

Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Macedo, João Paulo; Abreu, Mariana Marinho de;
Fontenele, Mayara Gomes; Dimenstein, Magda

A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira

Saúde e Sociedade, vol. 26, núm. 1, 2017, Janeiro-Março, pp. 155-170

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902017165827

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263964025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira

The regionalization of mental health and new challenges of the Psychiatric Reform in Brazil

João Paulo Macedo

Universidade Federal do Piauí. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Parnaíba, PI, Brasil.

E-mail: jpmacedo@ufpi.edu.br

Mariana Marinho de Abreu

Universidade Federal do Piauí. Departamento de Psicologia. Parnaíba, PI, Brasil.

E-mail: mariamarinhao@gmail.com

Mayara Gomes Fontenele

Universidade Federal do Piauí. Departamento de Psicologia. Parnaíba, PI, Brasil.

E-mail: may.fontenele@gmail.com

Magda Dimenstein

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Natal, RN, Brasil.

E-mail: magda@ufrnet.br

Resumo

Novos desafios estão postos à Política Nacional de Saúde Mental no Brasil com o processo de regionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se da ampliação do acesso e melhora da qualidade de atenção em saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no âmbito do SUS. Objetiva-se analisar a organização da RAPS a partir da constituição das regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, apresentando o mapeamento dos serviços e sua distribuição na rede de serviços. Realizou-se um estudo de corte transversal a partir dos dados recuperados das plataformas CNES, DataSUS e Coordenação Nacional de Saúde Mental. Os resultados indicam o aprofundamento do processo de expansão e regionalização da rede de serviços ao longo desses quinze anos de aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216/2001), apesar dos “vazios assistenciais” em diversos pontos de atenção, o que gera fragilidade na cobertura da rede de serviços.

Palavras-chave: Saúde Mental; RAPS; Regionalização.

Correspondência

João Paulo Macedo

Av. São Sebastião, 2.819, Reis Velloso.
Parnaíba, PI, Brasil. CEP 64202-020.

Abstract

New challenges have been set to the Brazilian Mental Health Policy with the process of regionalization of the Psychosocial Care Network (RAPS, in the Portuguese acronym). It refers to the expansion of access and improvement in the quality of mental health care in all levels and aspects of care in the context of the Brazilian Unified Health System (SUS). The aim is to analyze the RAPS organization from the formation of regions and health care networks in Brazil, mapping the services and their distribution in the services network. A cross-sectional study was conducted using data from the platforms CNES, DataSUS, and Brazilian Coordination of Mental Health. Results indicated an increase in the expansion and regionalization process of the service network in the fifteen years since the approval of the Law of Psychiatric Reform in Brazil (Law 10.216/2001), despite the “assistance void” in several aspects of care, which leads to fragility in the service network.

Keywords: Mental Health; RAPS; Regionalization.

Introdução

Há 15 anos foi aprovada a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trata sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e reorientação do modelo assistencial. Ao longo desse período é notório seu potencial indutor de transformações e avanços no cenário assistencial do país. De acordo com o Ministério da Saúde, alcançou-se, em 2014, o índice de 86% da população coberta com serviços extra-hospitalares, territoriais e de base comunitária. Observam-se mudanças no perfil dos hospitais psiquiátricos com incentivo financeiro para os de menor porte, redução drástica dos leitos SUS em hospitais psiquiátricos e a indicação de 10 hospitais psiquiátricos para descredenciamento no SUS a partir das avaliações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH). Além disso, registra-se o repasse de recursos federais de incentivo financeiro para o desenvolvimento de estratégias de reabilitação psicossocial (trabalho, cultura e inclusão social) e em chamadas de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares (Brasil, 2015).

Trata-se de um cenário que tem transformado a atenção pública em saúde mental no país, apesar da agenda neoliberal que pauta as decisões políticas e econômicas dos governos brasileiros desde a década de 1990, com impactos nas políticas sociais e repercussões no subfinanciamento das políticas públicas, resultando em ações focalizadas e precarização do trabalho nos setores público e privado (Vasconcelos, 2010). A despeito dos avanços, as distorções na implantação da política federal nos estados e municípios, repercutem na lentidão do processo de substituição total do modelo manicomial e coexistência do parque asilar e dos serviços substitutivos (Rosa, 2009). No plano micropolítico, observam-se dificuldades quanto à ruptura de práticas profissionais que afirmam a objetificação do portador de sofrimento psíquico, a supressão do sintoma, os especialismos, a demanda por internação, a não continuidade do cuidado, a ambulatorização da assistência, enfim, processos de trabalho que acabam mantendo a cultura manicomial vigorosa (Sampaio et al., 2011).

Outro ponto de crítica está na centralidade histórica do processo reformista brasileiro na desativação dos leitos e reinserção dos usuários de longa internação à vida social, deixando outros grupos invisibilizados pelas ações de cuidado, como é o caso dos usuários de álcool, crack e outras drogas; adolescentes em conflito com a lei em associação ao uso de substâncias, transtornos de comportamento e de personalidade. Ademais, destacam-se os casos agudos e de atenção à pessoa em crise, de pessoas cronificadas por efeitos da institucionalização, demandas de sofrimento difuso, população de rua, assistência ao público infantil, suporte familiar, situações envolvendo violências (intrafamiliar, sexual, social) e catástrofes/desastres (Vasconcelos, 2010).

Somente a partir de 2005 houve maior investimento em ações de qualificação profissional com projetos de educação continuada e permanente, a partir de editais de supervisão clínico-institucional e de redes, bem como para escola de supervisores, dentre outras ações formativas, visando fortalecer a estratégia de atenção psicossocial nos serviços (Severo; L'Abbate; Campos, 2014). Os avanços no aparato legal e estruturação da rede de serviços psicossociais também tiveram papel importante na indução de transformações nas práticas assistenciais e materialização de direitos das pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2015). Da mesma forma, registram-se avanços no âmbito sociocultural com o fortalecimento das ações de protagonismo e participação dos usuários e familiares, na organização política e ampliação das redes sociais e comunidade solidária, dando novo vigor ao Movimento de Luta Antimanicomial frente aos novos e históricos embates da Reforma Psiquiátrica brasileira. Entretanto, não há como negar o perigo de retrocesso nessas conquistas, especialmente com as mudanças ocorridas na Coordenação Nacional de Saúde Mental e na condução da política de atenção psicossocial no país, atualmente sob o comando dos partidos conservadores e de direita que governam o país com a saída da presidente Dilma Rousseff (Amarante et al., 2016).

