

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Ana Carolina Hornos Carneiro

A IMPLEMENTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS  
INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS HOSPITALARES NAS REGIÕES BRASILEIRAS: UM  
ESTUDO HISTÓRICO

Porto Alegre  
2021

Ana Carolina Hornos Carneiro

A IMPLEMENTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS  
INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS HOSPITALARES NAS REGIÕES BRASILEIRAS: UM  
ESTUDO HISTÓRICO

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Rita de Cassia Nagem

Porto Alegre  
2021

## UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes  
Vice-reitora: Profa. Dra. Patricia Helena Lucas Pranke

### ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato  
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

### COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin  
Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

### DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

#### CIP - Catalogação na Publicação

Carneiro, Ana Carolina Hornos  
A implementação dos centros de atenção psicossocial  
e as internações psiquiátricas hospitalares nas  
regiões brasileiras: um estudo histórico / Ana  
Carolina Hornos Carneiro. -- 2021.

69 f.

Orientadora: Rita de Cassia Nugem.

Coorientador: Rita.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de  
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,  
2021.

1. Gestão em Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Centro de  
Atenção Psicossocial. 4. Internações Psiquiátricas. 5.  
Reforma Psiquiátrica. I. Nugem, Rita de Cassia,  
orient. II. , Rita, coorient. III. Título.

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

### Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico  
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS  
Telefone: 3308-3801  
E-mail: eadadm@ufrgs.br

**Ana Carolina Hornos Carneiro**

**A IMPLEMENTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS  
INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS HOSPITALARES NAS REGIÕES BRASILEIRAS: UM  
ESTUDO HISTÓRICO**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Rita de Cassia Nagem

Aprovada em 27 de agosto de 2021.

**Banca Examinadora**

---

Examinador(a):

---

Examinador(a):

---

Orientadora: Rita de Cassia Nagem

## RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários estratégicos que atendem pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental. Surgiram oficialmente através do movimento da Reforma Psiquiátrica, com vistas à desinstitucionalização e ao cuidado em saúde mental em meio aberto. Objetivo: Comparar a quantidade de internações psiquiátricas hospitalares com os atendimentos realizados em CAPS nas regiões brasileiras, antes e após a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001). Método: O estudo foi desenvolvido através da coleta de dados de dois sítios: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Resultados: a Pesquisa demonstrou queda no número de internações psiquiátricas à medida em que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram sendo implementados, ofertando uma diversidade de atendimentos à população brasileira. Conclusão: a implementação dos Centros, através da oferta de múltiplos atendimentos e, inseridos em uma Rede de Atenção Psicossocial, produz impacto no número de internações psiquiátricas, garantindo o cuidado em meio aberto. Entretanto, ainda existem dificuldades e desafios em relação à plena implementação da Política. Destaca-se a ampliação dos serviços, melhorias no financiamento em relação à saúde mental, qualidade das informações produzidas, entre outros.

**Palavras-chave: Gestão em Saúde. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial. Internações psiquiátricas. Reforma Psiquiátrica.**

## **ABSTRACT**

Psychosocial Care Centers (CAPS) are strategic community services that serve people with severe and persistent mental disorders, in accordance with the National Policy on Mental Health. They officially emerged through the Psychiatric Reform movement, with a view to deinstitutionalization and mental health care in an open environment. Objective: To compare the number of psychiatric hospital admissions with the services provided at CAPS in Brazilian regions, before and after the Psychiatric Reform Law (2001). Method: The study was developed by collecting data from two sites: The National Register of Health Establishments (CNES) and the Information Technology Department of the Brazilian Unified Health System (DATASUS). Results: the survey showed a drop in the number of psychiatric hospitalizations as the Psychosocial Care Centers (CAPS) were being implemented, offering a variety of care to the Brazilian population. Conclusion: the implementation of the Centers, through the provision of multiple services and, as part of a Psychosocial Care Network, has an impact on the number of psychiatric hospitalizations, ensuring care in an open environment. However, there are still difficulties and challenges regarding the full implementation of the Policy. We highlight the expansion of services, improvements in financing in relation to mental health, quality of information produced, among others.

**Keywords: Health Management. Mental Health. Psychosocial Care Center. Psychiatric admissions. Psychiatric Reform.**

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: CAPS implementados por ano, estado e região brasileira, de 1995 a 2020	67
Tabela 2: Taxa de ocupação de CAPS nos estados brasileiros em 2020	69
Tabela 3: atendimentos realizados em CAPS, por estado e região, de 1995 a 2020 – série histórica	71
Tabela 4: Quantidade de internações hospitalares por motivos psiquiátricos, por estado e região brasileira, de 1995 a 2020 – série histórica	73
Tabela 5: Média simples das internações hospitalares em psiquiatria e atendimentos em CAPS no período entre 1995 e 2020 – série histórica	75

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Implementação dos CAPS nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020	37
Gráfico 2: atendimentos realizados nos CAPS nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020	38
Gráfico 3: Quantidade de internações psiquiátricas hospitalares nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020	38

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Tipos de CAPS	24
Quadro 2 – As regiões brasileiras	28

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Brasil, regiões, estados e capitais

27

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infância juvenil

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PNASH – Política Nacional de Atenção

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar  
Psiquiátrica no SUS

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 Objetivo Geral .....	17
2.1.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>3. CONTEXTO DO ESTUDO .....</b>	<b>18</b>
3.1 Rede de Atenção Psicossocial e internações psiquiátricas .....	18
3.2 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS .....	21
3.3 As Regiões Brasileiras.....	27
3.4 Planejamento em Saúde Mental .....	30
<b>4. MÉTODOS.....</b>	<b>34</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>37</b>
5.1 Resultados.....	37
5.1.2 Discussão .....	39
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>48</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>58</b>
<b>Apêndice A .....</b>	<b>58</b>
<b>Apêndice B .....</b>	<b>59</b>
<b>Apêndice C .....</b>	<b>60</b>
<b>Apêndice D .....</b>	<b>63</b>
<b>Apêndice E .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>67</b>

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a OMS (2001) há um reconhecimento mundial sobre a relevância clínica e epidemiológica acerca dos transtornos mentais. Segundo a Organização, uma a cada quatro pessoas desenvolve algum tipo de transtorno em certo momento da vida. Entretanto, Pereira et al. (2012) referem que, apesar disso, o tema ainda não é valorizado nas pesquisas sobre saúde pública, o que interfere negativamente na implementação da Política de Saúde Mental.

Conforme Araújo e Tanaka (2012) o campo da saúde mental se constitui como legado de uma longa história atrelada à loucura e às formas de tratar as pessoas acometidas pelos transtornos mentais. De acordo com Fortes (2010) a relação do homem com a loucura mostra, através da história, que a perspectiva religiosa concedia aos ditos “loucos” um lugar de contribuição dentro das comunidades, pois eram considerados como mensageiros da divindade, possuindo poderes sobrenaturais. A associação entre os ditos loucos ao misticismo foi se transformando, com o passar do tempo, até serem desenvolvidas explicações mais racionais para os transtornos mentais. Na Grécia antiga, Hipócrates relacionava as desordens mentais às questões físicas, tais como as infecções e o parto, e foi o primeiro a classificar algumas doenças mentais.

Conforme Fortes (2010), no período medieval, houve um retrocesso em relação ao pensamento científico que havia sido formulado até então, trazendo a intransigência para com os loucos, mulheres, entre outros. A partir do século XVIII, o louco foi denominado como “diferente”, o qual não seguia a aparente ordem à qual a sociedade, em sua maioria, se mantinha atrelada. Por não se adaptarem à dita ordem social, os loucos apresentavam-se como uma ameaça. Neste mesmo período na França, a diferença humana foi classificada como patologia por Philippe Pinel, identificando o louco como doente e fazendo da loucura uma doença a ser tratada, na perspectiva de obtenção da cura. Tais doentes eram ocultados e excluídos, pois eram vistos como donos de um caráter pouco desenvolvido.

