculo foi o indicador de oferta do SAMU, para o qual usou-se a base de 1.000.000 de habitantes.

Para a construção do IOAP, foi procedida a análise fatorial exploratória e confirmatória com os 36 indicadores por Regiões Imediatas de Articulação Urbana (RIAU) no Brasil. O método de Análise Fatorial empregado foi o de Análise dos Componentes Principais, que considerou a adequação das variáveis, resultando em um KMO (Kaiser-Meyer Olkin) acima de 0,60 e indicando que a Análise é apropriada para os dados. O Teste de Esfericidade de Barlett, com significância menor do que 0,05,

comprovou a hipótese de que a matriz de correlação não é uma matriz identidade, ou seja, que há correlação entre as variáveis. Na matriz de correlação, permaneceram no modelo as variáveis que apresentaram a Medida de Adequação da Amostra acima de 0,5. Na avaliação das Comunalidades, permaneceu no modelo a variável com valor acima de 0,5. O procedimento adotado para a rotação da matriz foi a Rotação Ortogonal Varimax. Foram extraídos os fatores que perfizeram uma variância acumulada acima de 60% e os valores com Eigenvalues acima de 1. Após a aplicação do modelo, foi obtida a Matriz dos Componentes Rotacionados<sup>23</sup>.

Identificados os fatores formados, realizou-se a análise individual de cada escore Z fatorial, através da distribuição espacial por RIAU no Brasil. Para esta análise, os escores fatoriais foram classificados por tercís, e a partir dessa classificação, as áreas foram classificadas para a oferta dos serviços e recursos humanos da RAPS como: (1) Precário; (2) Regular e (3) Bom.

Para a construção do Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil (IOAP-BR), foram somados os escores fatoriais de todos os fatores obtidos na análise exploratória. Após a obtenção do índice, os valores foram categorizados em quintis, sendo classificados como: (1) Muito Precário; (2) Precário; (3) Regular; (4) Bom e (5) Muito Bom. A partir dessa classificação, procedeu-se a distribuição espacial dessas categorias em um mapa coroléptico.

Para realizar a validação de critério do IOAP-BR, foram utilizadas as variáveis socioeconômicas descritas no Quadro 2. Com o intuito de verificar se há diferença significativa das médias de cada variável de acordo com as categorias do IOAP, foi aplicado o teste de Análise de Variância (ANOVA), utilizando o teste de Bonferroni para comparações a posteriori, considerando a diferença estatisticamente significativa quando  $p < 0,05$ .

Para a validação do construto, foi realizada uma amostragem aleatória simples de 60% das RIAU que compunham o banco inicial. Procedeu-se a Análise Fatorial, considerando todos os parâmetros descritos, a fim de verificar se haveria a formação dos mesmos fatores e se estes seriam compostos pelas mesmas variáveis. Além da composição dos fatores, analisada pelas cargas fatoriais de cada variável, também foram observadas as correlações anti-imagem, as comunalidades e a variância explicada pelo modelo.

Para a produção dos mapas temáticos foi utilizado o software Terraview 4.2.2 (INPE, 2011, Tecgraf PUC-Rio/FUNCAT, Brasil). Para a preparação e organização das tabelas do CNES foi utilizado o software Tabwin 3.6. Para a análise fatorial foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 25.0 (SPSS-25).

Nesta pesquisa foram utilizados dados secundários extraídas de sites oficiais abertos à consulta pública. Dessa forma, não houve necessidade de apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) como preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

Para a construção do índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil (IOAP-BR), a princípio, foram consideradas as 36 variáveis que representam a estrutura e os profissionais que compõem a RAPS. No entanto, sabe-se que a inclusão dessas variáveis na análise fatorial depende do teste de multicolinearidade, da estatística KMO e do teste de esfericidade de *Bartlett*<sup>24</sup>.

Assim, a partir dessas análises, identificou-se que o melhor modelo foi aquele composto por 19 variáveis, onde o teste de *Bartlett* mostrou-se significativo ( $p > 0,001$ ), rejeitando a hipótese nula de que a matriz de correlação é uma matriz identidade, e a estatística KMO, também, confirmou a adequabilidade do modelo, apresentando valor de 0,732. Portanto, a análise fatorial foi aplicada a esse modelo partindo dos valores da Medida da Adequação da Amostra e das comunalidades. Os valores encontrados para as comunalidades revelam que praticamente todas as variáveis têm sua variabilidade captada e representada pelos sete fatores, que foram extraídos pelo critério de Kaiser (Tabela 1).

Para interpretação e composição dos fatores extraídos foi considerada a matriz das cargas fatoriais rotadas (Tabela 1). Percebe-se que o Fator 1 (F1) está relacionado às variáveis: CAPS I/1000 hab.", "Médicos da Família/1000 hab.", "Equipes de NASF I/1000 hab.", "UBS/1000 hab." e "Agentes Comunitários de Saúde/1000 hab.". Esse fator foi renomeado de **Perfil da Atenção Básica da RAPS**. O Fator 2 (F2) foi o fator relacionado às variáveis "Pronto Atendimento/1000 hab.", "Psicólogos/1000 hab.", "Enfermeiros/1000 hab.", "Técnicos de Enfermagem/1000 hab." e "Assistente Social/1000 hab.". Esse fator foi nomeado de **Perfil da Equipe de Apoio da RAPS**. O

Fator 3 (F3) foi composto pelas variáveis: “Hospitais especializados/1000 hab.”, “Leitos psiquiátricos/1000 hab.” e “Psiquiatras/1000 hab.”. Esse fator foi nomeado de **Perfil da Atenção Psiquiátrica da RAPS**. O Fator 4 (F4) foi constituído pela variável “Assistência em Regime Residencial/1000 hab.” O fator 4 foi denominado de **Perfil do Regime Residencial na RAPS**. O Fator 5 (F5) agrupou as variáveis “CAPS AD/1000 hab.” e “CAPS II/1000 hab.” e foi denominado de **Perfil dos CAPS**. O Fator 6 (F6) foi formado pelas variáveis “Serviço de Residência Terapêutica Tipos I e II /1000 hab.” e foi denominado de **Perfil de Residências Terapêuticas na RAPS**. O Fator 7 (F7) foi composto unicamente pela variável “Hospital Geral/1000 hab.”, e foi denominado de **Perfil da Atenção Hospitalar da RAPS**.

A partir da classificação dos escores fatoriais em tercís, foi possível expressar a distribuição dos profissionais e da estrutura que compõem a RAPS. A distribuição dos fatores está apresentada na Figura 1. A análise da figura nos mostra a Região Nordeste se destaca com a melhor categoria no Perfil da Atenção Básica e no Perfil do Regime Residencial na RAPS. Por outro lado, a Região da Amazônia legal se destaca na pior categoria no Perfil da Atenção Psiquiátrica da RAPS, no Perfil de Residências Terapêuticas na RAPS e no Perfil da Atenção Terciária da RAPS. A Região Sul se destaca por apresentar a melhor categoria no Perfil da Atenção Psiquiátrica da RAPS e no Perfil da Atenção Terciária da RAPS.

A Figura 2 apresenta a composição final do Índice de Oferta da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil (IOAP-BR). O mapeamento deste índice nos mostra uma grande disparidade nesta oferta, com características de precariedade principalmente nas Regiões Norte, parte do Centro Oeste e no interior do Nordeste do Brasil. Por outro lado, as categorias Boa e Muito Boa oferta da RAPS estão distribuídas nas regiões Sul e Sudeste do país.

No processo de validação de critério, a comparação de médias dos valores das variáveis socioeconômicas de acordo com as categorias do IOAP-BR mostra que as categorias do índice conseguiram discriminar os níveis de desigualdade no Brasil, corroborando o observado nos mapas, para os quais a melhor oferta de Atenção Psicossocial está distribuída nas áreas de melhor desenvolvimento e menor desigualdade social. As variáveis que melhor foram discriminadas entre as categorias do índice foram: “Razão de Renda entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres”, “o índice de Gini”; %

da população em domicílios com densidade > 2”; “Taxa de Envelhecimento, e o “% da população em domicílios com saneamento” (Tabela 02).