Com a aprovação da Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011c), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelece os critérios de organização

e implementação em todo o país, integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS, abriu-se uma série de novos debates e desafios para Política Nacional de Saúde Mental. Destaca-se a estruturação dos serviços e a implementação de estratégias de atenção psicossocial em redes integradas e regionalizadas de saúde, envolvendo os territórios das capitais e municípios do interior.

A RAPS fundamenta-se nos princípios da autonomia, respeito aos direitos humanos e o exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-sofrimento-cuidado; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, com continuidade do cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (Brasil, 2011c). Em termos organizativos, o ordenamento da Atenção Psicossocial em cada Região de Saúde deve estruturar-se em diferentes pontos da rede SUS: (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.

Sintonizados com esses desafios, objetivamos nesse trabalho apresentar e discutir o atual desenho e organização da RAPS no território nacional, a partir da lógica de constituição das regiões e Redes de Atenção à Saúde. Nosso intuito é analisar o estado atual de regionalização da RAPS e seus pontos de fragilidade.

A regionalização da política de saúde no Brasil é uma estratégia para garantir a organização e oferta dos serviços, acesso, eficiência, redução de custos, aumentar satisfação do usuário, diminuir desigualdades, produzir impactos positivos nas condições sanitárias e na vida das populações. Objetiva superar a fragmentação da oferta de serviços de saúde por meio da ação cooperativa entre municípios (Santos; Campos, 2015). Esse debate remonta a criação do SUS, com a Lei nº 8.080/1990, quando a regionalização foi adotada como diretriz para orga-

nização do sistema de saúde, juntamente com a ideia da descentralização (Pereira et al., 2015). O caminho para efetivar a regionalização da política de saúde no país trilhou diversos mecanismos e dispositivos normativos. Passou pelo debate da descentralização e da regionalização da saúde na década de 1990, com as Normas Operacionais Básicas (NOB) que orientaram, inicialmente, as medidas de descentralização do SUS; seguido da aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002, e do Pacto pela Saúde em 2006, que constituíram as primeiras etapas da regionalização com a expansão do acesso ao SUS ao valorizarem o planejamento e a coordenação das redes intermunicipais; e, por fim, com a aprovação da Portaria nº 4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011, que sedimentaram uma nova perspectiva para o processo de regionalização com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as Regiões de Saúde (CIR).

As Redes de Atenção são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas e níveis de complexidade do sistema SUS que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O propósito das RAS é superar a fragmentação histórica da atenção e da gestão do SUS, aperfeiçoando o seu funcionamento político-institucional, de modo a respeitar a diversidade dos contextos regionais, suas diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população (Brasil, 2010a). Nesse sentido, foram estabelecidas as seguintes redes temáticas de atenção, por serem pontos prioritários das RAS em todo o país: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e à criança de até 24 meses; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e a Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas).

No caso das CIR, essas foram estabelecidas como uma espécie de recorte territorial ou espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, com características culturais, econômicas e sociais semelhantes e

redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Cada CIR tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde), articulando-os pelas Redes de Atenção anteriormente referidas (Brasil, 2011b).

Com isso, observa-se a presença de dispositivos indutores de integração da saúde mental no SUS e não apenas no nível especializado de atenção. Contudo, apesar dos esforços, essa integração não tem sido alvo do debate nacional e há um profundo desconhecimento da situação atual em que se encontra o funcionamento da RAPS no país. Apesar da divulgação periódica no boletim “Saúde Mental em Dados” pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2015), não é possível dimensionar o funcionamento da RAPS no tocante à expansão e interiorização dos serviços, a partir do enfoque da regionalização, de maneira a orientar futuras ações de planejamento e gestão das políticas de saúde mental. No sentido de contribuir com essa discussão, realizamos o mapeamento da distribuição dos serviços de atenção psicossocial em nível nacional, tomando como base o desenho das redes de saúde, a partir dos principais pontos de atenção no âmbito do SUS.

Metodologia

Trata-se de um estudo de corte transversal, com a elaboração de uma base de dados única a partir de informações de domínio público: (1) disponibilizadas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, em janeiro de 2016, concernente aos serviços que compõem os principais pontos de atenção da RAPS no âmbito do SUS: atenção psicossocial especializada, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégia de desinstitucionalização; (2) recuperadas na base de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), referente à cobertura de equipes que compõem serviços da APS (ACS, ESF e NASF); (3) recuperadas na base de dados do DataSUS, relacionada às equipes de Consultório na Rua (ECR); e (4) reconstruídas a partir do banco

de indicadores da plataforma Regiões e Redes¹, de modo a relacionar os 5.570 municípios brasileiros, organizados em 438 regiões de saúde (Comissões Intergestores Regionais - CIR).

Desde a aprovação das Regiões de Saúde, 438 CIR foram formalmente instituídas em todo o país. Como forma de conhecer as especificidades quanto aos condicionantes estruturais de cada CIR ou do conjunto de Regiões de Saúde no Brasil, Viana et al. (2015) propuseram um modelo de agrupamento (*cluster analysis*) para cada realidade territorial levando em conta o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde no contexto regional.