Pinel, através do Tratamento Moral, propôs como método terapêutico o confinamento, consagrando assim a internação nos chamados hospícios (FORTES, 2010). De acordo com Coelho (2014) o isolamento tinha a função de afastar o doente de suas percepções habituais, que se encontravam em desarmonia com a realidade. Pinel acreditava que, ao confinar o doente, este poderia retomar sua razão através da instituição de tratamento. Desta forma, a

instituição psiquiátrica, ao excluir as pessoas portadoras de transtornos mentais, negligenciava o real cuidado em saúde e a reinserção psicossocial. A psiquiatria moderna, representada pelas ideias de Sigmund Freud, apesar de trazer novas contribuições através da proposição da dimensão do inconsciente e de uma importante revolução intelectual, não alterou o cenário de exclusão. O hospital psiquiátrico permanecia como o local adequado aos loucos (FORTES, 2010).

No Brasil, durante o período imperial (segunda metade do século XIX) havia o atendimento psiquiátrico público, realizado por entidades asilares ligadas à Igreja Católica, que prestavam atendimento de forma leiga. O louco, que no Brasil também era percebido como um risco devido às influências europeias, necessitava ser recolhido em asilos, sob a ótica de proteção à sociedade (FORTES, 2010). O Estado Imperial determinou a construção de um local específico, que, segundo Sampaio e Bispo (2021), constituiu-se como a origem da institucionalização no Brasil: o Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro. A privação de liberdade e os preceitos higienistas basearam as ações destinadas àqueles que eram considerados um risco à sociedade e à ordem pública. Após a Proclamação da República, o Hospício foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e associado diretamente à ação científica da psiquiatria, momento em que houve clara ampliação do uso medicamentoso como forma de controle (SAMPAIO E BISPO, 2021). Gradativamente, tal modelo e lógica de exclusão foi sendo ampliado em todo o Brasil, solidificando o modelo europeu.

Na Europa (em especial na Inglaterra e França) e nos Estados Unidos, a partir de 1970, os movimentos de transformação no cuidado às pessoas portadoras de sofrimento psíquico influenciaram os modelos de atenção à saúde mental no Brasil. Devido à superlotação, poucos recursos humanos, ausência de propostas terapêuticas, além da necessidade de amparo a jovens que apresentavam sofrimento psíquico devido à guerra, novas experiências de tratamento foram surgindo naqueles países: a Comunidade Terapêutica inglesa, a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva Comunitária norte-americana. Tais modelos originaram a concepção do conceito de saúde mental, contrário ao de doença mental (RIBEIRO, 2004). Como objetivo, a Comunidade Terapêutica inglesa previa a alteração do ambiente e do tratamento através da terapia ocupacional, constituindo a reabilitação através do trabalho, fazendo uso de atividades grupais como recurso. Já a Psiquiatria de Setor objetivava a criação de equipes multiprofissionais, composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, para atender uma área territorial específica, desta forma contribuindo com cuidados preventivos e tratamento de doenças mentais. Em 1960, a Psiquiatria de Setor foi oficialmente estruturada como Política de Saúde Mental na França. A

Psiquiatria Preventiva Comunitária surgiu nos Estados Unidos em 1970, unindo a Psiquiatria de Setor e a Comunidade Terapêutica. O preventivismo trazia a ideia de que, através da participação e das oportunidades sociais, os problemas sociais e de saúde seriam minimizados ou até mesmo superados. Havia a crença de que, caso constatadas precocemente, as doenças mentais poderiam ser evitadas (RIBEIRO, 2004).

Na Itália o modelo de clausura foi sendo alterado por uma rede de serviços de atenção, em base territorial e comunitária, o que se aproxima do modelo brasileiro atual (FORTES, 2010). Conforme Soares (2016) Franco Basaglia encabeçou na década de 1970 o movimento chamado Psiquiatria Democrática, que buscava a desinstitucionalização dos pacientes acolhidos, de forma a romper com a hierarquia manicomial. Em 1978 foi aprovada a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, que instituiu na Itália a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos (SERAPIONE, 2019).

Além destas experiências, a dos Centros de Atenção Psicossocial de Manágua (Nicarágua), que buscavam formas criativas de realizar o cuidado através de líderes comunitários, equipes multidisciplinares e materiais improvisados visando à prevenção, tratamento e também a reabilitação, foi de significativa importância para a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil (RIBEIRO, 2004). Conforme Sampaio e Bispo (2021) o percurso da saúde mental no Brasil foi marcado por diversos modelos assistenciais, bem como pelo contexto sociopolítico e econômico.

Foi no final dos anos 1970 que o desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental no Brasil se mostrou como imperativa. O sistema psiquiátrico brasileiro estava constituído fundamentalmente por um grande número de hospitais psiquiátricos, que prestavam cuidados de baixa qualidade, ocorrendo frequentemente denúncias sobre violências e outras formas de ataque aos direitos humanos (ALMEIDA, 2019). Houve, portanto, a necessidade de buscar novas formas de entendimento e atenção em saúde mental. Foi surgindo a consciência de que se deveria lutar pela defesa dos direitos, direcionando a atenção à singularidade e subjetividade (FORTES, 2010).

A Reforma Psiquiátrica foi encabeçada por profissionais de saúde mental, que através do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), denunciaram à sociedade as práticas desumanas às quais os usuários dos serviços eram submetidos (FORTES, 2010). De acordo com Almeida (2019), uma característica importante do Movimento foi a participação de todos os setores da sociedade, através especialmente das Conferências Nacionais de Saúde Mental. A participação dos usuários e de suas famílias foi incentivada, e os ativistas sociais e culturais foram aliados no processo. Segundo Fortes (2010), houve uma integração entre

diferentes setores da Saúde Pública e dos Direitos Humanos na busca de romper aquele modelo excludente. A proposta era uma forma de tratamento alternativa, que incluía uma rede de atenção em saúde mental territorial, podendo desta forma, ao invés de excluir, incluir os usuários às suas famílias e comunidades (FORTES, 2010).

O Projeto de Lei nº 3.657 (Brasil, 1989) dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. Também regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, dando início à progressiva mudança do modelo de atenção em saúde mental na década de 1990. Tal Projeto, transformado na Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), trata sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo de assistência em saúde mental. Após tramitar por doze anos no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi aprovada em 2001 (BRASIL, 2005). A mudança de entendimento em relação às doenças mentais, portanto, ainda é um fenômeno recente (FORTES, 2010).

A substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais e a constituição de uma rede de serviços de base territorial e comunitária, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como núcleos organizadores, foram os principais objetivos da Reforma. Em contraponto, houve a resistência ao movimento, através dos setores mais tradicionais da sociedade, o que é, de acordo com Almeida (2019), característico de todos os processos inovadores.

As cidades pioneiras a implementar a Reforma tiveram significativa importância, pois contribuíram para o desenvolvimento de um novo modelo, de acordo com as peculiaridades do contexto brasileiro, ainda que influenciadas pelas experiências internacionais. Representaram os primeiros passos na estruturação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil. Em resposta às violações dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos da época, houve um direcionamento de esforços na melhoria da qualidade de vida dos usuários que viviam naquelas instituições, promovendo gradativamente um processo de desinstitucionalização (ALMEIDA, 2019).

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem avançando significativamente como política pública. Conforme Almeida (2019) a investigação científica já validou a forma de atendimento com foco em cuidados comunitários, e atualmente há uma anuência quanto à importância do modelo de base territorial e comunitária, que deve contar com equipes de saúde mental, sendo as internações indicadas apenas em casos agudos, e realizadas em leitos de hospitais gerais, sempre na perspectiva de uma articulação com a atenção primária e os serviços de reabilitação psicossocial. Desta forma, a questão que esse estudo buscou

responder foi: A implementação dos CAPS repercutiu na diminuição de internações psiquiátricas hospitalares no Brasil?