No processo de validação de constructo, realizado com 283 unidades amostrais (60% das RIAU), o teste de *Bartlett* mostrou-se significativo ( $p > 0,001$ ), rejeitando a hipótese nula de que a matriz de correlação é uma matriz identidade, e a estatística KMO, também, confirmou a adequabilidade do modelo, apresentando valor de 0,741. Foram extraídos sete fatores, a semelhança do modelo original, e que juntos explicam 70,84% da variância (Tabela 03).

## DICUSSÃO

A formulação do Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil (IOAP-BR) confirma a desigualdade na disponibilidade do suporte da RAPS, em todos os seus níveis de cuidado, principalmente na região Norte do país. O Perfil da Atenção Primária à Saúde da RAPS apresentou melhor desempenho na Região Nordeste, corroborando com Macedo et al (2017), os quais afirmam que os dispositivos estruturais da APS apresentam maior abrangência territorial, com forte presença em municípios do interior do país, inclusive nos de pequeno porte populacional. Outro estudo de Macedo et al (2018) aponta que nos estados do Centro-Oeste e do Norte a quantidade de serviços referentes à APS é consideravelmente mais baixa, fato provavelmente justificado pelas menores concentrações populacionais nessas referidas localidades<sup>5,25</sup>. Perfil semelhante foi observado para a distribuição dos NASF, para os quais verificou-se que os NASF I são majoritariamente alocados em municípios interioranos (80%); as equipes de NASF III estão todas em cidades do interior, destas 99,8% são de pequeno porte<sup>6,9,25</sup>.

A Atenção Primária é a base de apoio da RAPS. Por muitas vezes os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os profissionais que fazem o atendimento inicial ao usuário com algum tipo de transtorno mental ainda em seu território. Eles dialogam com os demais pontos da rede através da dinâmica de matriciamento, mediada pelos NASF, como estratégia de referência e contra referência<sup>26</sup>. Em todo o território brasileiro existem por volta de 332.289 ACS, dos quais 46,2% estão lotados em cidades de pequeno porte e, 35,3% estão, especificamente, na Região Nordeste<sup>25</sup>.

A respeito da distribuição de médicos pelo Brasil, sem especificidade quanto às especialidades escolhidas, ressalta-se a desigualdade histórica na quantidade e na distribuição desses profissionais, pauta recorrente nos debates sobre recursos humanos em saúde. Dentre as 438 Regiões de Saúde brasileiras, no ano de 2014, cerca de 45% dos médicos assumiam múltiplos vínculos profissionais em serviços espalhadas pelas distintas governanças de saúde. O vínculo em mais de uma instituição foi mais elevado na 26ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul com taxas de 81,5%<sup>27</sup>.

Em relação aos vazios assistenciais encontrados nas análises de algumas variáveis, esses dados estão de acordo com a pesquisa que mostrou que as Equipes de Consultório na Rua estão ausentes em 98,4% dos municípios brasileiros<sup>25</sup>.

O Perfil da Equipe de Apoio da RAPS, neste estudo, foi formada pelas variáveis Pronto Atendimento, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Psicólogos e Assistentes Sociais. Este segundo fator esboçou melhores desempenhos para as Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Esses achados reafirmam o estudo que analisou a cobertura pelas Unidades de Pronto Atendimento, que é mais elevada na Região Centro-Oeste (63%)<sup>28</sup>.

Em relação à distribuição dos profissionais da equipe de enfermagem, estes se concentram, em sua maioria, em São Paulo (25,1%), Rio de Janeiro (12,5%), Minas Gerais (9,1%), Rio Grande do Sul (6,2%) e Bahia (5,8%), correspondendo a mais da metade dos mais de 1 milhão e 800 mil trabalhadores de enfermagem no Brasil. A região Norte conta com apenas 8% desses profissionais (MACHADO et al, 2016). Perfil semelhante foi observado para a psicologia brasileira, com 52% dos profissionais concentrados nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, enquanto os nove estados nordestinos, em conjunto, perfazem o total de 16% desses profissionais. A Região Norte do Brasil conta com 4% desses profissionais<sup>29</sup>.

Juntamente aos Psicólogos, os Assistentes Sociais aparecem tanto nos serviços de atenção psicossocial especializada (os CAPS, por exemplo), como nas equipes de apoio dentro da RAPS (é o caso dos NASF) e na atenção hospitalar. Essas duas especialidades técnicas também estão presentes nos serviços hospitalares e assumem a condução do acolhimento das pessoas em sofrimento mental, acessando terapêuticamente e, no caso dos Psicólogos, as circunstâncias que trazem o sentimento de angústia e reverberam as crises. Aos Assistentes Sociais está atribuída a função de resgate dos direitos civis desses

usuários, muitas vezes em violação, além do trabalho de restituição do vínculo familiar e com demais meios da rede, caso seja necessário<sup>30,31</sup>.

O Perfil da Atenção Psiquiátrica foi formado pelos Hospitais Especializados, Leitos Psiquiátricos e médicos Psiquiatras, e esse fator foi predominantemente precário na região Norte.

Em 2017 no Brasil, existiam 1.041 Hospitais Especializados, 5.118 Hospitais Gerais e 1.355 pertinentes às demais tipologias (Hospitais/Dia, Pronto Socorro Especializado, Pronto Socorro Geral e Unidades Mistas). Os Leitos Psiquiátricos, agora renomeados para “Leitos Psicossociais”, possuem 22% do montante nas capitais. Do total de leitos psicossociais, apenas 5,11% estão na Região Norte; por outro lado, as regiões sudeste e sul, em conjunto, contam com 75% desses leitos. Segundo a Nota Técnica nº 11/2019, o Brasil conta com uma cobertura deficitária em relação aos leitos em Hospitais Psiquiátricos e Enfermarias Especializadas em Hospitais Gerais. A taxa de oferta preconizada pelo Ministério da Saúde é de 0,45 leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes, mas o que há em tempos atuais é um índice de 0,1 leito por 1.000 habitantes. Quanto aos médicos psiquiatras, mundialmente, as melhores taxas desses profissionais por 100 mil habitantes estão na Suíça (51,0), seguida pela Finlândia e Noruega, ambos com taxa de 24,0. Países como Estados Unidos e Japão apresentam índices inferiores a 15,0. O Brasil configura-se entre os países com as piores distribuições de “psiquiatras/100mil habitantes, com taxa de 5,0; juntamente com Turquia e México, 4,0 e 1,0; respectivamente<sup>5,32,33,34</sup>.

O Fator 4, nomeado de Perfil de Regime Residencial na RAPS, incluindo somente o serviço de Unidade de Assistência em Regime Residencial, não apresentou expressivas diferenças quanto a sua distribuição espacial, já que essas variáveis apresentam precariedade na oferta em todo o território nacional, fazendo parte do rol de atributos do vazio assistencial. De acordo com a Portaria nº 856/12, atribui-se às Comunidades Terapêuticas (CT) o caráter de Unidade de Assistência em Regime Residencial. Isto posto, o estudo de Macedo et al (2018), sobre a regionalização da atenção psicossocial em álcool e outras drogas no Brasil mostrou que existem 1.863 CT alocadas em 713 municípios, predominantemente concertadas nas Regiões Sudeste (41,7%) e Sul (25,6%), com percentuais de 25,3% em cidades de pequeno porte e 25,2% em cidades de médio porte<sup>25,35</sup>.

O Perfil dos CAPS, denominado Perfil 5 na RAPS, englobou os CAPS II e os CAPS AD. Sua distribuição é mais dinâmica, com concentrações de oferta precária nas Regiões Centro-Oeste e Norte, a qual apresenta uma multiplicidade de níveis de cobertura, com pontos de abrangência precários, regulares e bons.

O estudo de Macedo et al (2017) aponta que dos 488 CAPS II existentes no Brasil, 95 (19,46%) estão nas capitais da Federação e 393 (80,53%) estão nas cidades do interior. A distribuição nacional desses serviços em Regiões Geográficas corresponde a: 6,76% na Região Norte; 29,50% na Região Nordeste; 5,53% na Região Centro-Oeste; 40,98% na Região Sudeste e 17,21% na Região Sul. Além disso, das 77 CIR, com número de habitantes condizentes com os parâmetros de implantação dos CAPS II (70 a 150 mil habitantes), 58 (75,32%) não contavam com modalidade de CAPS correspondente aos seus contingentes populacionais, sendo assistidas, especialmente, por CAPS I<sup>5</sup>.