A base de dados resultante foi analisada de forma descritiva por meio do software Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS), versão 20. As unidades de análise foram, no caso do mapeamento dos serviços da RAPS, a estratificação por estado e porte dos municípios, e, no que diz respeito ao processo de Regionalização da Saúde Mental, observou-se as próprias regiões de saúde (CIR). A estratificação por porte municipal baseou-se na classificação dos municípios nas categorias pequeno (municípios com menos de 50.000 habitantes); médio pequeno (50.000 a

99.999); médio (100.000 a 299.999); médio grande (300.000 a 499.999); e grande porte (acima de 500.000) (Brasil, 2011a). Esse arranjo possibilitou observar o parque de serviços da Rede de Atenção Psicossocial instalados nas Regionais de Saúde de cada unidade da Federação, percebendo os avanços do processo de Reforma Psiquiátrica no tocante à rede de serviços, bem como os vazios assistenciais em determinados territórios, o que fragiliza a assistência em saúde mental em determinadas localidades do país. Por vazios assistenciais entendemos certas regiões do país que não contam com nenhum ponto da Rede de Atenção da RAPS, com exceção de alguns dispositivos da atenção primária, ou possuem uma estrutura não condizente com o padrão mínimo esperado em termos de cobertura nos territórios de saúde.

Resultados

Dimensionamento da RAPS no Brasil

Os dados levantados a partir dos cinco pontos de atenção pesquisados indicam a estrutura de serviços da RAPS no país, conforme apresentado nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 – Quantitativo de serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil

Componentes da rede	Pontos de atenção	N
Atenção primária em saúde	ACS	332.289
	Equipes ESF	48.410
	Equipe NASF	5.067
	Equipe CR	135
	CAPS I	1.135
	CAPS II	488
	CAPS III	92
	CAPS AD	315
	CAPS AD III	88
	CAPS i	210
Atenção psicossocial especializada	Unidade de Acolhimento Adulto	38
	Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil	31
Atenção residencial de caráter transitório	Leitos em Hospital Geral	997
Estratégia de desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico	362

¹ Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/>>.

Tabela 2 – Quantitativo de serviços da atenção primária por regiões do Brasil

	ATENÇÃO PRIMÁRIA													
	ACS		Teto		ESF		Teto		NASF		Teto		ECR	Teto
	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	
N	40.733	12,26	45.522	3.999	8,26	8.180	385	7,6	905	8	5,93	18		
NE	117.292	35,3	137.411	17.597	36,35	26.953	1.996	39,39	3.640	29	21,48	63		
CO	24.882	7,49	36.670	3.412	7,05	7.218	368	7,26	906	11	8,15	22		
SE	107.473	32,34	203.928	16.500	34,08	40.779	1.454	28,7	3.911	71	52,59	154		
S	41.909	12,61	69.323	6.902	14,26	13.851	864	17,05	2.037	16	11,85	52		
BRASIL	332.289	100	492.854	48.410	100	96.981	5.067	100	11.399	135	100	309		

Tabela 3 – Quantitativo de serviços da atenção primária por localização e porte populacional dos municípios

	ATENÇÃO PRIMÁRIA							
	ACS		ESF		NASF		ECR	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CAPITAL	55.079	16,58	8.574	17,71	594	11,72	66	48,89
	153.347	46,15	22.864	47,23	3.430	67,69	1	0,74
	43.899	13,21	5.753	11,88	418	8,25	4	2,96
INTERIOR	49.521	14,90	6.940	0,14	396	7,82	31	22,96
	15.982	4,81	2.328	4,81	101	1,99	18	13,33
	14.461	4,35	1.951	4,03	128	2,53	15	11,11

PQ: pequeno porte; MPQ: médio pequeno porte; MP: médio porte; MGR: médio grande porte; GR: grande porte.

Nas tabelas acima observa-se o nível de abrangência e capilaridade dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, demonstrando seu potencial para garantia do cuidado em saúde mental, na medida em que 82% das equipes que compõem os três serviços estão localizados em municípios no interior do país, notadamente de pequeno porte populacional.

Os estados do Nordeste e Sudeste destacam-se com o maior número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (35,3% e 32,3%), equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (36,3% e 34%) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (39,3% e 28,7%), por contarem com maior população se comparado com as demais regiões. O Nordeste concentra maior percentual de equipes e, consequentemente, menor déficit em função do quadro histórico de iniquidade e por ter sido palco de intervenções com as primeiras experiências de implantação de Agentes Comunitários e Saúde pelo Ministério da Saúde nos anos

1980, bem como do Programa Saúde da Família (PSF) na década seguinte (Brasil, 2010b). Quanto às equipes de Consultório na Rua, que oferecem ações e cuidados em saúde de forma itinerante, registra-se o total de 135, sendo o maior percentual no Sudeste (52,6%), região que concentra maior quantitativo de pessoas em situação de rua do país (Brasil, 2008), seguida do Nordeste (21,5%).

Embora os estados das regiões Centro-Oeste e Norte destacarem-se com menor quantidade de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), por contarem com menor contingente populacional do país (7,37% e 8,31%), apresentam menor déficit de serviços: ACS - 7,34% e 2,92%; ESF - 7,84% e 8,61%; NASF - 8,5% e 8,21%; ECR - 6,32% e 5,75%, respectivamente. O Sudeste apresenta maior déficit desses serviços: ACS - 60,07%; ESF - 49,99%; NASF - 38,8%; ECR - 47,7%. Dos 17 municípios que não contam com ACS atuando no território em todo país, 12 estão localizados no estado de São

Paulo; e dos 31 municípios que não contam com quaisquer equipes Saúde da Família, 22 estão localizadas nesse estado. 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.