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Comparar a quantidade de internações psiquiátricas hospitalares com os atendimentos realizados em CAPS, antes e após a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001).

#### 2.1.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever historicamente o período em que os CAPS das regiões brasileiras foram cadastrados no CNES, o que sugere seu ano de implementação;
- b) Quantificar os CAPS em todo o território brasileiro, organizando-os de acordo com o ano de implementação nas regiões brasileiras;
- c) Descrever e quantificar os atendimentos ambulatoriais prestados em CAPS nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020;
- d) Descrever e quantificar as internações hospitalares por motivos psiquiátricos nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020; e,
- e) Verificar se a implementação dos CAPS, através da Reforma Psiquiátrica, produziu impacto no número de internações psiquiátricas hospitalares no Brasil.

### 3. CONTEXTO DO ESTUDO

Neste capítulo é apresentado um breve histórico sobre a Rede de Atenção Psicossocial, as internações psiquiátricas e os Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. Também são expostos os contextos das regiões brasileiras e abordado o planejamento em saúde mental.

#### 3.1 Rede de Atenção Psicossocial e internações psiquiátricas

Após a aprovação da Lei Paulo Delgado (Brasil, 2001), a Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011a) instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas que apresentam sofrimento e/ou transtorno mental e que necessitam de cuidado e atenção, incluindo o uso de álcool e outras drogas, no âmbito da Política de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com tal Portaria, a RAPS é composta pelos seguintes dispositivos: atenção básica em saúde (nela incluída as unidades básicas de saúde e as equipes de consultório na rua); atenção psicossocial especializada (CAPS); atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias com vistas à desinstitucionalização - serviços residenciais terapêuticos (SRT), além de reabilitação psicossocial. Os leitos em hospitais gerais atualmente compõem a retaguarda hospitalar para a RAPS. A Portaria nº 148 (Brasil, 2012b) prevê a obrigatória articulação do serviço hospitalar de referência com os outros pontos de atenção da Rede.

A RAPS propõe um modelo de atenção aberto e de base comunitária, buscando garantir a livre circulação de pessoas com transtornos mentais, para que possam acessar os serviços, pertencendo à comunidade e especialmente à sociedade (BRASIL, 2011a). Conforme Tenório (2002) o conceito de território tem inspiração na Psiquiatria Democrática italiana, e trata-se de algo que demarca a regionalização da assistência, de rede de suporte, e que não se refere a um bairro, mas sim às referências socioculturais e econômicas que perpassam o cotidiano e que constituem a forma de inserção do sujeito no mundo, sugerindo uma lógica de território como dotado de caráter subjetivo. De forma a garantir o cuidado no território, uma das orientações fundamentais da Política de Saúde Mental é a criação de serviços em meio aberto e a progressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos, realizada de forma pactuada e planejada. No intuito de reforçar tal orientação, a Portaria instituinte da RAPS (Brasil, 2011a) desconsidera tais hospitais como pontos de atenção da Rede.

No caso de agravamento de quadros psiquiátricos, a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001) refere que a internação só será indicada mediante laudo médico que justifique os motivos, tendo como finalidade a reinserção social do paciente. Em qualquer de suas modalidades, a internação apenas será indicada quando os recursos extra hospitalares forem insuficientes. A internação em instituições que apresentem características asilares, ou seja, que não forneçam assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, é vedada. Em relação aos quadros de pessoas internadas há longo tempo, podendo caracterizar-se situação de dependência institucional, com ausência de rede de apoio, as situações deverão ser avaliadas por meio de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

A Resolução nº 8 (Brasil, 2019) aponta os recursos a serem utilizados em casos de crises devido a transtornos psiquiátricos, citando prioritariamente o atendimento no CAPS tipo III, que possui leitos de acolhimento. Os CAPS “(...) assumiram um papel na reorganização da rede em suas regiões e estão conseguindo deter o empuxo à internação, que caracteriza ainda hoje a assistência psiquiátrica brasileira” (TENÓRIO, 2002, p. 51). O mesmo autor refletiu sobre o incentivo aos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, os quais buscam substituir as internações em hospitais psiquiátricos. De forma geral, as internações psiquiátricas em hospitais gerais costumam ter menor tempo de permanência, sugerindo a ruptura com a cultura de exclusão social e confinamento.

Conforme Fortes (2010), através do surgimento de novos psicofármacos, associado aos programas interdisciplinares (a exemplo dos CAPS), houve uma mudança em relação à demanda de internação psiquiátrica, pois o paciente pode ser incluído no acompanhamento em regime ambulatorial e extra hospitalar. Entretanto, há casos em que a internação ainda se faz necessária, em especial quando o sofrimento psíquico possa trazer riscos para a vida ou integridade do paciente ou de outros. O objetivo principal da internação é o controle da crise, com vistas à sua estabilização.

O termo “Reforma Psiquiátrica” não se traduz apenas como ausência de hospitalização, e sim como um processo social e complexo, denominado de desinstitucionalização, o qual “(...) consiste em uma estratégia teórico-prática de desmontagem do conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença” (FORTES, 2010, p. S324). Ao invés de apenas transferir o portador de sofrimento psíquico do hospital para o confinamento de sua casa, é esperado que tenha resgatada sua cidadania, e que sua singularidade e subjetividade sejam enfim respeitadas, possibilitando-lhe autonomia para poder pensar sobre seu tratamento, sem almejar a cura como objetivo maior. De acordo com

Tenório (2002) a alteração no paradigma sobre os cuidados em saúde mental depende de compreender que a doença mental não se trata de uma soma de sintomas e sua posterior extinção. Para compreender efetivamente o sofrimento psíquico, deve-se considerar todos os elementos que digam respeito à vida do usuário em questão, pois a condição psicótica envolve a experiência de vida do sujeito, desde questões práticas, tais como condições de trabalho, renda, moradia, até questões mais complexas e subjetivas, envolvendo a construção de suas relações interpessoais. Assim, a Reforma Psiquiátrica envolve a alteração de foco, deslocando a ênfase na doença e direcionando o cuidado para a pessoa doente.

Segundo Amarante (1996) a Reforma é um processo histórico, que objetiva o questionamento e elaboração de propostas a fim de transformar o modelo clássico de tratamento pela Psiquiatria, superando o modelo clínico de tratamento individualizado e excludente. O fechamento do manicômio se relaciona diretamente com a abertura da instituição, refletindo sobre o significado de “abertura”, onde a normalização não guia as ações, onde as regras são pensadas a partir da negociação, da participação e do protagonismo das pessoas envolvidas. O processo de abertura de uma instituição está vinculado às relações de poder envolvidas. Justamente, as estratégias que visam a reabilitação psicossocial buscam romper com relações de poder entre pessoas e instituições, buscando a promoção de autonomia e cidadania de usuários e familiares, bem como garantia de seus direitos (BRASIL, 2016b).

Almeida (2019) fez uma contextualização histórica, trazendo dados que sustentam os progressos em relação ao processo de desinstitucionalização. Os leitos psiquiátricos foram reduzidos para menos da metade entre os anos de 2001 e 2014. A desinstitucionalização foi realizada de forma planejada e progressiva, serviços de base territorial e comunitária foram criados a fim de substituir o modelo hospitalocêntrico, e os CAPS foram se constituindo como núcleo dessa rede de serviços. Para tanto, os recursos financeiros, antes vinculados à rede hospitalar, foram sendo direcionados à rede de serviços comunitários, possibilitando que os serviços substitutivos de fato se tornassem uma realidade.