A atenção psicossocial destinada, especificamente, aos casos de dependência química de álcool, crack e outras drogas é composta por 315 CAPS AD e 88 CAPS AD III, em sua maioria concentrados na Região Sudeste do país, sob as respectivas porcentagens, 42,9% e 32,9%. É notória a expansão da atenção aos casos de uso e abuso de drogas. No entanto cabe a ressalva de que, se considerarmos apenas os territórios com contingente populacional concernentes aos seus respectivos critérios de implantação (CAPS AD – 70 mil hab. e CAPS AD III – 150 mil hab.), ainda existe o número expressivo de municípios descobertos (50,6%) sem CAPS AD e 140 (79,1%) sem CAPS AD III<sup>25</sup>.

O sexto fator proveniente da análise estatística correspondeu ao Perfil de Residência Terapêutica na RAPS, incluindo os Serviços Residenciais Terapêuticos Tipos I e II. No mapa gerado neste estudo, apresenta áreas de precariedade na Região norte do Brasil, corroborado pelo estudo de Macedo et al (2017), que contabilizou 197 SRT, onde a região norte contou com apenas 1 (0,50%) do Tipo I e 7 (4,24%) do Tipo II<sup>5</sup>.

Por fim, o sétimo fator, nomeado Perfil da Atenção Terciária da RAPS, composto unitariamente pelo dispositivo Hospital Geral, com áreas de precariedade mais alarmantes nas Regiões Norte e Nordeste. Dados do ministério da saúde referentes ao Relatório de Gestão do ano 2017 dão conta de que, dos 5.118 Hospitais Gerais em funcionamento no Brasil, apenas 451 (8,81%) estão na Região Norte; seguidos dos 614 (11,99%) presentes



na Região Centro-Oeste; 915 (17,87%) na Região Sul; dos 1.456 (28,44%) alocados na Região Nordeste, e 1.682 (32,86%) estão presentes na Região Sudeste<sup>33</sup>.

As limitações desse estudo se referem à utilização de dados secundários provenientes do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), coletados em um período específico, passíveis a falhas humanas já que as informações são o resultado do preenchimento de formulários, resultando em eventuais inconsistências, que também acontecem em decorrência do subregistro das informações acerca da estrutura e recursos humanos da RAPS nos bancos de dados do SUS. Além da dificuldade em unir dados ainda não consolidados numa única ferramenta de busca do DataSUS, a exemplo dos CAPS, que não estão estratificados segundo respectivas modalidades. No entanto, Rocha et al (2018) apontam que a utilização dessas informações permite obter dados precisos sobre uma grande quantidade de serviços, com a potencialidade de caracterizá-los quanto à sua infraestrutura, credenciamento, localização e características de recursos humanos, possibilitando a instrumentalização dos gestores em saúde com dados capazes de subsidiar decisões baseadas em evidências<sup>36</sup>.

## CONCLUSÕES

Com as variáveis estudadas, foi possível construir e validar o Índice de Oferta da Atenção Psicossocial para o Brasil (IOAP-BR), e a partir de sua distribuição espacial, foi possível observar a existência de desigualdade na oferta e na organização dessa rede, com melhores níveis de oferta nas regiões mais desenvolvidas. Este trabalho mostra um recorte ampliado da situação organizacional das estruturas públicas de saúde, em seus níveis de assistência. Apesar de ter medido a oferta de serviços apenas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma das redes temáticas inclusas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), trouxe a realidade distributiva de outros tantos dispositivos de saúde comuns às demais redes de assistência. Nelas também estão inseridos os serviços de Atenção Primária, como as UBS e os NASF; da Atenção Secundária, no caso dos Pronto-Atendimentos e da Atenção Terciária, a exemplo do SAMU e dos Hospitais Gerais, todos estes analisados nesta pesquisa.

O índice produzido reafirma o impacto das características socioeconômicas sobre a distribuição da oferta de saúde pelo território brasileiro. Enfatizando os pontos de apoio

da RAPS, apresenta discrepâncias tanto entre os níveis de assistência, como entre as regiões federativas, para as quais a cobertura da Atenção Primária é mais abrangente e interiorizada, se comparada à cobertura dos serviços de atenção especializada e aqueles vinculados à atenção terciária; para as quais, as melhores ofertas assistenciais concentram-se nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, que abarcam maior aporte econômico.

O problema levantado representa uma falha da distribuição equânime da RAPS pelas regiões brasileiras, o que não significa, necessariamente, que os pontos identificados pelas “maiores ofertas” de determinados serviços/recursos humanos, os estejam ofertando efetivamente, ou seja, pode haver implantação, sem ocorrer a implementação. Estas são pontuações que requerem atenção especial da gerência de saúde, principalmente em nível local, cabendo às Comissões Intergestores Regionais (CIR) o levantamento da situação de saúde dos municípios que as compõem, verificando as potencialidades e fragilidades da rede e quais seriam os recursos disponíveis para implementar os respectivos pontos de assistência pertencentes àquele território.

Espera-se que o produto desta pesquisa contribua com os processos avaliativos em saúde pública, fomentando as discussões sobre oferta de serviços em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. O Índice de Oferta da Atenção psicossocial no Brasil (IOAP – BR) também pode servir de base para as gerências de saúde, quanto aos planejamentos estratégicos para expansão dos serviços e recursos humanos da RAPS. Como sugestão para pesquisas futuras, é preciso conhecer o dinamismo da RAPS *in loco*, através de seus trabalhadores e usuários, considerando a sua complexidade e todos os pontos que a compõem.

## REFERÊNCIAS

1. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1791-1798, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 31 dez 2010.

3. Fidelis AC. Sentido do Cuidado em Saúde Mental: sobre a Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único De Saúde (SUS). *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. 2018; 4(16):561-582. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00126>.
4. Braga TBM, Farinha MG. Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica: Desafios e Perspectivas. *Rev. da Abordagem Gestáltica*. 2018; 24(3):366-378. DOI: 10.18065/RAG.2018v24n3.11.
5. Macedo JP, Abreu MMD, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc*. 2017;26(1):155-170. DOI: 10.1590/s0104-12902017165827.
6. Orué AL, Souza AS, Ferta AA, Nascimento DDG, Santos MLM. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: revisão integrativa da literatura. *Rev Saúde em Redes*. 2018; 4(3):159-177. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n3p159-177>.
7. Bernardi AB, Kanan LA. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. *Saúde em Debate*. 2015;39(107):1105-1116. DOI: 10.1590/0103-110420151070533.
8. Fortes FLS, Peres MAA, Santos TCF, Martins GCS, Montenegro HRA, Almeida Filho AJ. Enfermeiro em saúde mental: concepções sobre qualificação profissional em um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Rene*. 2017; 18(6):763-70. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000600009.
9. Dimenstein M, Paulo Macedo J, Gomes M, Da Silva TM, Marinho De Abreu M. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no sus. *Salud soc*. 2018;9(1):70-85. DOI: 10.22199/S07187475.2018.0001.00004.
10. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo AP. 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*. 2017;20(1):191-204. DOI: 10.1590/1980-5497201700050016.
11. Lopes CS, Hellwig N, E Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. *Int J Equity Health*. 2016 Nov 17;15(1):154. DOI: 10.1186/s12939-016-0446-1.
12. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J bras psiquiatr*. 2015; 64(1): 45-54. DOI: 10.1590/0047-2085000000056.
13. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(4):360-72. DOI: 10.1590/0047-2085000000046.
14. Bueno MC. A avaliação da Qualidade em Saúde! Blog da Qualidade - Sistema de Gestão. 2016. Disponível em: <<https://blogdaqualidade.com.br/avaliacao-da-qualidade-em-saude/>>. Acesso em: 01/08/2019.