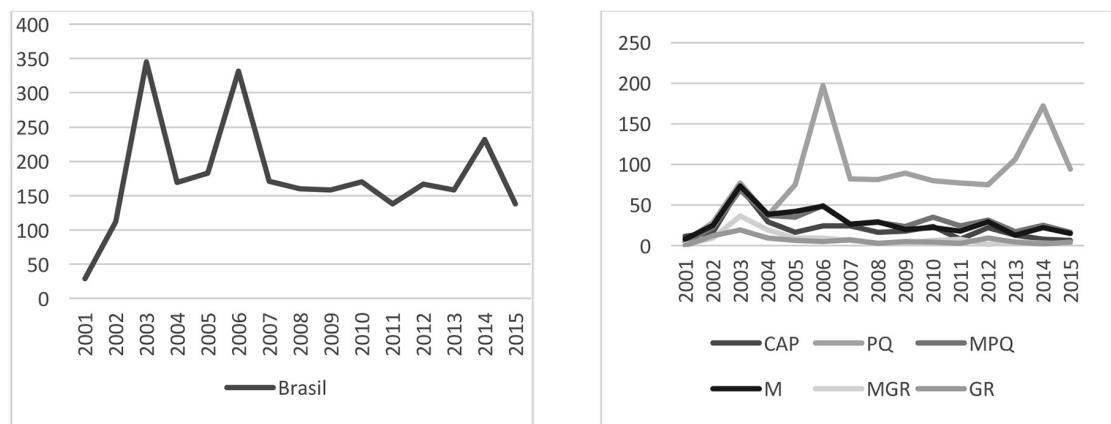
Na atenção psicossocial especializada, o número de implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem crescido significativamente em todo o país, desde a aprovação da Lei nº 10.216/2011. Chegou-se ao quantitativo de 1.135 CAPS I, 488 de CAPS II, 92 CAPS III, 210 CAPS I, 315 CAPS Ad e 88 CAPS AD III em 2015, totalizando 2.328 serviços, 119 a mais que o último quantitativo divulgado pelo relatório Saúde Mental em Dados (Brasil, 2015).

Se acompanharmos a série histórica de implantação dos CAPS com base no ano que foi inserido no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saú-

de (CNES), observam-se variações no processo de implantação do serviço, com momentos de maior concentração de novos serviços especialmente após os primeiros anos de aprovação da Lei nº 10.216 e regulamentação dos CAPS (Portaria/GM nº 336/2002), e períodos de regularidade ou mesmo de queda na taxa de implantação se comparado a períodos anteriores.

Os Gráficos 1 e 2 indicam que o primeiro salto na linha de crescimento dos CAPS no Brasil se deu pelo grande número de serviços implantados nas capitais e nos municípios de menor porte (médio, médio pequeno e pequeno) logo após a Lei nº 10.216/2001. Os saltos seguintes foram resultados do significativo número de serviços implantados nos municípios de pequeno porte, o que indica forte processo de interiorização dos CAPS no país, especialmente nas localidades com população inferior a 50 mil habitantes.

Gráficos 1 e 2 – Série histórica de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil e por localização (capitais e porte populacional para os municípios do interior)



PQ: pequeno porte; MPQ: médio pequeno porte; MP: médio porte; MGR: médio grande porte; GR: grande porte

Tabela 4 – Quantitativo de serviços da atenção psicossocial especializada por regiões do Brasil

	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA					
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS INF.	CAPS AD	CAPS AD III
N	94	33	6	6	9	7
NE	501	144	22	45	84	25
CO	75	27	2	9	20	6
SE	274	200	55	108	135	29
S	191	84	7	42	67	21
BRASIL	1.135	488	92	210	315	88

Tabela 5 – Quantitativo de serviços da atenção psicossocial especializada por localização e porte populacional dos municípios

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA						
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS INF.	CAPS AD	CAPS AD III
CAPITAL	10	95	33	55	61	31
	PQ	974	35	1	12	30
	MPQ	134	138	6	27	74
INTERIOR	MP	12	169	14	71	109
	MGR	4	32	18	25	24
	GR	1	19	20	20	17

PQ: pequeno porte; MPQ: médio pequeno porte; MP: médio porte; MGR: médio grande porte; GR: grande porte

Os dados das tabelas acima indicam que o Nordeste continua sendo a região que concentra maior número de CAPS, independente da modalidade, seguido do Sudeste. O Centro-Oeste possui o menor número de serviços, conforme observado nas divulgações da Coordenação Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2015). Enquanto a distribuição dos CAPS I está mais concentrada no Nordeste e nas cidades de pequeno porte de forma geral, os CAPS II estão em maior quantidade no Sudeste e nas cidades de médio pequeno porte e médio porte, em função dos parâmetros populacionais de implantação (acima de 15 mil habitantes no caso do CAPS I, e acima de 70 mil para CAPS II) (Brasil, 2011c).

O Sudeste e o Nordeste também concentram maior número de serviços do tipo CAPS III, CAPS I, CAPS AD e AD III. Ao todo são 92 CAPS III em todo o país, concentrados nas capitais e municípios do interior com maior porte populacional (médio grande e grande porte), em função do parâmetro de implantação ser municípios acima de 150 mil habitantes (Brasil, 2011c). Trata-se de uma modalidade de serviço importante para o avanço do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, considerando a tecnologia de cuidado contínuo 24 horas que oferecem, fundamental para o acompanhamento das situações de maior complexidade e atenção à crise no território, aprofundando as ações substitutivas ao manicômio. Apesar de sua importância, pelo menos sete estados da Federação não contam com CAPS III, são eles: Acre, Alagoas, Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso, Rondônia e Tocantins, o que certamente fragiliza a atenção psicossocial em si-

tuações que requerem intervenções mais complexas no território.

Os CAPS I somam 210 serviços e estão mais presentes em cidades de médio porte. A redução do critério populacional dos CAPS I de 200 mil habitantes para implantação para 70 mil habitantes possibilitou a ampliação e a interiorização desse serviço em todo o país. Os CAPS AD somam, ao todo, 315 serviços e também estão localizados em maior número em cidades de médio porte populacional. Os estados do Acre, Tocantins e Roraima não contam com serviços do tipo CAPS I e CAPS AD, sinalizando, assim, fragilidade na rede de atenção para públicos específicos: infanto-juvenil e usuários de álcool, crack e outras drogas. Os CAPS AD III, por serem serviços mais recentes, encontram-se em menor número em relação aos demais. As estratégias de cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas foram ampliadas com o programa Crack, é Possível Vencer.

Quanto aos serviços de atenção residencial de caráter transitório, constituem-se em unidades de acolhimento para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar, com tempo de permanência de até seis meses. São serviços com atuação articulada com a APS e a rede CAPS. As unidades de acolhimento existentes totalizam 69, sendo 47 implantadas e cadastradas no Ministério da Saúde e 22 somente implantadas. Em função do critério populacional (acima de 200 mil habitantes) estão em maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente, e em

menor número na região Norte do Brasil. Quanto à localização, as unidades adultas estão em maior número nas capitais (53,57%) e as infanto-juvenis no interior (68,42%), sendo nove unidades desse tipo localizadas em municípios de até médio porte (Tabelas 6 e 7).