No que se refere aos efeitos da Reforma Psiquiátrica, Sampaio e Bispo (2021) concordam que houve avanços em relação ao modelo anterior. O gasto em internações aos poucos foi sendo revertido em aumento de serviços comunitários, bem como em ações intersetoriais, de forma a fortalecer o protagonismo dos usuários e de seus familiares. Entretanto, os autores fazem uma crítica ao período a partir de 2016, quando grupos conservadores e liberais que assumiram o governo alteraram parte da organização, incluindo os hospitais psiquiátricos como pontos de atenção da RAPS, aumentando o repasse financeiro

para instituições hospitalares, focando a atenção na abstinência em relação ao uso de álcool e outras drogas, bem como fortalecendo as ações das comunidades terapêuticas, constituindo-se em um retrocesso histórico em relação às conquistas realizadas no processo da Reforma.

De acordo com cientistas da Fiocruz (2015) os progressos atingidos são incontestáveis, porém ainda existem fragilidades e desafios em relação à implementação da Política de Saúde Mental, tais como ampliação do acesso aos equipamentos, financiamento insuficiente, qualidade da informação produzida pelos serviços, integração com a atenção primária, entre outros. Os pesquisadores afirmam que a diversidade do Brasil necessita ser considerada no que se refere às dificuldades apresentadas.

### 3.2 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) brasileiro surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, e foi denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira. O espaço da antiga Divisão de Ambulatório, responsável pela assistência psiquiátrica extra hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde, foi transformado no CAPS, que acolhia os egressos dos hospitais psiquiátricos, buscando evitar novas internações e ofertando atendimento intensivo para portadores de doença mental. Além deste, ainda nos anos 1980, outras experiências regionais foram marcantes, como

“(…) a Casa das Palmeiras no Rio de Janeiro, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS) de Santos-SP e outras cidades, os centros de convivência, em São Paulo, a Pensão Nova Vida, no Rio Grande do Sul, e muitas outras que traziam em si o desejo da reabilitação e a marca da insatisfação quanto ao que era oferecido até então. Estas, ao mesmo tempo, buscavam responsabilizar-se pelos usuários e estabelecer pontes entre eles e a sociedade” (RIBEIRO, 2004, p. 95).

Os CAPS foram se estruturando como serviços de atendimento diário, pois devido às condições clínicas dos usuários, associadas muitas vezes às suas condições sociais, necessitavam de um acompanhamento mais sistemático. Portanto, sempre que assim o desejasse, o usuário poderia acessar o Centro, onde lhe eram ofertadas atividades terapêuticas diversas, em uma proposta de acolhimento por equipe interdisciplinar. A intenção era de que, através das diversas atividades e profissionais, o usuário pudesse se vincular com aquilo ou com aquele com quem se identificasse, algo que lhe desse sentido (RIBEIRO, 2004). Os CAPS, portanto, ao ofertar diversas atividades terapêuticas, incluindo o atendimento por equipe multidisciplinar, buscam possibilitar ao usuário uma diversidade de potenciais

vínculos, “tanto no que diz respeito às pessoas com quem que ele possa se vincular, quanto às atividades em que possa se engajar” (TENÓRIO, 2002, p. 40). Assim, o cuidado em saúde mental é visto de forma ampliada, buscando, através das redes de apoio, território e cuidado cotidiano, uma ampliação dos cuidados:

“O pressuposto é o de que a alienação psicótica implica uma dificuldade específica de expressão subjetiva, refratária a ser apreendida por instituições massificadas ou pouco aparelhadas para captar e entrar em relação com o singular de cada paciente. Do mesmo modo, as dificuldades concretas de vida acarretadas pela doença mental grave devem ser também elas objeto das ações de cuidado, incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado ‘extraclínico’” (TENÓRIO, 2002, p. 40).

Os CAPS são serviços comunitários estratégicos, destinados ao atendimento de pacientes portadores de transtornos mentais graves e persistentes de uma determinada área de abrangência, com função de articulação com a rede de atenção primária, desenvolvendo apoio matricial e cuidado colaborativo, além de atuar em conjunto com as demais políticas públicas de seu território, em especial com a Política de Assistência Social. A área de cobertura do atendimento do CAPS varia conforme o porte e a complexidade de atendimento (FIOCRUZ, 2015). Cabe salientar que a referência estratégica, que hoje pertence aos CAPS, até a década de 1990 era responsabilidade dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2002).

A Portaria nº 336 (Brasil, 2002b) instituiu que os CAPS devem constituir-se em serviços ambulatoriais de atenção diária, funcionando de acordo com a lógica territorial, organizados pela complexidade e a abrangência populacional. De acordo com cientistas da Fiocruz (2015), além dos CAPS direcionados a pessoas portadoras de transtornos severos e persistentes, a partir de 2002 novas tipificações foram criadas: os CAPS I (direcionados ao cuidado à infância e adolescência) e os CAPS AD (voltados a usuários de álcool e outras drogas).

O atendimento dia dos CAPS prevê atividades não ofertadas pelos ambulatórios e hospitais psiquiátricos, possibilitando acompanhamento intensivo, podendo o usuário comparecer todos os dias da semana, caso necessário (TENÓRIO, 2002). O usuário retorna à noite para sua residência, à exceção do CAPS III, que pode ofertar acolhimento noturno para situações mais graves. É um recurso utilizado em consonância com o projeto terapêutico singular do usuário, que não deve exceder catorze (14) dias e visa o manejo de situações de crise relacionadas a transtornos mentais, incluindo aqueles devido ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012c), com vistas a evitar internações.

O atendimento nos CAPS inclui as seguintes atividades: atendimento individual (incluindo avaliação medicamentosa, psicoterapia, atendimentos de orientação), grupal

(psicoterapia grupal, grupo operativo, atividades de suporte), participação em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimentos à família do usuário, além de atividades que visem a integração do usuário à comunidade, sua inserção social e familiar (BRASIL, 2011a).

O Quadro 1 descreve as modalidades de tratamento oferecidas pelos CAPS, as quais incluem: acompanhamento intensivo (que em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário), semi-intensivo (usuários que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS) e não intensivo (em função do quadro clínico, o usuário pode ter uma frequência menor) (BRASIL, 2002b).

Quadro 1 – Tipos de CAPS

TIPO	Público	Atendimento	Equipe mínima	Abrangência	Funcionamento	Outros
CAPS I	Pessoas que apresentam transtornos psiquiátricos severos e persistentes	20 usuários por turno, tendo como limite máximo trinta usuários/dia.	1 médico (formação em saúde mental); 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); e, 4 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).	Municípios ou regiões c/ pop. < de 20 mil habitantes.	8h às 18h, de segunda a sexta-feira	
CAPS II		30 usuários por turno, tendo como limite máximo quarenta e cinco usuários/dia.	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); e, 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.	Municípios ou regiões com pop. < 70 mil habitantes.	8h às 18h, de segunda a sexta-feira  Pode comportar 3º turno até às 21h	
CAPS III		40 usuários por turno, tendo como limite máximo 60 usuários/dia.	2 médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); e 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Para acolhimento noturno (plantões de 12hs): 3 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e 1 profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12hs diurnas nos sábados, domingos e feriados: 1 profissional de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico); 3 técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e 1 profissional de nível médio da área de apoio.	Municípios ou regiões com pop. < 200 mil habitantes.	Funcionamento nas 24 horas e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.	Referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica. Possui acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação.