15. Ramos D. Saúde: os 7 Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian. Blog da Qualidade - Cultura Organizacional. mar/2017. Disponível em: <<https://blogdaqualidade.com.br/saude-os-7-pilares-da-qualidade-de-avedis-donabedian/>>. Acesso em: 01/08/2019.
16. Donabedian A. The Quality of Care How Can It Be Assessed? JAMA 1988; 260 (12): 1743-1748. DOI: 10.1001 / jama.1988.03410120089033.
17. Donabedian A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. Chicago. 1990; 114:115-1118.
18. Barbosa IR, Gonçalves RCB, Santana RL. Mapa da vulnerabilidade social do município de Natal-RN em nível de setor censitário. J Hum Growth Dev. 2019; 29(1): 48-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.157749>.
19. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saúde Soc. 2015;24(2):413-22. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200002.
20. Uchimura LYT, Felisberto E, Fusaro ER, Ferreira MP, Viana AL. Avaliação de desempenho das regiões de saúde no Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 17 (Supl.1): S271-S282 out. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304201700S100012>.
21. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. Saúde em Debate. 2015;39(107):984-996. DOI: 10.1590/0103-110420151070386.
22. Medeiros CRG, Gerhardt TE. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. Rev Saúde Debate [Internet]. 2015;39(spe):160-170. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005201.
23. Hair Jr. JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6.ed. Porto Alegre, Bookman, 2009. 688p.
24. Fávero LPL, Belfiore PP, Silva FL da, Chan BL. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. 2009.
25. Macedo JP, Abreu MM, Dimenstein M. A regionalização da atenção psicossocial em álcool e outras drogas no Brasil. Rev. Tempus, actas de saúde colet. 2018;11(3):144-162. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i3.243>.
26. Goulart MSB. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. Rev. Inter. Psic. 2015; 8(2): 194-213.
27. Seixas PHD, Silvestre DAMM, Viana ALD, Uchimura LYT, Pereira APCM. Movimentação médica no Brasil. [periódico na internet] (2015/Nov). [Citado em 15/08/2019]. Está disponível em: <http://www.resbr.net.br>.

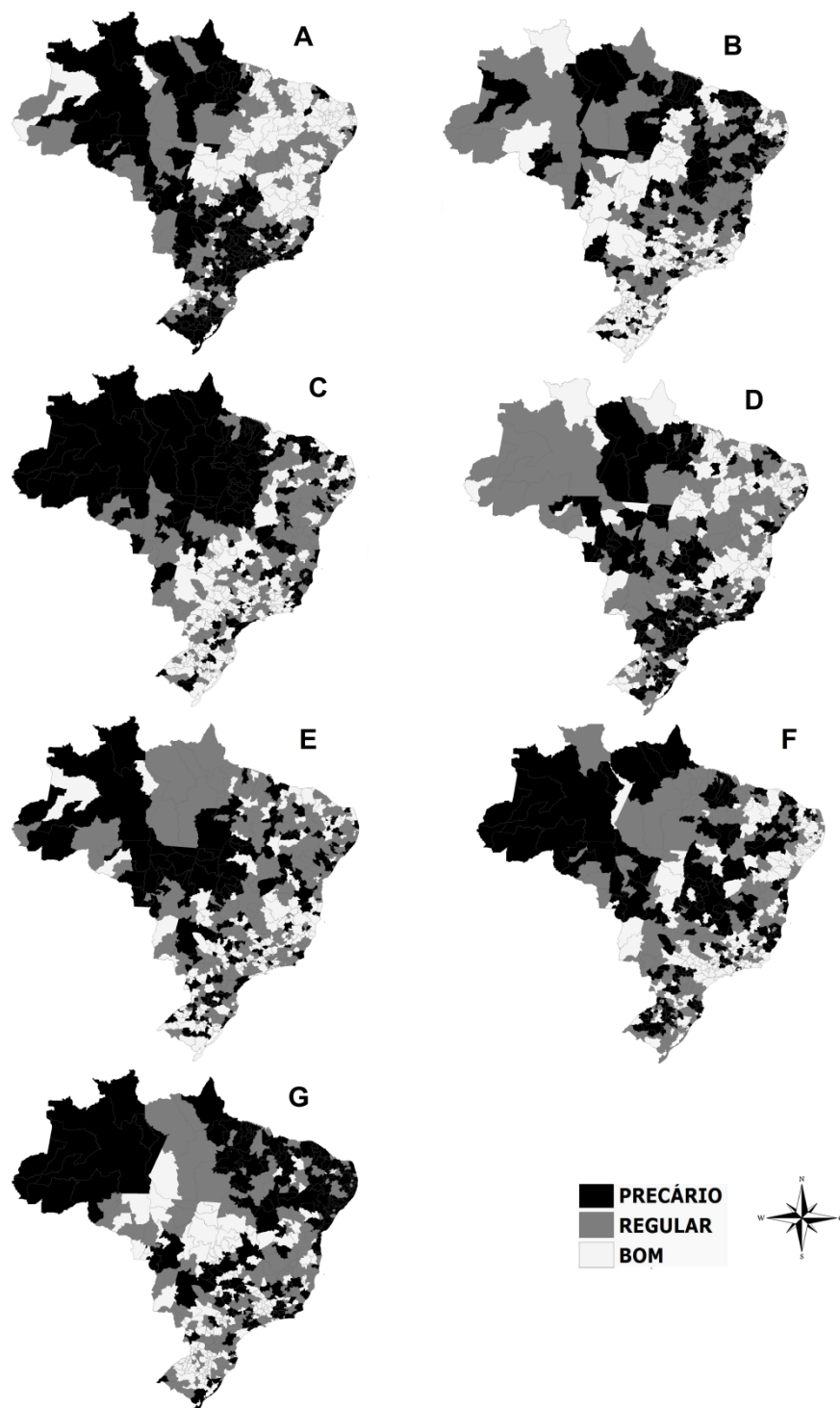
- 28.** Afonso DL, Perobelli FS. Distribuição da Oferta dos Serviços Públicos de Saúde nos Municípios Brasileiros (2007-2014). *Rev de Desenvolvimento Econômico-RDE*. 2018;2(40):212-234.
- 29.** Conselho Federal de Psicologia. A psicologia Brasileira apresentada em números. Disponível em < <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>>. Acessado em: 02.08.2019.
- 30.** Guimarães SB, Oliveira IF, Yamamoto, OH. As práticas dos Psicólogos em Ambulatórios de Saúde Mental. *Rev. Psicologia & Sociedade*. 2013;25(3): 664-673.
- 31.** Gomes TFS, Silva MHC. Intervenção do Assistente Social na Saúde Mental: Um Relato de Experiência. *Rev. Barbarói*. 2017;(50):190-206. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.9034>.
- 32.** Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica N° 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 04 fev. 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 28/09/2019.
- 33.** Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA e Mainardi GM. *Demografia Médica no Brasil*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.
- 34.** Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão - 2017. Secretaria de Atenção à Saúde. 2018. 1458 p.
- 35.** Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 856/2012. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 23 ago. 2012.
- 36.** Rocha TAH, Silva NC, Barbosa ACQ, Amaral PV, Thumé E, Rocha JV et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23:229-240. DOI: 10.1590/1413-81232018231.16672015.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