Tabela 6 – Quantitativo de serviços da atenção especial de caráter transitório por regiões do Brasil

ATENÇÃO ESPECIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO				
	UAA	UAI	UAA_F	UAI_F
N	1	0	1	0
NE	8	7	2	4
CO	1	0	0	2
SE	12	8	4	6
S	6	4	3	0
BRASIL	28	19	10	12

Tabela 7 – Quantitativo de serviços da atenção hospitalar por regiões, localização e porte

ATENÇÃO HOSPITALAR: LEITOS PSICOSSOCIAIS				
	5I	CAPITAL	22I	
NE	133	PQ	350	
CO	62	MPQ	188	
SE	358	MP	141	INTERIOR
S	393	MGR	47	
BRASIL	997	GR	50	

PQ: pequeno porte; MPQ: médio pequeno porte; MP: médio porte; MGR: médio grande porte; GR: grande porte

Dentre os serviços da atenção hospitalar, só foi possível o acesso às informações das enfermarias especializadas em Hospital Geral. São serviços importantes para retaguarda de casos agudos ou em situação de crise e que demandam urgência psiquiátrica por questões relacionadas à crise e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Kilstajn et al., 2008). Funcionam como porta de entrada nesse nível de atenção, além de organizarem o fluxo de internações e contribuírem para a redução de admissões hospitalares desnecessárias (Barros; Tung; Mari, 2010). O critério populacional estabelece um leito para cada 23 mil habitantes (Brasil, 2011c).

No dimensionamento realizado, observa-se a presença de 997 leitos psicossociais cadastrados no

Ministério da Saúde em todo o país, com destaque nos estados da região Sul e Sudeste. Apesar dos desafios históricos para abertura de leitos psicosociais no país, seja por questões de financiamento, ou, ainda, pela resistência em função da cultura manicomial, registra-se maior número de leitos nos municípios do interior (77,83%), notadamente de pequeno (35,1%), médio pequeno (18%) e médio porte (14,14%). Esse cenário de interiorização dos leitos psicossociais no país indica um passo importante no processo de desinstitucionalização, devido à ampliação da oferta de cuidados nesse nível de atenção, com a descentralização dos leitos psicossociais fora do eixo das grandes cidades e principais capitais brasileiras.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) compõem a principal estratégia de desinstitucionalização da RAPS. São serviços de moradia destinadas aos egressos de longa internação (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos ou de custódia, que atuam orientados pelo paradigma do cuidado e pela reabilitação psicossocial. A articulação dos SRT com a APS e os CAPS, e especialmente com o território, é uma necessidade para avançar no processo de reabilitação psicossocial dos moradores dos serviços residenciais.

Dos 362 SRT em funcionamento no país, observa-se maior presença desse serviço nas regiões Sudeste e Nordeste, notadamente nas capitais, porém, indicando números expressivos quanto à descentralização das residências terapêuticas para localidades com menor porte populacional como pode ser observado na Tabela 8.

Estruturar uma rede em saúde mental com diversos pontos de atenção que vão desde os cuidados primários até a alta complexidade, além de serviços e ações de desinstitucionalização e reinserção psicossocial, indica um elevado nível de complexidade de ações. Mesmo com as dificuldades inerentes ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, neste primeiro dimensionamento quanto à distribuição dos serviços da RAPS no território nacional, se pode afirmar que houve uma progressiva expansão dos serviços nos últimos quinze anos, com forte indicativo para interiorização, notadamente das equipes da atenção primária, em função da natureza da sua proposta de cobertura e modalidade de atenção.

Tabela 8 – Quantitativo de serviços de estratégia de desinstitucionalização por regiões, localização e porte

ESTRÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO						
	SRT Tipo I	SRT Tipo II		SRT Tipo I	SRT Tipo II	
N	I	7	CAPITAL	73	39	
NE	77	19	PQ	31	24	
CO	3	9	MPQ	9	21	
SE	97	117	INTERIOR	41	30	
S	19	13	MGR	16	18	
BRASIL	197	165	GR	27	33	

PQ: pequeno porte; MPQ: médio pequeno porte; MP: médio porte; MGR: médio grande porte; GR: grande porte

No caso do Consultório na Rua há certo equilíbrio entre a distribuição das equipes nas capitais e localidades do interior, especialmente nos municípios acima de médio porte populacional. Quanto aos CAPS, também há tendência para interiorização, mas para municípios de menor porte populacional. Os serviços que exigem maior critério populacional para implantação, a exemplo dos leitos, unidades de acolhimento e SRT, apesar de localizados em sua maioria em municípios de maior porte, também vêm apresentando avanços no que diz respeito à interiorização e abertura fora dos grandes centros urbanos.

Portanto, o principal indicador dessa mudança é a ampliação dos pontos de acesso para regiões mais interioranas e periféricas do país. Isso é resultado do direcionamento do financiamento para ações extra-hospitalares e de base territorial e comunitária, além das pactuações entre as três esferas de governo (União, estados e municípios) e nos níveis de governança regional (Comissões Intergestores Regionais - CIR) para estruturação de uma ampla rede de serviços psicossociais no país. O fato de 87,75% dos CAPS em funcionamento estarem implantados em municípios do interior, estando a maioria localizada em municípios de pequeno porte (até 49.999 habitantes), é prova disso.

Apesar dos avanços, há pelo menos 324 municípios brasileiros com população entre 15 a 20 mil habitantes que não contam com qualquer serviço CAPS. Nesse aspecto, há muito ainda que avançar, inclusive na Atenção Primária, na perspectiva de superar o déficit de 6.332 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios menores, em que a ausência deste serviço é mais expressiva

(48,56% pequeno porte e 14,53% médio porte). Tais lacunas resultam em pontos de obstáculo na direção de universalizar o acesso à saúde mental no âmbito do SUS. Por outro lado, a necessidade de avanço não se configura apenas pela abertura de novos serviços, mas especialmente com a integração dos pontos de atenção entre eles em um mesmo município e, principalmente, em uma mesma região de saúde, observando a distribuição e a regularidade de oferta de serviços, os fluxos de demanda e a coordenação integral do cuidado pelas equipes articulando diferentes níveis de atenção. Esse talvez seja o principal desafio posto à Política de Saúde Mental no Brasil, no tocante à organização da assistência na atualidade. É sobre esse aspecto que trataremos no tópico seguinte dos resultados.