CAPS AD II	Pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas	25 usuários por turno, tendo como limite máximo 45/dia.	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); e, 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.	Municípios ou regiões com pop < 70 mil habitantes.	8h às 18h, de segunda a sexta-feira  Pode comportar 3º turno funcionando até às 21h	Manter de 2 a 4 leitos (desintoxicação e repouso)
TIPO	Público	Número de usuários	Equipe mínima	Abrangência	Funcionamento	Outros
CAPS AD III	Pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas	40 usuários por turno.  Até 60 usuários por turno.	1 médico clínico; 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional; pedagogo; ou educador físico); 4 técnicos de enfermagem; 4 profissionais de nível médio; e, 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.  Período de acolhimento noturno (plantão de 12hs): 1 profissional de saúde de nível superior, preferencialmente enfermeiro; 3 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e, 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.  No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de 12hs: 1 enfermeiro; 3 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e,	Municípios ou regiões com pop. < 200 mil habitantes.	Funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.	Mínimo 8 e no máximo 12 leitos de acolhimento noturno

			1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.			
CAPS AD IV		A legislação não específica.	<p>Profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.</p> <p>Turno Diurno:  1 médico clínico (diarista);  2 médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12hs);  2 enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12hs);  6 profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;  6 técnicos de enfermagem (plantonistas 12hs); e  4 profissionais de nível médio.</p> <p>Turno Noturno:  1 médico psiquiatra (plantonista 12hs);  1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12hs); e  5 técnicos de enfermagem (plantonistas 12hs).</p>	Municípios com pop. > 500.000 habitantes.	24 horas e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.	Manter no mínimo 10 e no máximo 30 leitos de acolhimento noturno
TIPO	Público	Número de usuários	Equipe mínima	Abrangência	Funcionamento	Outros
CAPS i II	Crianças e adolescentes que apresentam transtornos psiquiátricos severos e persistentes	15 usuários por turno. Máximo 25 usuários /dia.	1 médico psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); e, 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.	Municípios ou regiões com pop. < 150 mil habitantes.	8h às 18h, de segunda a sexta-feira Pode comportar 3º turno até às 21h	

Fonte: Portarias nº 3.088 (Brasil, 2011a), nº 130 (Brasil, 2012a), e 3.588 (Brasil, 2017).

### 3.3 As Regiões Brasileiras

O Brasil é composto por vinte e sete unidades federativas: vinte e seis estados além do Distrito Federal. Possui uma população estimada de 211.755.692 pessoas para 2021. Devido à sua extensa territorialidade, é composto por costumes muito diversificados, incluindo danças populares, comida, músicas, além de atividades econômicas, bem como a forma de pronúncia do idioma. Desta forma, a fim de garantir uma melhor compreensão, estudo e administração do país, o vasto território foi dividido em cinco regiões. São elas: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro Oeste, formadas por 5.570 municípios. Cada região é composta por um diferente número de estados (IBGE, 2021).

Figura 1 – Brasil, regiões, estados e capitais



Fonte: Profissão Mestre (2019).

O Quadro 2 mostra os estados de cada região e algumas características:

Quadro 2 – As Regiões Brasileiras – Estados, capitais, população e, território.

Região	Estado	População 2020	Extensão territorial	Capital
Norte	Acre	894.470	164.173,431 km <sup>2</sup>	Rio Branco
	Amapá	861.773	142.470,762 km <sup>2</sup>	Macapá
	Amazonas	4.207.714	1.559.167,878 km <sup>2</sup>	Manaus
	Pará	8.690.745	1.245.870,707 km <sup>2</sup>	Belém
	Rondônia	1.796.460	237.765,347 km <sup>2</sup>	Porto Velho
	Roraima	631.181	223.644,527 km <sup>2</sup>	Boa Vista
	Tocantins	1.590.248	277.423,630 km <sup>2</sup>	Palmas
Nordeste	Alagoas	3.351.543	27.830,656 km <sup>2</sup>	Maceió
	Bahia	14.930.634	564.760,427 km <sup>2</sup>	Salvador
	Ceará	9.187.103	148.894,442 km <sup>2</sup>	Fortaleza
	Maranhão	7.114.598	329.651,495 km <sup>2</sup>	São Luís
	Paraíba	4.039.277	56.467,242 km <sup>2</sup>	João Pessoa
	Pernambuco	9.616.621	98.067,880 km <sup>2</sup>	Recife
	Piauí	3.281.480	251.755,485 km <sup>2</sup>	Teresina
	Rio Grande do Norte	3.534.165	52.809,601 km <sup>2</sup>	Natal
	Sergipe	2.318.822	21.938,184 km <sup>2</sup>	Aracaju
Sul	Paraná	11.516.840	199.298,982 km <sup>2</sup>	Curitiba
	Rio Grande do Sul	11.422.973	281.707,149 km <sup>2</sup>	Porto Alegre
	Santa Catarina	7.252.502	95.730,684 km <sup>2</sup>	Florianópolis
Sudeste	Espírito Santo	4.064.052	46.074,447 km <sup>2</sup>	Vitória
	Minas Gerais	21.292.666	586.513,993 km <sup>2</sup>	Belo Horizonte
	Rio de Janeiro	17.366.189	43.750,426 km <sup>2</sup>	Rio de Janeiro
	São Paulo	46.289.333	248.219,481 km <sup>2</sup>	São Paulo
Centro Oeste	Distrito Federal	3.055.149	5.760,784 km <sup>2</sup>	Brasília
	Goiás	7.113.540	340.242,854 km <sup>2</sup>	Goiânia
	Mato Grosso	3.526.220	903.207,050 km <sup>2</sup>	Cuiabá
	Mato Grosso do Sul	2.809.394	357.147,994 km <sup>2</sup>	Campo Grande
<b>BRASIL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>211.755.692</b>	<b>8.510.345,538 km<sup>2</sup></b>	<b>Brasília</b>

Fonte: IBGE (2021).

No que se refere às condições de saúde das populações, de acordo com Barbosa (2004), as regiões Norte e Nordeste possuem frágeis condições de vida e saúde. Soares (2016) afirma que a região Norte tem o segundo menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo superada pela região Nordeste. Conforme Macedo e Andrade (2020) se destacam, entre as populações vulneráveis, as crianças e os idosos.

A região Norte é predominantemente constituída por municípios de pequeno porte e possui como característica as comunidades indígenas e os povos tradicionais. Nesta região, existem altas taxas de suicídio, que são maiores que o dobro do que as encontradas em povos não indígenas, havendo grandes taxas de alcoolização entre os povos indígenas (BRASIL, 2016b). Há aumento da taxa de suicídio na região nas últimas décadas, com a presença de forte desigualdade social, incluindo a forma de acesso aos serviços (SANTOS e BARBOSA,

2017). No que se refere ao vazio assistencial, Soares (2016) refere a preocupação quanto às particularidades desta região, trazendo o exemplo de grandes distâncias serem percorridas com o uso de barcos.

De acordo com Barbosa (2004) a condição social da região Norte é uma das mais desfavoráveis do Brasil, com indicadores de morbidade associados à Dengue e AIDS. A região conta com rede pública insuficiente para dar conta de suas demandas de saúde, incluindo dificuldade de fixação de profissionais no interior dos estados, apesar de iniciativas federais de fomento.

A região Nordeste também é constituída, em sua maioria, por municípios de pequeno porte, porém a diferença é que nesta região as sedes urbanas são mais próximas. Quanto maior a proximidade com o sertão, mais precária a infraestrutura, o que repercute em condições de saneamento básico insuficientes. Dimenstein et al. (2021) afirmam que na região há centralização de serviços especializados nas capitais e nas cidades maiores do interior dos estados. Tais serviços são referência para a atenção em saúde mental, ainda que preocupe a qualidade dos mesmos, tendo em vista realizarem a cobertura de grandes populações.