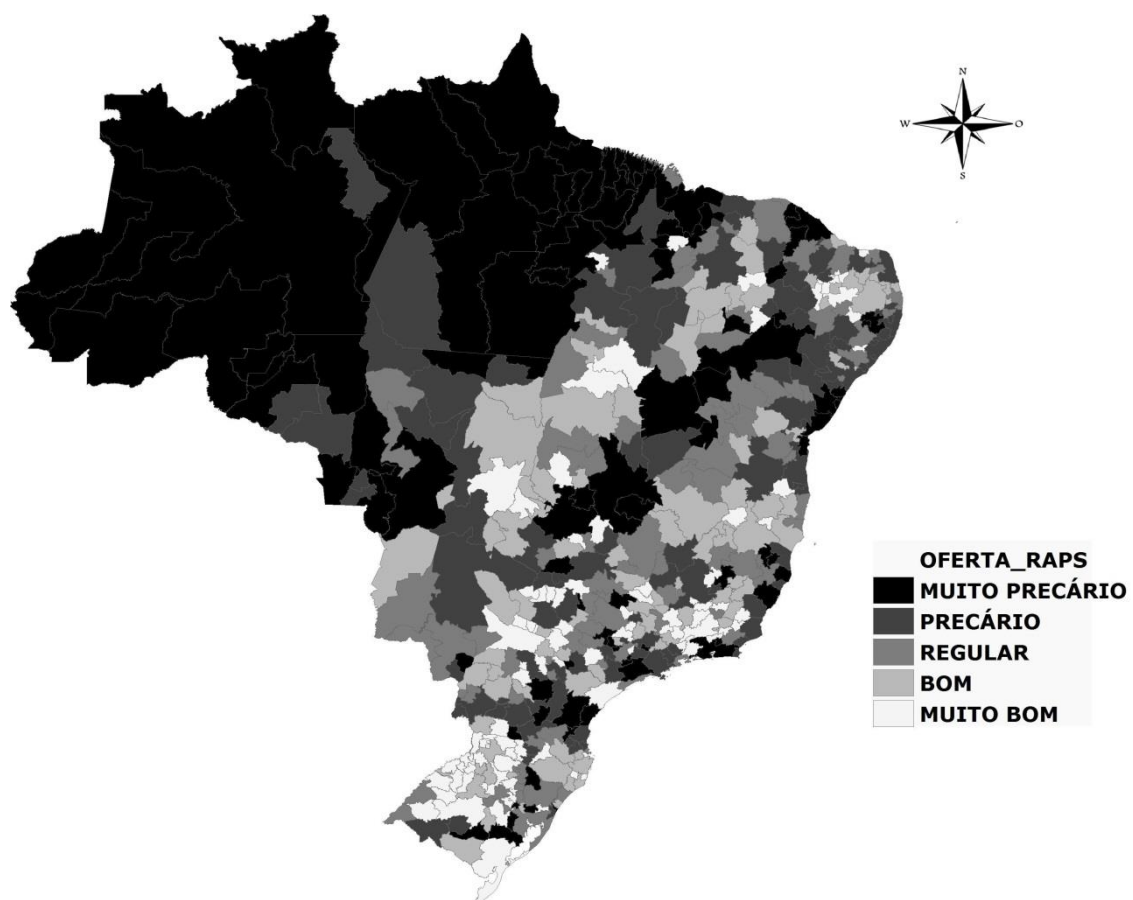
**Tabela 01: Parâmetros da Análise Fatorial: correlação anti-imagem e comunalidades das variáveis no modelo final, raiz característica, percentual da variância explicado por cada fator e variância acumulada.**

VARIÁVEIS	FATORES							Correlação Anti-imagem	Comunalidades
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7		
CAPS Tipo I	<b>00,464</b>	-0,029	00,101	00,027	-0,437	00,319	00,238	0,746	0,576
CAPS Tipo II	00,026	00,099	-0,098	-0,029	<b>00,837</b>	00,172	-0,106	0,532	0,762
CAPS AD	00,046	00,010	00,251	00,008	<b>00,796</b>	00,007	00,027	0,618	0,700
Assistente Social	00,169	<b>00,689</b>	00,167	00,030	-0,022	00,176	-0,231	0,778	0,616
Técnico de Enfermagem	-0,219	<b>00,743</b>	00,146	00,088	00,013	-0,152	-0,065	0,791	0,656
Agente Comunitários Saúde	<b>00,810</b>	-0,198	-0,267	-0,051	-0,090	-0,038	00,064	0,828	0,784
Médicos da Família	<b>00,830</b>	00,098	-0,025	-0,044	00,080	-0,119	00,189	0,788	0,758
Psiquiatras	-0,292	00,425	<b>00,642</b>	00,015	00,167	00,099	00,098	0,793	0,725
Psicólogos	-0,280	<b>00,542</b>	00,499	00,074	00,146	00,092	00,299	0,799	0,747
Enfermeiros	00,022	<b>00,827</b>	00,267	-0,011	00,021	00,011	-0,135	0,766	0,774
Pronto-Atendimento	-0,090	<b>00,533</b>	-0,174	-0,090	00,080	-0,051	00,174	0,724	0,570
UBS	<b>00,814</b>	-0,019	-0,048	-0,022	00,046	-0,004	00,287	0,847	0,749
Equipes NASF Tipo I	<b>00,766</b>	-0,156	-0,117	-0,035	00,014	-0,014	-0,304	0,811	0,719
Unidade de Atenção em Regime Residencial	-0,051	-0,010	00,001	<b>00,971</b>	-0,005	00,018	00,020	0,506	0,947
Serviço Residencial Terapêutico Tipo I	-0,060	00,054	-0,123	-0,053	00,116	<b>00,827</b>	-0,062	0,526	0,725
Serviço Residencial Terapêutico Tipo II	-0,055	-0,069	00,276	00,099	00,015	<b>00,771</b>	-0,003	0,619	0,689
Leitos Psiquiátricos	-0,099	00,098	<b>00,802</b>	-0,033	00,014	00,050	-0,135	0,765	0,684
Hospital Especializado	-0,058	00,161	<b>00,452</b>	-0,036	-0,037	-0,002	-0,662	0,737	0,675
Hospital Geral	00,231	-0,015	00,099	-0,005	-0,154	-0,058	<b>00,649</b>	0,585	0,512
<b>Raiz Característica</b>	30,140	20,597	10,931	10,931	10,639	10,506	10,371		
<b>Variância Explicada Pelo Fator</b>	15,699	12,984	90,657	90,655	80,194	70,532	60,857		
<b>Variância Acumulada</b>	15,699	28,682	38,339	47,994	56,188	63,721	<b>70,578</b>		

**Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 7 iterations.**



**Figura 1: Distribuição Espacial dos fatores extraídos por Região Imediata de Articulação Urbana no Brasil para o ano 2018. (A) F1 - Perfil da Atenção Básica da RAPS; (B) F2 - Perfil da Equipe de Apoio da RAPS; (C) F3 - Perfil da Atenção Psiquiátrica da RAPS; (D) F4 - Perfil do Regime Residencial na RAPS; (E) F5 - Perfil dos CAPS; (F) F6 - Perfil de Residências Terapêuticas na RAPS; (G) F7 - Perfil da Atenção Hospitalar da RAPS.**



**Figura 2: Distribuição do Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil (IOAP-BR) de acordo com as Regiões Imediatas de Articulação Urbana para o ano 2018.**



**Tabela 02: Validação de Critério do Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil: comparação de médias dos indicadores socioeconômicos de acordo com as categorias do índice.**

VARIÁVEIS	Índice de Oferta da Atenção Psicossocial					F	p-valor*
	MUITO PRECÁRIO	PRECÁRIO	REGULAR	BOM	MUITO BOM		
% da população em domicílios com densidade > 2	34,54 <sup>a</sup>	26,54 <sup>b</sup>	23,75 <sup>b,c</sup>	21,36 <sup>c,d</sup>	17,98 <sup>d</sup>	35,175	<0,0001
% da população em domicílios com saneamento	72,32 <sup>a</sup>	83,15 <sup>b</sup>	82,44 <sup>b</sup>	87,58 <sup>b,c</sup>	91,96 <sup>c</sup>	17,726	<0,0001
% de 25 anos ou mais com fundamental completo	40,08 <sup>a</sup>	40,81 <sup>a</sup>	38,69 <sup>a</sup>	38,76 <sup>a</sup>	42,56 <sup>a</sup>	2,385	0,050
IDHM	0,66 <sup>a</sup>	0,68 <sup>a</sup>	0,68 <sup>a</sup>	0,69 <sup>a</sup>	0,72 <sup>b</sup>	8,783	<0,0001
Índice de Gini	0,54 <sup>a</sup>	0,52 <sup>b</sup>	0,51 <sup>c</sup>	0,50 <sup>c,d</sup>	0,49 <sup>d</sup>	21,155	<0,0001
Razão 10% mais ricos / 40% mais pobres	18,86 <sup>a</sup>	15,78 <sup>b</sup>	15,02 <sup>c</sup>	14,04 <sup>b,d</sup>	12,75 <sup>d</sup>	24,374	<0,0001
Taxa de envelhecimento	6,22 <sup>a</sup>	7,25 <sup>b</sup>	8,00 <sup>c</sup>	8,46 <sup>c</sup>	9,35 <sup>d</sup>	53,601	<0,0001