Regionalização da RAPS no Brasil

Com o objetivo de tornar mais eficientes os recursos nos territórios de saúde e ampliar o acesso, além de melhorar a qualidade da atenção, os sistemas universais de saúde têm priorizado ações de descentralização e regionalização da assistência, monitorados por instrumentos de planejamento e gestão de redes (Kuschnir; Chorny, 2010). Essa é uma tendência dos sistemas de saúde no mundo, a exemplo do que ocorre na Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha, EUA e Canadá, que tentam “correlacionar níveis assistenciais (ou uma determinada capacidade de resposta do sistema de saúde) a recortes regionais, visando a provisão de serviços a toda uma população de uma dada região” (Lima, 2015, p. 7). A diferença é se o processo em curso em cada

país assume tendência democratizante e participativa, de modo a garantir acesso integral e equitativo ou se busca a eficiência racionalizadora, por meio de ações focadas, com base na modernização gerencial do sistema (Pereira et al., 2015).

Apesar de acompanhar esse debate mais recentemente, o Brasil guarda particularidades que não podem ser ignoradas. Trata-se de sua dimensão territorial acompanhada de aspectos relacionados às questões de natureza histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural que, conforme Lima (2015), não são observados nos países anteriormente citados. Tais fatores complexificam a efetivação das redes de atenção em cada território, considerando as diferenças de escala, condições de saúde, oferta de serviços e cobertura, recursos humanos e financiamento, o que singulariza cada Região de Saúde tornando-a única no desenho que irá tomar no processo de regionalização.

Ademais, convive-se no país com a histórica fragmentação e dificuldades de integração das ações entre os serviços e seus respectivos pontos de atenção em um mesmo território e Região de Saúde. No campo da saúde mental, tais aspectos são ainda mais evidentes devido à estruturação da Rede de Atenção Psicossocial ser mais recente. São dificuldades relacionadas aos “vazios assistenciais”, conforme refere Santos et al. (2014), fortemente presentes em certas localidades ou regiões de saúde que não contam com qualquer ponto de atenção da RAPS ou, no máximo, com a atenção primária. Isso resulta na dependência de determinadas localidades e mesmo regiões em relação à rede de atenção de outros municípios e regiões com maior diversidade e complexidade de serviços, o que acaba atraindo maiores fluxos de deslocamento de usuários para atendimento (Viancava et al., 2014). Ademais, a carência de recursos humanos em certas localidades, consequentemente, a maior circulação de profissionais, especialmente os médicos, dentre os municípios de uma mesma CIR ou regiões diferentes, principalmente as mais interioranas ou fronteiriças, é outra dificuldade histórica do contexto brasileiro (Seixas et al., 2015).

Como forma de observar essas especificidades quanto aos condicionantes estruturais do processo

de regionalização da saúde no Brasil, Viana et al. (2015) propuseram um modelo para o agrupamento das regiões (*cluster analysis*) levando em conta o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde no contexto regional. A partir dessa metodologia, estabeleceu-se cinco grupos como parâmetro de análise para as 438 Regiões de Saúde/CIR no Brasil, como podem ser acompanhadas na Tabela 9.

Tabela 9 – Regiões de Saúde no Brasil

	COMISSÕES INTERGESTORAS REGIONAIS					
	CIR Total	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
N	45	28	11	3	3	0
NE	133	115	3	9	1	5
CO	39	6	19	8	4	2
SE	153	25	12	64	13	39
S	68	1	2	45	6	14
BRASIL	438	175	47	129	27	60

O Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços) conta com 175 regiões, 2.151 municípios e 22,5% da população brasileira, localizadas predominantemente no Nordeste; o Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços) conta com 47 regiões, 482 municípios e 5,7% da população, localizadas em sua maioria nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte; o Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços) conta com 129 regiões, 1.891 municípios e 20,3% da população, localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul; O Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) conta com 27 regiões, 300 municípios e 10,6% da população, localizadas em sua grande maioria na região Sudeste; e o Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços) conta com 60 regiões, 746 municípios e 40,9% da população, localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul (Viana et al., 2015).

Na Tabela 10 observa-se a distribuição das CIR por porte dos municípios. Os Grupos 1, 2 e 3 apresentam proporcionalmente maior concentração de municípios de pequeno porte; e no Grupo 5 sobressai, se comparado aos demais, maior número de municípios de médio a grande porte.

Tabela 10 – Regiões de Saúde por porte dos municípios

	COMISSÕES INTERGESTORAS REGIONAIS						
	CIR	MUNICÍPIOS	PQ	MP	M	MG	G
GRUPO 1	175	2.151	1.981	138	29	3	0
GRUPO 2	47	482	435	28	17	2	0
GRUPO 3	129	1.891	1.744	86	49	8	4
GRUPO 4	27	300	233	24	31	5	7
GRUPO 5	60	746	569	49	78	23	27

PQ: pequeno porte; MPQ: médio pequeno porte; MP: médio porte; MGR: médio grande porte; GR: grande porte