A região Centro Oeste, conforme Soares (2016), possui a segunda maior área em extensão, porém apresenta a segunda menor população, apresentando concentrações em centros urbanos. De acordo com Brasil (2016b) é caracterizada pela maioria de municípios de pequeno porte, com dificuldade de acesso devido às grandes distâncias entre as cidades. Também apresenta forte presença de populações tradicionais, especialmente a indígena. O Mato Grosso é o estado com “(...) maior número de distritos sanitários especiais indígenas da região e o Mato Grosso do Sul com a segunda maior população indígena do país” (BRASIL, 2016b, p. 15). Há intenso uso de substâncias psicoativas e alto número de tentativas de suicídio. Em contrapartida, a região do Distrito Federal e arredores possui características diretamente atreladas à discussão, definição e implementação das políticas públicas.

A Região Sudeste constitui-se como a mais rica e populosa, apresentando maior possibilidade de investimentos na área da saúde. Por outro lado, apresenta problemas referentes à violência urbana, vulnerabilidade e desigualdades sociais importantes, além de outros, tipicamente ligados a grandes metrópoles. No que tange às condições de saúde mental, nesta região se encontram os maiores polos manicomial do Brasil, abrangendo o maior número de moradores e de leitos em hospital psiquiátrico. No período entre 2011 e 2015, todos os estados da região desenvolveram ações vinculadas aos processos de desinstitucionalização, que resultaram no fechamento de grandes hospitais psiquiátricos ou na diminuição de seus leitos (BRASIL, 2016b).

A região Sul foi marcada por processos migratórios, e consequente diversidade étnica e cultural. Há presença de povos indígenas, quilombolas, bem como outros. Nesta região o IDH está entre os mais altos do Brasil, que apresenta os menores índices de desigualdade social. Há grande presença de municípios de pequeno porte. De acordo com Brasil (2016b) o desafio para a região é o seguimento dos processos de desinstitucionalização, com a substituição do modelo hospitalocêntrico pelo modelo de base territorial e comunitária.

Dimenstein et al. (2021) argumentam sobre a dificuldade de manter a equidade no país, devido ao desmonte de políticas públicas, pois as diferenças regionais persistem, nelas incluídas as desigualdades de toda ordem, sendo necessário investimentos em relação à oferta de serviços e de recursos humanos, além da ampliação do acesso. Os autores trazem a importância das redes regionalizadas, a fim de garantir a articulação em direção à equidade e integralidade do cuidado em saúde.

### 3.4 Planejamento em Saúde Mental

De acordo com Castor & Suga (1988) a informação é o elemento básico e fundamental ao planejamento. Para a realização do planejamento faz-se necessário o uso da informação, a fim de que a realidade local seja contemplada, bem como as barreiras para atingir os objetivos sejam deslocadas através da identificação dos obstáculos (BARBOSA; FORSTER, 2010). A informação deve ser confiável para que as ações necessárias possam ser oportunizadas. Nesse sentido Soares (2016) considera os dados epidemiológicos de essencial importância para que as prioridades sejam determinadas a nível de planejamento em saúde. Castor e Suga (1988) trazem a ideia de planejamento em oposição ao “fazejamento”, e a antecipação como sendo necessária. O planejamento deve ser feito de forma sistemática, considerando os métodos de pesquisa e documentação, que asseguram confiança e condições de comparabilidade em relação às informações.

No que se refere ao planejamento em relação à saúde mental, cabe referir sobre a importância do Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto por Carlos Matus (Iida, 1993) a partir de 1970. Tal método contempla problemas sociais complexos, compreendendo que a realidade pode ser explicada de diferentes formas, através das diversas forças sociais que coexistem, e onde há conflitos. Traz o foco sobre o contexto em que ocorre o planejamento, e assim considera que a realidade é dinâmica e não estática, pois se constitui na

medida em que as forças sociais se formam. O planejamento, portanto, ocorre através do contato com as experiências vivenciadas (TONINI, 2005).

De acordo com Amarante (2002) o planejamento estratégico situacional (PES) considera o ator que planeja como inserido dentro da realidade a ser planejada e mantém relação com demais planejadores. O autor estabelece a diferenciação entre o método normativo de planejamento, no qual o planejador permanece desprendido da realidade a ser planejada. Conforme Tonini (2005) o PES incide de forma direta na conjuntura atual, podendo reconhecer os problemas em relação ao processo da Reforma Psiquiátrica, buscando selecionar os prioritários, indicando as ações necessárias para que os objetivos definidos sejam atingidos. Conforme Laluna e Ferraz (2003) o PES se aplica de forma satisfatória na gestão em saúde, devido a considerar situações complexas e não organizadas.

Desta forma, utilizando o entendimento acerca do PES, Tonini (2005) afirma que não existe neutralidade no planejamento dentro do campo da Saúde Mental, justamente pelo fato de que o planejador está inserido dentro da realidade social a qual planeja. O planejamento em saúde mental pode ser realizado de forma a considerar a organização dos serviços extra hospitalares, o monitoramento dos indivíduos em sofrimento psíquico e seus familiares e a formação dos profissionais em saúde mental (TONINI, 2005).

No processo de mudança na atenção às pessoas portadoras de sofrimento psíquico existem desafios e conflitos, e o Movimento da Reforma Psiquiátrica vem sendo impulsionado através da participação e do controle social, bem como das normativas do Ministério da Saúde e por meio dos espaços de tais como conferências a nível municipal, estadual e federal (TONINI, 2005). Amarante (2002) trata sobre estratégias de planejamento que envolvem os processos de desinstitucionalização e inovação de tecnologias no cuidado.

Quando se pensa no planejamento de ações em saúde mental, Tonini (2005) ressalta a importância do conflito, que reflete os diversos interesses envolvidos. Reflete sobre a existência de forças contrárias sobre o entendimento do cuidado em meio aberto e da presença ainda atual da cultura manicomial. Através do PES, sabemos que o caminho é o enfrentamento do conflito, de forma a captar as posições dos atores contrários, por meio da defesa de ideologias e força de argumentação de ideias.

Em relação ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, seu início ocorreu paralelamente ao Movimento Sanitarista de 1970. Este defendia a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005). Entretanto, apesar de

contemporânea, a Reforma Psiquiátrica possui história própria e específica, sendo maior do que a soma das novas leis e normas, e ainda maior do que as alterações provocadas em relação às políticas governamentais:

“A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005, p. 6).

A força dos movimentos sociais, a partir de 1992, através do Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiu a aprovação das primeiras leis referentes à Reforma Psiquiátrica, em diversos estados do Brasil. Na década de 1990 passaram a vigorar as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação dos serviços substitutivos, bem como leis que previam a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Em 2001 a Lei Federal 10.216 foi aprovada, redirecionando a assistência em saúde mental. O planejamento para a aplicabilidade da Lei incluiu a criação de linhas de financiamento específicas através do Ministério da Saúde, a fim de criar espaços que substituíssem os hospitais psiquiátricos, garantindo o cuidado em liberdade. A rede de atenção foi expandida, e pessoas com longo histórico de internação iniciaram processo de desinstitucionalização por meio da criação do Programa “De Volta para Casa”. O planejamento também incluiu a política de recursos humanos, além do enfoque nas pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas, incluindo a estratégia de Redução de Danos. Em 2004 realizou-se o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, reunindo trabalhadores e usuários do Serviço. Todo este processo foi resultado de ações realizadas nas três esferas do governo com o apoio dos movimentos sociais (BRASIL, 2005).

Quanto aos hospitais psiquiátricos que ainda existem, dois programas foram criados para garantir o cuidado em saúde mental de forma estratégica: o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – PRH e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria. O primeiro tem como meta a redução dos leitos de forma planejada, garantindo uma forma de mudança segura para o modelo comunitário e territorial de atenção em saúde mental. Tal ação objetiva ainda que os recursos financeiros utilizados em internações em hospitais psiquiátricos sejam gradualmente destinados às ações da RAPS. Já o PNASH determina que tais hospitais tenham avaliadas as

prestações de serviços, de forma que as diretrizes sejam cumpridas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2002a).