**ANOVA: \* Estatisticamente significativo  $p < 0,05$ . As letras indicam as diferenças entre as categorias (a ≠ b ≠ c ≠ d ≠ e)**

**Tabela 03: Validação de constructo do Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil: correlação anti-imagem, comunalidades, cargas fatoriais, variância total e variância explicada por cada fator.**

VARIÁVEIS	FATORES							Correlação Anti-Imagem	Comunalidades
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7		
CAPS Tipo I	<b>00,532</b>	-0,051	0,072	00,280	-0,395	00,128	00,220	0,734	0,590
Médicos da Família	<b>00,811</b>	00,102	-0,008	-0,126	00,156	00,213	-0,064	0,776	0,758
NASF Tipo I	<b>00,780</b>	-0,150	-0,192	-0,038	-0,049	-0,303	-0,026	0,806	0,764
UBS	<b>00,808</b>	-0,008	-0,041	-0,031	00,080	00,273	-0,009	0,842	0,737
Agentes Comunitários de Saúde	<b>00,777</b>	-0,133	-0,363	-0,012	-0,064	00,069	-0,118	0,826	0,776
Psicólogos	-0,265	00,395	<b>00,689</b>	00,045	00,129	00,266	00,140	0,780	0,811
Enfermeiros	00,068	<b>00,835</b>	00,277	00,026	00,006	-0,068	-0,026	0,735	0,784
Assistente Social	00,052	<b>00,677</b>	00,156	00,171	00,030	-0,168	00,038	0,796	0,545
Técnico de Enfermagem	-0,166	<b>00,762</b>	00,169	-0,109	-0,011	-0,082	00,108	0,740	0,667
Pronto Atendimento	-0,076	<b>00,587</b>	-0,030	-0,065	00,101	00,173	-0,130	0,745	0,413
Serviço Residencial Terapêutica Tipo I	-0,032	-0,002	-0,007	<b>00,864</b>	00,146	-0,046	-0,101	0,523	0,782
Serviço Residencial Terapêutico Tipo II	-0,057	00,011	00,113	<b>00,853</b>	-0,024	00,017	00,136	0,551	0,763
Hospital Especializado	-0,116	00,187	<b>00,365</b>	00,017	-0,023	-0,637	-0,201	0,733	0,628
Psiquiatras	-0,205	00,273	<b>00,794</b>	00,094	00,160	00,033	00,074	0,784	0,788
Leitos Psiquiátricos	-0,047	00,093	<b>00,770</b>	00,029	-0,064	-0,288	-0,124	0,767	0,706
Unidade de Atenção em Regime Residencial	-0,077	-0,005	-0,002	00,028	-0,014	-0,016	<b>00,921</b>	0,549	0,855
CAPS AD	00,072	00,030	00,245	-0,076	<b>00,798</b>	-0,057	00,094	0,625	0,721
CAPS Tipo II	00,006	00,086	-0,094	00,276	<b>00,814</b>	-0,074	-0,094	0,508	0,770
Hospital Geral	00,197	00,016	00,082	-0,012	-0,189	<b>00,708</b>	-0,145	0,552	0,603
<b>Raiz Característica</b>	30,03	20,42	20,22	10,71	10,61	10,37	10,09		
<b>Variância Explicada Pelo Fator</b>	15,94	12,72	11,71	90,01	80,47	70,23	50,75		
<b>Variância Acumulada</b>	15,94	28,66	40,37	49,38	57,85	65,09	<b>70,84</b>		

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 7 iterations.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das limitações quanto às eventuais falhas no cadastro de dados nas bases oficiais consultadas, ou ainda durante a montagem do banco de dados utilizado para este trabalho, sua execução cumpriu com os objetivos traçados ainda na fase de projeto de pesquisa. A partir do método aplicado foi possível produzir e validar o Índice de Oferta da Atenção Psicossocial no Brasil (IOAP-BR), além de analisar, isoladamente, a distribuição territorial de cada uma das variáveis pertinentes aos grupos de serviços e recursos humanos da RAPS.

O IOAP-BR reafirma o impacto das características socioeconômicas sobre a distribuição de serviços e recursos humanos em saúde pelo território brasileiro. Enfatizando os pontos de apoio da RAPS, apresenta discrepâncias tanto entre os níveis de assistência, como entre as regiões federativas, para as quais a cobertura da Atenção Primária é mais abrangente e interiorizada, se comparada à cobertura dos serviços de Atenção Especializada e de Atenção Terciária; e as melhores ofertas assistenciais da rede, propriamente dita, concentram-se nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, que abarcam maior aporte econômico.

Esta pesquisa traz contribuições para os processos avaliativos em Saúde Pública, sugerindo que a metodologia empregada no IOAP-BR pode ser aplicada localmente, de acordo com os domínios de gerência das Comissões Intergestores Regionais (CIR), em cada estado, decifrando o contexto de assistência em saúde (mental) pertencentes a cada um deles, mostrando quais seriam as fragilidades a serem enfrentadas e as potencialidades a serem incentivadas. O IOAP-BR trouxe uma visão global da oferta/desempenho da RAPS em todo o Brasil, mas não tem o alcance necessário para a formulação de ações elucidativas e plenamente factíveis às “microrrealidades” regionais presentes num país tão diverso. No entanto, é um bom ponto de partida para futuras pesquisas avaliativas em relação à rede de saúde mental dos entes federativos menores, podendo, por exemplo, ser confrontado com o dinamismo operacional da RAPS *in loco*. Seus achados podem, ainda, subsidiar a gestão e o planejamento em saúde pública quanto a distribuição equânime dos pontos de assistência da RAPS, sugerindo, também, políticas de otimização dos recursos estruturais e humanos já existentes; ou, ainda, incentivo formativo e financeiro, principalmente em regiões longínquas e interioranas.

Outra sugestão interessante seria a aplicabilidade do índice de oferta já existente como subsídio de estudos epidemiológicos, com o propósito de correlacionar a prevalência de transtornos e agravos da saúde mental ao desempenho da distribuição territorial dos pontos de apoio da RAPS. Esta seria uma forma de investigar se o papel dessa rede temática é ou não exercido, subsidiando reformulações e acertos no rumo das políticas vigentes para a área, visando o incremento de sua eficácia.

Diante dessa explanação, pode-se constatar o quanto a RAPS sofre o impacto direto dos contextos situacionais particulares a cada Região brasileira. A consolidação desta rede requer a construção de fluxo entre a Atenção Primária – Atenção Psicossocial – Atenção Hospitalar – Estratégias Desinstitucionalizantes, tendo, cada um destes, as suas potencialidades e fragilidades para manutenção de uma assistência em saúde mental de qualidade, com base comunitária, considerando as particularidades de cada território. Também requer o preparo técnico-científico dos recursos humanos que fazem a sua força de trabalho, visando ultrapassar os “vícios” trazidos do arranjo biomédico-asilar, dada a recente implantação/implementação do conceito psicossocial, em comparação ao modelo histórico da Psiquiatria Tradicional, com profissionais remanescentes ainda na ativa.

No entanto, os paradigmas da assistência em saúde mental, iniciados pelas lutas para Reforma Psiquiátrica, estão longe de serem elucidados. Atualmente vivemos um momento de pleno retrocesso, perigosamente legitimado em documentos ministeriais, claramente construídos em desrespeito ao Controle Social, favorecendo uma minoria descomprometida com a Atenção Psicossocial no país, mas que detém o poderio decisório nas Esferas Estatais. Ao meio acadêmico, principalmente na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva cabe o olhar atento aos textos normativos, que seguem um caminho obscuro, tendendo ao desmonte do SUS. Apesar do já evidente descaso do Governo Federal ao incentivo à pesquisa científica, principalmente aos assuntos que despertem a crítica social, precisamos persistir firmes, realizando trabalhos de qualidades e de baixo orçamento. Mas que possam servir de ferramentas argumentativas que consigam conter, ou até mesmo destituir, decisões normativas que firam os preceitos do Direito Universal à Saúde traçados na Constituição de 1988.