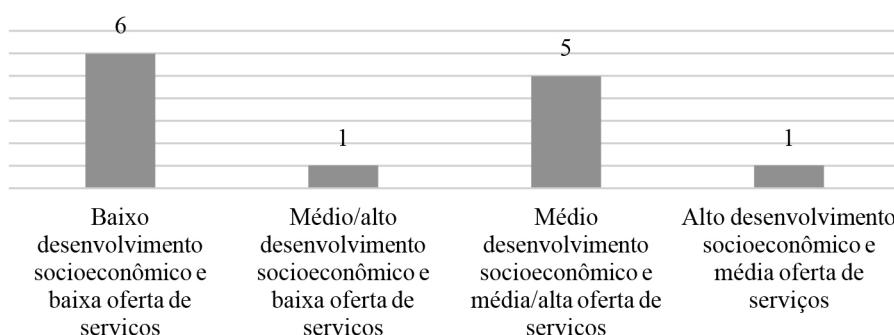
Quanto ao dimensionamento da RAPS a partir das regiões de saúde, observa-se que somente 2,97% ($n=13$) do total das CIR do país contam somente com equipes de ACS, ESF ou NASF como único ponto de atenção psicossocial em seus territórios. Apesar de figurar um percentual pequeno, estamos lidando com escalas de extensão territorial e populacional que não podem ser minoradas, pois somam 1.677.550 habitantes que contam somente com equipes da APS para responder às necessidades em saúde mental, caso sejam sensíveis e capacitadas ao acolhimento dessa demanda. As treze regionais estão assim localizadas: Norte (Amapá=1, Amazonas=2 e Rondônia=1), Centro-Oeste (Goiás=2) e Sudeste (Minas Gerais=2 e São Paulo=5).

São Regiões de Saúde em que sobressaem baixo nível de desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços. Somente uma única CIR, localizada no estado de São Paulo, que possui população de 100.512 habitantes, caracterizada por médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços, conta com apenas Agentes Comunitários

de Saúde e equipes da Estratégia Saúde da Família no âmbito da atenção psicossocial. Tal quadro indica o quanto ainda há para se avançar em termos de cobertura e garantia de acesso à saúde mental para população, considerando o quadro e o enfoque da regionalização dos serviços.

Quando focamos nas regionais com pelo menos dois pontos de atenção, constituídas no caso da APS por equipes ACS, ESF e NASF, e no caso da atenção psicossocial especializada pelos CAPS (independente da modalidade), identificamos 95,43% ($n=418$) das regiões de saúde cobertas pela RAPS. Trata-se de um número também expressivo. Mas, se considerarmos esse dimensionamento por tipo de CAPS e seus parâmetros populacionais, observam-se determinados vazios assistenciais. Nas regiões com critério de implantação para CAPS I (entre 15 e 70 mil habitantes), identificamos 19 CIR que deveriam ser constituídas por esses dois pontos de atenção (APS e CAPS I), porém, em pelo menos quatro regiões (21,05%) não há registro de qualquer serviço tipo CAPS para retaguarda, somente serviços da atenção

Gráfico 3 – Regiões de Saúde com único ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial (atenção primária)



primária. Nas regiões com critério de implantação para CAPS II (entre 70 e 150 mil habitantes), identificamos 77 CIR que deveriam contar com os mesmos dois pontos de atenção (APS e CAPS II), sendo que em pelo menos 58 regiões (75,32%) não há registro deste serviço em específico, apesar de contarem com outras modalidades de CAPS, especialmente do tipo I.

Naquelas com critério de implantação para CAPS III (acima de 150 mil habitantes), identificamos 342 CIR que deveriam ser constituídas pelo menos por dois pontos de atenção (APS e CAPS III), porém, 296 regiões (86,55%) não contam com este serviço em específico, apesar de registrarem outras modalidades de CAPS nos territórios. Esse é um dado preocupante, considerando a importância dos CAPS III para avançarmos no processo de desinstitucionalização. A carência dessa modalidade de CAPS nas Regiões de Saúde para municípios de menor porte populacional acaba por fragilizar as ações de retaguarda e de garantia de cuidados contínuos e gestão da crise no território de forma regionalizada. Trata-se, neste modo, de um ponto crítico e de parada no processo de expansão e regionalização da RAPS no país para responder de forma substitutiva às necessidades de internação em hospitais psiquiátricos.

Quanto aos CAPS para públicos específicos, identificamos 419 CIR que atendem ao critério de implantação, tanto para o CAPS I quanto para o CAPS AD (acima de 70 mil habitantes). No caso da assistência em saúde mental infantil, identificou-se o registro de 232 regiões (55,37%) que não contam com este serviço. No caso da atenção à população com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, identificou-se 200 regiões (45,16%) que não contam com acesso ao CAPS AD, apesar da implementação das ações do programa Crack, é Possível Vencer. Mesmo com os avanços, a atenção em saúde mental de forma regionalizada para públicos específicos continua como um dos pontos mais problemáticos do processo reformista brasileiro. Em contrapartida, registra-se no país o enorme crescimento das comunidades terapêuticas que pertencem ao setor privado, filantrópico ou a instituições religiosas, sem regulação nenhuma do estado e sem compromisso com as diretrizes da atenção psicossocial (Pereira, 2014).

As regiões que contam com leitos psicossociais nos seus territórios registram cobertura de apenas 105 CIR (23,97%) no país. Número considerado bem aquém, dada a necessidade de ampliação e aprofundamento do processo de desinstitucionalização e suporte à crise aos casos mais agudos em saúde mental, principalmente se pensarmos a articulação com os CAPS III.

Quando cruzamos as regiões que contam com pelo menos três pontos de atenção em seu território como ESF e NASF, algum dispositivo CAPS e leitos psicossociais, identificamos 103 CIR que atendem a este critério. Ao dimensioná-las, com base no agrupamento realizado por Viana et al. (2015), observou-se que 18,45% das regiões situam-se no Grupo 1, 4,85% no Grupo 2, 45,63% no Grupo 3, 7,77% no Grupo 4 e 23,30% no Grupo 5. O que poderíamos considerar um “padrão mínimo” em termos de cobertura da RAPS em qualquer território de saúde, que é contar com pelo menos três pontos de atenção (equipes de APS, algum dispositivo CAPS e serviços de leitos psicossociais), para avançar de forma regionalizada em direção à substituição do parque manicomial ainda em funcionamento no Brasil, observa-se que ainda há muito para avançar no país.

A maioria dos municípios habilitados que conta simultaneamente com os três pontos de atenção funciona em localidades com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços (Grupo 3), seguido por localidades de alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços (Grupo 5). Portanto, são as localidades mais bem assistidas em termos da cobertura em saúde. Já as que apresentam menor índice de cobertura precisam de maior atenção das autoridades sanitárias para sanar o problema dos chamados vazios assistenciais da RAPS na realidade brasileira, visto também serem localidades com baixo desenvolvimento socioeconômico.