De acordo com Brasil (2005) um critério fundamental para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades é a população dos municípios, que deve ser compreendida como um elemento orientador para o planejamento. Cabe ao gestor local, em articulação com as demais instâncias do SUS, definir quais os serviços atendem melhor a demanda de seu município.

Entretanto, há ainda um investimento muito precário na Política de Saúde Mental no Brasil. Apenas 2,5% dos recursos da saúde são investidos na área da saúde mental, o que é inadmissível diante do alcance e complexidade do tema em relação à população brasileira (ONOCKO-CAMPOS et al., 2018). Os autores concordam com Sampaio e Bispo (2021) sobre a grande redução no financiamento e retrocessos em relação aos progressos obtidos através da Reforma, a partir de 2016. Atribuem à mudança nos rumos da política nacional e à crise que atingiu o país.

#### 4. MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa comparativa e descritiva de cunho quantitativo-qualitativo, baseando-se na coleta e análise de dados secundários. De acordo com Gil (2008) a pesquisa descritiva visa discorrer sobre as características de determinadas populações ou fenômenos, ou constituir relações entre as variáveis analisadas. Podem, ainda, estipular a natureza de tais relações. Conforme o mesmo autor, as pesquisas descritivas são comumente realizadas por pesquisadores que se interessam pela atuação prática.

O método qualitativo trata de questões mais subjetivas e relacionais da realidade social, e se traduz através dos relatos, das histórias, dos significados e dos valores dos atores sociais envolvidos (MINAYO, 2013). Conforme Mussi et al. (2019) este método se interessa pelo que é singular, individual, diferenciado, pessoal. Já o método quantitativo é regido em função de dados matemáticos e estatísticos, pretendendo determinar indicadores e tendências presentes na realidade, ou seja, dados representativos e objetivos. Os mesmos autores apontam para a possibilidade de combinação entre os dois métodos, a depender do objetivo da pesquisa.

Neste Estudo, a fim de atingir os objetivos específicos: a) descrever historicamente o período em que os CAPS foram cadastrados no CNES nos estados brasileiros (ano de implementação) e, b) quantificar os CAPS em todo o território brasileiro, foram coletados os dados referentes ao número de CAPS em todos os estados brasileiros, através do sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2021), destacando o período em que tais serviços foram cadastrados no CNES, o que sugere a sua data de sua implementação. Não foram considerados os CAPS que, ao longo dos anos, foram desativados. Os dados foram organizados em uma tabela (Tabela 1) e, após expostos em um gráfico (Gráfico 1), de forma a considerar as regiões brasileiras.

O número de CAPS nos estados brasileiros também foi organizado de forma a considerar a taxa de ocupação, conforme exposto na Tabela 2, descrita nos Anexos deste Trabalho. Conforme Silva (2019), utilizou-se a seguinte fórmula:

$$\frac{[(\text{N}^\circ \text{ de CAPS I} * 0,5) + (\text{N}^\circ \text{ de CAPS II}) + (\text{N}^\circ \text{ de CAPS III} * 1,5) + (\text{N}^\circ \text{ de CAPS i}) + (\text{N}^\circ \text{ de CAPS AD})]}{\text{População do estado em 2020}} * 100.000$$

Os dados referentes aos CAPS foram coletados através do sítio do CNES (2021) e, para a população, os dados foram coletados através do sítio do IBGE (2021), usando o fator de multiplicação 100.000, tendo em vista o parâmetro de proporção de um (1) CAPS para

cada 100.000 habitantes. Após, foram realizadas as médias simples entre as taxas dos estados das regiões brasileiras, que constam na Discussão deste Trabalho.

Para atingir o objetivo específico c) descrever e quantificar os atendimentos ambulatoriais realizados nos CAPS brasileiros, os dados foram coletados através do sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2021), selecionando o período entre os anos 1995 e 2020. As informações quantitativas sobre procedimentos ambulatoriais realizados por CAPS foram coletadas para cada estado brasileiro no DATASUS, da seguinte forma: Início (<http://tabnet.datasus.gov.br/>) – Informações em Saúde (TABNET) – Assistência à Saúde – Produção Ambulatorial (SIA/SUS) - por local de atendimento; de janeiro de 1992 a dezembro de 2007; e, por local de atendimento, a partir de janeiro de 2008 até dezembro de 2020. Escolheu-se no campo “linha” o ano de processamento; no campo “coluna” a unidade de federação e no campo “conteúdo” a “quantidade aprovada”. Após, todos os procedimentos foram somados e organizados por região. Cabe salientar que houve mudança no site do DATASUS em relação aos procedimentos nos períodos selecionados. Estes estão descritos nos Apêndices deste Trabalho. Os dados quantificados foram organizados em uma tabela (Tabela 3) e expostos em um gráfico (Gráfico 2).

Para se atingir o objetivo específico d) descrever e quantificar as internações hospitalares por motivos psiquiátricos nas regiões brasileiras, as informações também foram coletadas através do site DATASUS, no período de 1995 a 2020. As modalidades de atendimento em Hospital Dia e, atendimento em serviços de urgências e emergências não foram consideradas neste Trabalho, tendo em vista a necessidade de separar os atendimentos ambulatoriais realizados em CAPS das internações psiquiátricas, de forma mais específica.

As informações quantitativas sobre internações psiquiátricas foram coletadas da seguinte forma: Início (<http://tabnet.datasus.gov.br/>) – Informações em Saúde (TABNET) – Assistência à Saúde – Produção Hospitalar (SIH/SUS) - Dados Consolidados AIH (RD), por local de internação, de 1995 a 2007 e Dados Consolidados AIH (RD), por local de internação, a partir de 2008. Escolheu-se no campo “linha” o ano de processamento; no campo “coluna” unidade de federação e no campo “conteúdo”, internações. Foram utilizados os dados de janeiro de 1995 a dezembro de 2020. Os procedimentos referentes às internações psiquiátricas foram somados de acordo com cada estado, e após organizados por região brasileira. Houve mudança no site do DATASUS em relação aos procedimentos nos períodos selecionados, que se encontram descritos nos Apêndices deste Trabalho. A quantidade de internações foi organizada em uma tabela (Tabela 4) e, após, demonstrada através de um gráfico (Gráfico 3).

Para se atingir o objetivo específico e) Verificar se a implementação dos CAPS, através da Reforma Psiquiátrica, produziu impacto no número de internações psiquiátricas hospitalares no Brasil, foi elaborada uma tabela comparativa (Tabela 5) usando o cálculo de média simples dos números de atendimentos em CAPS e de internações psiquiátricas nas regiões brasileiras.

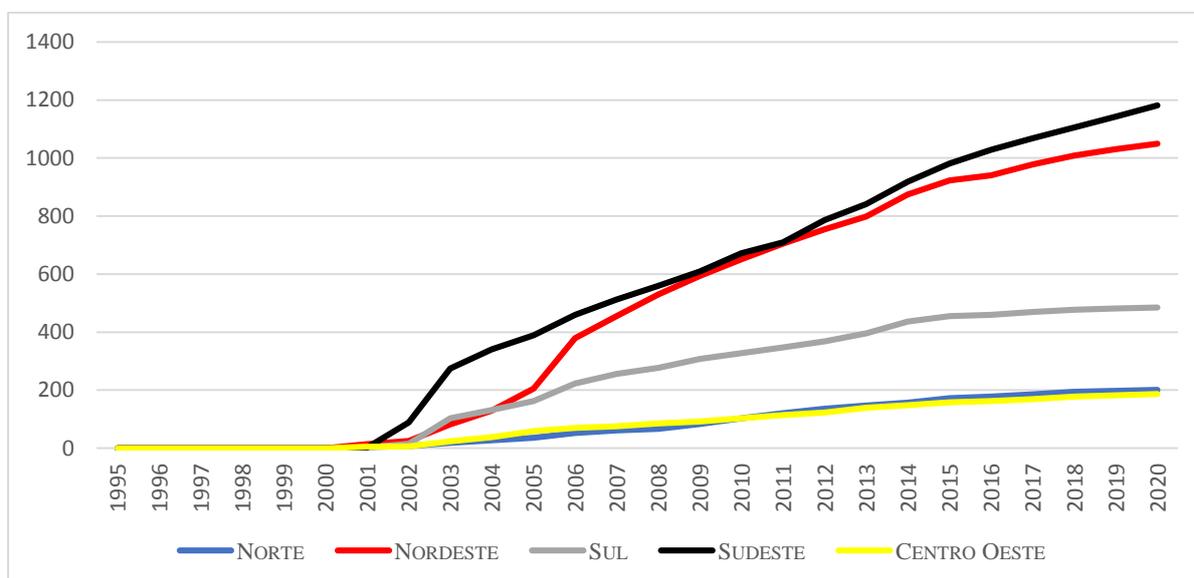
Após a coleta de todos os dados, se descreveu como a implementação dos CAPS repercutiu nas internações psiquiátricas nas regiões brasileiras, através de uma comparação, que foi o objetivo geral deste Trabalho.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Resultados