Logicamente, não consideramos este trabalho como ponto finito na busca por melhorias na assistência pública em saúde mental, aqui apresenta-se apenas uma amostra estática, baseada em como a RAPS aparece nos Sistemas de Informações do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. D. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1055-1064. 2017.

ALVES, D. S. N. Prefácio à Edição Brasileira. In: DESVIAT. M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 13-14.

AMARAL, C. E. M. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 22, n. 66, p. 801-2, 2018.

AMARANTE, P. A ameaça “técnica” da Indústria da Loucura. **RADIS**, n. 198, p. 35, mar. 2019.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-74, 2018.

ANDRADE, A. C. As cidades médias e suas inserções nos espaços regionais: O contexto do sul de Minas. **Revista Territorium Terram**, v. 3, n. 5, p. 64-79, jan-jun, 2015.

ARANTES, L. J. et al. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510. 2016.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARAÚJO, D. E. et al. Avaliação do desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. 2016 jul.-set.; 10(3) | [www.reciis.iciet.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278. Fiocruz, 1997. 132p. il.

- ARGILES, C. T. L. et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2049-58, 2013.
- AZEVEDO, E. B. et al., Concepção dos Profissionais da Atenção Psicossocial sobre Inclusão Social. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 288-95, abr./jun. 2013.
- AZEVEDO, E. B. et al., Tecendo práticas intersetoriais em Saúde Mental para pessoas em sofrimento psíquico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, p. 612-23, jun. 2014.
- BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Revista Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 1105-16, Rio de Janeiro, out./dez. 2015.
- BEZERRA, M. S. et al. Insegurança alimentar e nutricional no brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, fev. 2019. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/inseguranca-alimentar-e-nutricional-nobrasil-e-sua-correlacao-com-indicadores-de-vulnerabilidade/17094?id=17094>>. Acesso em: 15/05/2019.
- BITOUN, J. et al. Cidades Médias no Brasil: Heterogeneidade, Diversidade, e Inserção nos Espaços Rurais Brasileiros. In: MATURANA, F. et al (editores). **Sistemas urbanos y ciudades medias en Iberoamérica**. Santiago, Chile: Impresión Gráfica LOM, 2017. p. 44-77.
- 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. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, 191-204 2017.
- BONFADA, D. et al. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Conhecimentos dos Profissionais de Saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 227-33, abr./jun. 2013.
- BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRAGA, T. B. M. e FARINHA, M. G. Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica: Desafios E Perspectivas. **Revista da Abordagem Gestáltica**. v. 25, n. 3, p. 366-78, set./dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DECRETO Nº 7.508 DE 28 DE JUNHO DE 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 28/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. acesso em: 28/11/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 10.758, 31 DE JULHO DE 2003**. Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 31 jul. 2003 Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm)>. Acesso em: 03/05/20019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 04 fev. 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 28/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 29 set. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)>. Acesso em: 28/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO 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. Brasília, DF, 29 set. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)>. Acesso em: 28/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.220, 07 DE NOVENBRO DE 2000.** Inclui nas Tabelas de Serviços e de Classificação do SIA/SUS, o Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental. Brasília, DF, 07 nov. 2000. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-321.html>>. Acesso em: 03/05/20019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000.** Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília, DF, 11 fev. 2000. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em: 03/05/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF, 26 jan. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)>. Acesso em: 01/05/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 03/10/20019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.841, DE 20 DE SETEMBRO DE 2010.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III. Brasília, DF, 21 set.



2010. Disponível em: <[http://www.normas.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/35293614](http://www.normas.gov.br/materia/-/asset_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/35293614)>. Acesso em: 28/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 23 dez. 2011.

Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 28/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 21 dez. 2017. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 01/05/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 27/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em:

<[http://www.normas.gov.br/materia//asset\\_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/35293614](http://www.normas.gov.br/materia//asset_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/35293614)>. Acesso em: 28/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 856, DE 22 DE AGOSTO DE 2012.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 23 ago. 2012. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html)>. acesso em: 26/08/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO - 2017**. Brasília: SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. 2018. 1458 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos**. 2019. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 01/05/2019.

BUENO, M. C. A avaliação da Qualidade em Saúde! Blog da Qualidade - Sistema de Gestão. nov/2016. Disponível em: <<https://blogdaqualidade.com.br/avaliacao-da-qualidade-em-saude/>>. Acesso em: 01/08/2019.

BURGOS, M. S. et al. Reformul(ação) aa Saúde Mental: Experiência de Profissionais Implicados na Implantação de Leitos de Atenção Integral. **Revista de Psicologia Hospitalar**, v. 14, n. 1, p. 27-52, 2016.

CARDOSO, A. J. C. et al. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Revista Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 57-63. Brasília, mar, 2014.

CECCON, R. F. et al. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2225-2234, 2014.

CIRILO NETO, M.; DIMENSTEIN, M. Saúde Mental em Contextos Rurais: o Trabalho Psicossocial em Análise. **Psicologia: Ciência e Profissão** v. 37 n°2, 461-474, abr./jun. 2017,

CLEMENTE, A. et al. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória/ES. **Revista Polis e Psique**, v. 1, n. 3, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A psicologia Brasileira apresentada em números**. Disponível em < <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>>. Acessado em: 02.08.2019.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p. il.

- COSTA, P. H. A. et al. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3243-53, 2015.
- COUTINHO, D. C. M.; SANTOS, R. O trabalho do/a assistente social na saúde mental: atribuições privativas e competências profissionais em debate. **Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias**, v. 03, n. 1, jan./jun. 2016.
- CUNHA, A. C.; PIO, D. A. M; RACCIONI, T. M. Acompanhamento Terapêutico: Concepções e Possibilidades em Serviços de Saúde Mental. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 638-51, jul./set. 2017.
- DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro**. DIEESE: São Paulo-SP, 2016. 45p.
- DIMENSTEIN et al. A Saúde Mental e Atenção Psicossocial: Regionalização e Gestão do Cuidado Integral no SUS, **Revista Saúde & Sociedade**, v. 9; n. 1, p. 70 – 85. jan./abr., 2018. ISSN 0718-7475.
- DONABEDIAN, A. The Quality of Care How Can It Be Assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748. 1988. DOI: 10.1001 / jama.1988.03410120089033.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, p. 115-1118, nov. 1990.
- DUARTE, C. M. R. et al., Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1163-74, Rio de Janeiro, jun. 2015.
- DUARTE, L. S.; MENDES, Á. N. Questão territorial, processo de regionalização do SUS e financiamento das redes temáticas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4. 2018b.
- FÁVERO, L. P. et. al. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. 1º ed. Rio de Janeiro: Campus, 2009.

FBH - Federação Brasileira de Hospitais e CNSaúde - Confederação Nacional de Saúde. Relatório da Situação dos Hospitais Privados no Brasil. **FBH/CNSaúde**: 2018, 108 p.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C. Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira: história e âmbitos atuais de luta. **Revista Barbarói**, v. 1, n. 45, p. 274-92. Santa Cruz do Sul, jul./dez. 2015.

FIDELIS, A. C. Sentido do Cuidado em Saúde Mental: sobre a Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único De Saúde (SUS). **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16 n. 2, p. 561-82, Rio de Janeiro, maio/ago. 2018.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório aponta redução no número de leitos no Brasil**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-aponta-reducao-no-numero-de-leitos-no-brasil>>. Acesso em: 23/08/2019.

FORTES, F. L. S. et al. Enfermeiro em saúde mental: concepções sobre qualificação profissional em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Rene**, v. 18, n. 6, p. 76370, nov/dez, 2017. b

FRANÇA, V. et al. Quem são os moradores de residências terapêuticas? Perfil de usuários portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados. **Revista Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 872-884. Rio de Janeiro, jul-set 2017.

FREIRE M. F. et al. Análise comparativa entre a Portaria 3.588/2017 e a Lei 10.216/2001 da saúde mental na perspectiva das novas atribuições. **Encontros Universitários da UFC**, Fortaleza, v. 3, 2018.

GAMA, C. A. P. et al. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 1, p. 69-84, São Paulo, mar. 2014.

GARCIA, G. Y. C. et al. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2649-2654, 2015).