Não podemos desconsiderar que as iniquidades territoriais e os quadros de vulnerabilidade que marcam de diferentes formas as Regiões de Saúde no Brasil, com situações de pobreza, miséria, perda da capacidade socioeconômica, desemprego, precariedade das condições de trabalho, maior dependência dos programas de transferência de renda, considerável índice de não alfabetizados, in-

segurança alimentar, mortalidade infantil, situação de violência e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, educação e proteção social, incide em determinações diversas sobre a saúde mental das populações, provocando sofrimento psíquico e/ou agravamento de quadros psiquiátricos, com destaque para depressão, ansiedade, suicídio e consumo de álcool e outras drogas (Silva et al., 2015). Nos territórios em que se conta com menor retaguarda dos serviços ou em que os pontos de atenção da rede funcionam de forma “independente” e desarticulados entre si, inclusive intersetorialmente com os demais equipamentos sociais das Regiões de Saúde, os desafios para minimizar os efeitos da fragmentação histórica da oferta de serviços de saúde no Brasil são ainda maiores (Santos et al., 2015).

Conclusão

O debate sobre a descentralização e regionalização na saúde mental, acompanhando o debate nacional na saúde pública, ganhou força nos últimos anos com o propósito de fortalecer a participação dos municípios na construção de uma rede integral de serviços, priorizando ações territoriais e de base comunitária. Houve muitos avanços na perspectiva de instituir uma rede “integrada” de serviços sob o prisma da regionalização da RAPS em cada território de saúde. Há um maior número e diversidade de serviços implantados nas regiões do país, tendência à interiorização da assistência em saúde mental para municípios de médio e pequeno portes, forte participação na APS no cuidado continuado, descentralização dos leitos de atenção psicossocial e SRT das grandes cidades, dentre outros. Contudo, detectou-se a existência de vazios assistenciais em saúde mental em certas regiões do país que, com exceção de alguns dispositivos da atenção primária, não contam com nenhum outro ponto da RAPS ou possuem estrutura condizente com o padrão mínimo esperado em termos de cobertura nos territórios de saúde. Esse é um aspecto preocupante do processo de expansão, regionalização e interiorização da RAPS, considerando as paradas e os obstáculos para seguir rumo à perspectiva de universalizar a cobertura em saúde mental no país.

Esse recente processo de regionalização da saúde no país enfrenta inúmeros obstáculos devido à enorme desigualdade das condições socioeconômicas e à diversidade territorial nas diferentes regiões. Há particularidades em relação aos arranjos populacionais, bem como em termos do perfil de morbimortalidade que não podem ser desconsiderados quando se planeja a cobertura em saúde de forma regionalizada e equitativa. A desigualdade de condições das regiões não está descolada também das desigualdades observadas quanto à oferta de serviços, de infraestrutura física e de recursos humanos qualificados nas mesmas. Esses aspectos impactam, consequentemente, na quantidade e qualidade do acesso e utilização dos recursos de saúde, na capacidade resolutiva das equipes, no cuidado continuado e na atuação no território.

Outro ponto problemático para a configuração de redes integradas e regionalizadas refere-se ao subfinanciamento do setor público, à forte dependência do setor privado, à dificuldade de colaboração entre os municípios que estão sempre em conflito e competição, à multiplicidade de instâncias responsáveis pela coordenação. Por fim, observa-se a predominância da racionalidade instrumental/técnica e a fragilidade dos mecanismos de regulação do trabalho em saúde, aspectos que são históricos desde a implantação do SUS.

Entendemos que ainda há muito a ser investigado sobre o tema. Não pretendemos esgotá-lo. Pelo contrário, a intenção foi tão somente pautar o tema da RAPS junto ao processo de regionalização e constituição das Redes de Atenção à Saúde no Brasil, no sentido de orientar futuras investigações e ações de planejamento de políticas em saúde mental.

Referências

AMARANTE, P. et al. Derechos humanos y salud mental en Brasil: una historia de lucha y militancia por la justicia social y el derecho a la vida: “la salud no se vende, la locura no se encierra”. Átopos: *Salud Mental, Comunidad y Cultura*, Madrid, n. 2, p. 1-16, 2016.

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Revista*

Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 32, p. S71-S77, 2010. Suplemento 2.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa e Opinião. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/kN8dAq>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

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). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a.

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 à Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.

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) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*, v. 10, n. 12, out. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/ULv73a>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

KILSZTAJN, S. et al. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2354-2362, 2008.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LIMA, L. D. *Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 anos*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

PEREIRA, A. M. M. et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, p. 11-27, 2015. Número especial.

PEREIRA, B. C. *A redução de danos no atendimento especializado em álcool e drogas*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

ROSA, L. C. S. Política Pública Brasileira de saúde mental: cenários e atores no contexto neoliberal. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2009, São Luís. *Anais...* São Luís: EDUFMA, 2009. p. 1-9.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SANTOS, I. S. et al. (Coord.). *Relatório de pesquisa sobre os recursos físicos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

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

SEVERO, A. K. S.; L'ABBATE, S.; CAMPOS, R. T. O. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na

- gestão do trabalho em saúde mental. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 545-556, 2014.
- SILVA, M. et al. A saúde mental e a crise econômica. In: SANTANA, P. *Territórios e saúde mental em tempos de crise*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2015. p. 61-74.
- VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 17-74.
- VIACAVA, F. et al. *Relatório de pesquisa sobre internações na esfera municipal*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014.
- VIANA, A. L. D. et al. Tipologia das Regiões de Saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

Contribuição dos autores

Macedo foi responsável pela idealização do estudo. Macedo, Abreu, Fontenele e Dimenstein foram responsáveis pela tabulação e análise dos dados e escrita do texto. Abreu e Fontenele foram responsáveis pela coleta de dados. Macedo e Dimenstein revisaram o artigo.

Recebido: 27/06/2016

Reapresentado: 14/03/2017

Aprovado: 16/03/2017