GOMES, T. F. S.; SILVA, M. H. C. Intervenção do Assistente Social na Saúde Mental: um relato de experiência. **Revista Barbarói**, n.50, p. 190-206, Santa Cruz do Sul, jul./dez 2017.

GOULART, M, S, B. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 194 - 213, dez, 2015.

GUIMARÃES, A. N. et al. Mudanças na Atenção à Saúde Mental Decorrentes da Reforma Psiquiátrica: Percepções de Profissionais de Enfermagem. **Revista Ciência e Cuidado em Saúde**, v. 14, n. 1, p. 830-838. jan./mar. 2015.

GUIMARÃES, C. et al Rede Urbana da Oferta de Serviços de Saúde: uma análise multivariada macro-regional-Brasil. **Anais**, p. 1-18. 2016.

GUIMARÃES, S. B. As Práticas dos Psicólogos em Ambulatórios de Saúde Mental. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 664-73, jul./ago. 2013.

HAIR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 6º ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HUMEREZ, D. C. Programa De Volta para Casa 15 anos de liberdade. **Revista Enfermagem em Foco**. v. 9, n. 3, p. 1, 2018. ISSN: 2177-4285. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/issue/viewIssue/30/14>>. Acesso em: 17/01/2019.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Divisão Regional do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias 2017. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2017.

KALAM, A. F. A. et al. Demandas dos familiares de pessoas com transtorno mental. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 6, n. 3, p. 11-7. jul./set. 2017. ISSN: 2238-7234.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de Estrutura e Processo dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 728-35, out/dez, 2013.

LEITE, L. S. et al. A Tessitura dos Encontros da Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16 n. 1, p. 183-200, Rio de Janeiro, jan./abr. 2018.

LIMA, M. T.; NOGUEIRA, F. M. D. O Modelo Brasileiro de Assistência a Pessoas com Transtornos Mentais: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v. 26, n. 1, p. 128-38. Fortaleza, jan./mar. 2013

LOPES, C. S. et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 1, 14 s. 2016.

LOPES, C. S. et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey–PNS. **International journal for equity in health**, v. 15, n. 1, p. 154. 2016.

LUCCHESI, R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v. 27, n. 3, p. 200-7. 2014.

MACEDO et al. A regionalização da atenção psicossocial em álcool e outras drogas no Brasil. **Revista Tempus, Actas de Saúde Coletivas**, v. 11, n. 3, p. 144-162, Brasília, 2018.

MACEDO J. P.; DIMENSTEIN, M. Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. **Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 37-45, jan.-abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1034>.

MACEDO, J. P. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 155-70. São Paulo, 2017.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 45-54. 2015.

MACHADO, M. H. et al. Características Gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 7 (ESP), p. 09-14. 2016.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 15-37, Rio de Janeiro, out 2014.

MALTA, D. C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18 SUPPL, n. 2, p. 3-16. dez 2015.

MARIOTTI, M. C. et al. Perfil profissional e sociodemográfico dos terapeutas ocupacionais do Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 3, p. 313-21. 2016.

MEDEIROS, P. F. P. et al. Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS): Eixo Políticas e Fundamentos. **ABERTA - Portal de Formação a Distância Sujeitos, Contextos e Drogas**. 2017. 34 p.

MELO, A. M. C. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: Uma Análise Histórica. **Revista Episteme Transversalis**, v.7, n.2, p.1-13, Volta Redonda-RJ, jul./dez. 2016.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde. **BEPA**, v. 14, n. 164, p. 33-47. 2017.

MENESES, M. P.; YASUI, S. A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1817-1826, 2013.

MICLOS, P. V. et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Revista Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 984-96. Rio de Janeiro, out-dez, 2015.

MILIAUSKAS, C. R. et al, Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p.1935-44, 2019.

MOURA, R.; PÊGO, B. O Sistema Urbano Brasileiro e suas Articulações na Escala Sul-Americana. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**, v. 16, jan.-jun. 2017.

MURCHO, N. et al. Transtornos Mentais Comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um Estudo de Revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, 30 s. jun. 2016.

NASCIMENTO, M. C. Distribuição Espacial dos Casos de Transtornos Mentais em Alfenas, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 2, p. 670-678. mai./ago.2013.

NÓBREGA, M. P. S. S. et al. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1016-23, 2017.

OLIVEIRA, A. T. R. et al. **Distribuição espacial da população e dos serviços de saúde: as Regiões de Articulação Urbana**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2017. 37 p.

OURIÉ, A. L. et al. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde em Redes**, v. 4, p. 3, p. 159-177. 2018.

PAES, M. R. et al. O Papel do Hospital Geral na Rede de Atenção à Saúde Mental no Brasil. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 407-12. abr./jun. 2013.

PASCHOALOTTO, M. A. C. et al. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Revista de saúde Coletiva**. v. 27, n. 1, p. 80-93. São Paulo, 2018.

PEREIRA, B. dos S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 25, n. 2, p. 411-8. Brasília, abr-jun, 2016.

PEREIRA, T. L. Um Papel Para O Pedagogo Na Reinserção Social De Usuários De Drogas Na Cidade De Uberaba (Mg) – 1990 / 2013. **Revista Profissão Docente**, v. 17, n. 36, p. 120-8, Uberaba, jan./jul., 2017.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-76, Rio de Janeiro, 2017.

PRADO, M. F. et al. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde em Debate**, v. 39, n. Especial, p. 320-337. Rio De Janeiro, dez/2015.



- RAMOS, D. Saúde: os 7 Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian. **Blog da Qualidade - Cultura Organizacional**. mar/2017. Disponível em: <<https://blogdaqualidade.com.br/saude-os-7-pilares-da-qualidade-de-avedis-donabedian/>>. Acesso em: 01/08/2019.
- ROCHA, T. A. H. et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 229-240. 2018.
- RODRIGUES, Â. A. P. et al. Casa de Saúde Esperança: Assistência de Enfermagem Psiquiátrica em um Modelo Tradicional (1975-1993). **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 21, n. 2, p. 202-7. Rio de Janeiro, abr./jun. 2013.
- RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 43-352. 2014.
- ROSA, N. M. et al. Tendência de declínio da taxa de mortalidade por suicídio no Paraná, Brasil: contribuição para políticas públicas de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 3, p. 157-63. 2017.
- SANTOS R. C. A. et al. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018; e57448. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57448>.
- SANTOS, A. M; GIOVANELLA L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622-31, 2014.
- SANTOS, E. G. O. et al, Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 854-865. Rio de Janeiro, 2017.
- SANTOS, E. G. O.; BARBOSA, I. R. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 371-378, Rio de Janeiro, 2017.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 118, p. 366-93, São Paulo, abr./jun., 2014.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. 286p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SCHNEIDER, D. R. et al. A Atuação do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial voltado para Álcool e Outras Drogas (CAPSad): os desafios da construção de uma clínica ampliada. **Revista Eletrônica de Extensão**, v. 11, n. 17, p. 101-113, Florianópolis, 2014.

SEIXAS, P. et al. **Movimentação médica no Brasil: nota técnica 2/2015**. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/7ugHQf>>. Acesso em: 22/08/2019.

SILVA, M. C.; ARAÚJO, M. K. V. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: evidências baseadas nas Portarias do SUS. **Revista Baiana de Terapia Ocupacional**, v. 2, n. 1, p. 41-52, mai., 2013.

SILVA, N. S. et al. Conhecimento dos Coordenadores de Centros de Atenção Psicossocial sobre Política Nacional de Saúde Mental. **Revista Ciência e Cuidado em Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1106-1114. abr./jun. 2015.

SOUZA, A. C. et al. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. **Revista Avances En Enfermería**, v. 32, n. 2, p. 292-8, jul./dez. 2014.

SOUZA, M. C.; AFONSO, M. L. M. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 332-47, jul /dez, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.

TEIXEIRA, M. R. et al. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-

2011). **Revista Estudos de Psicologia**, v. 32, n. 4, p. 695-703. Campinas, out/dez, 2015.

THIENGO, D. L. et al. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 360-72. 2014..

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Avaliação de desempenho das regiões de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 1, p. 271-82. Recife, out. 2017.

VIANA, A. L. D. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1791-8, 2018.

VIANA, A. L. D. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 413-22. São Paulo, 2015.

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