A descrição histórica do período em que os CAPS dos estados brasileiros foram cadastrados no CNES constitui os resultados da Tabela 1 (objetivo específico a) desse Trabalho) e é mostrada através do gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Implementação dos CAPS nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020 – série histórica

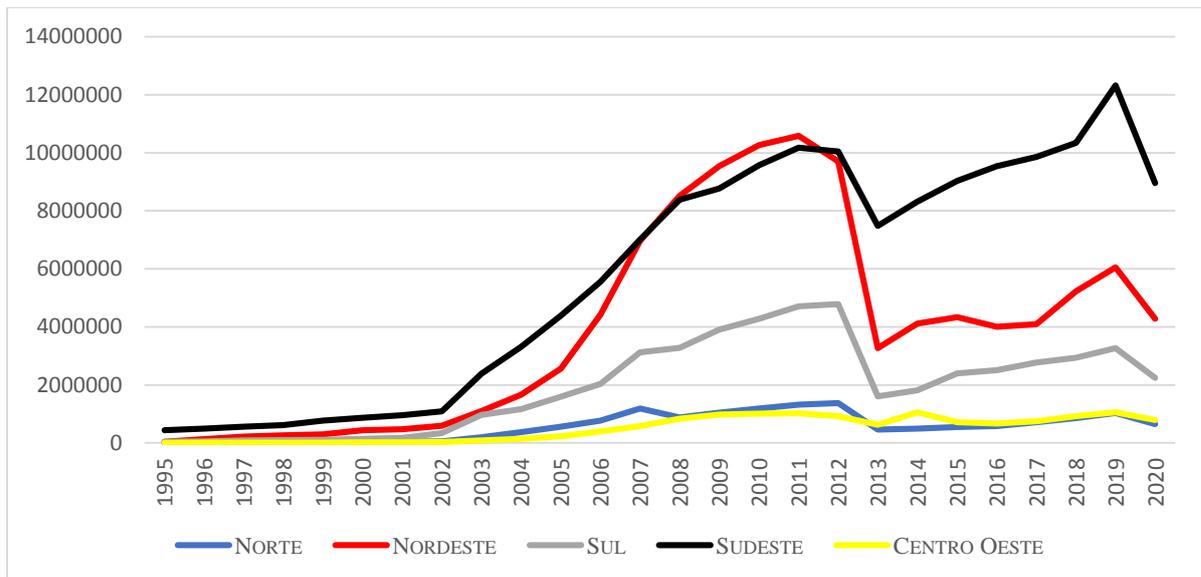


Fonte: Tabela 1, elaborada pela autora.

A quantificação dos CAPS em todo o território brasileiro, de 1995 a 2020, organizada por ano de implementação e região, objetivo b) deste Trabalho, é demonstrada através dos resultados descritos nas Tabelas 1 e 2, que se encontram nos Anexos deste Trabalho.

Em relação à descrição e à quantificação dos atendimentos ambulatoriais prestados em CAPS nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020, objetivo c) deste Trabalho, a Pesquisa os descreve na Metodologia e nos Apêndices, e os quantifica através da Tabela 3, que se encontra nos Anexos deste Trabalho. Os resultados são demonstrados através do Gráfico 2:

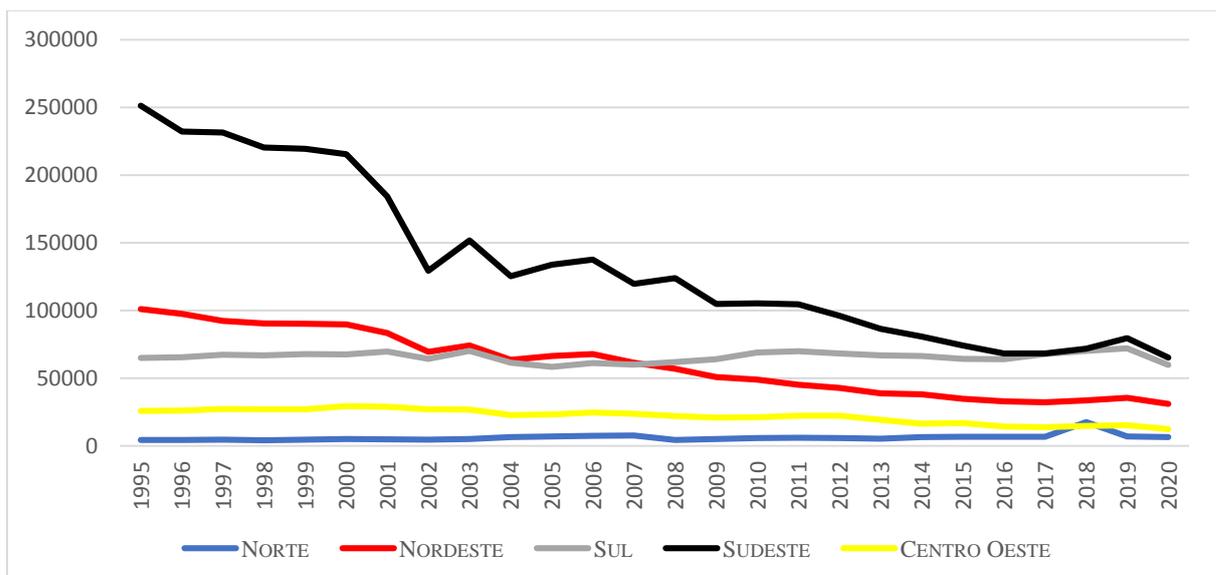
Gráfico 2 – Atendimentos realizados nos CAPS nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020 – série histórica



Fonte: Tabela 3, elaborada pela autora.

Em relação à descrição e à quantificação das internações psiquiátricas nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020, objetivo d) desta Pesquisa, estão descritas na Metodologia e nos Apêndices. A Pesquisa as quantifica através da Tabela 4, que consta nos Anexos desse Trabalho. Os resultados são demonstrados através do Gráfico 3:

Gráfico 3 – Quantidade de internações psiquiátricas hospitalares nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020 – série histórica



Fonte: Tabela 4, elaborada pela autora.

O comparativo entre a quantidade de internações psiquiátricas e atendimentos em CAPS, antes e após a Lei da Reforma Psiquiátrica, objetivo e) deste Trabalho, é demonstrado

através da Tabela 5, que se encontra nos Anexos e exibe um comparativo entre a média do número de internações antes (1995 a 2000) e após a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001 a 2020). Tal comparação visa verificar se a implementação dos CAPS produziu impacto no número de internações psiquiátricas (objetivo e) desta Pesquisa).

### 5.1.2 Discussão

Quando se descreveu historicamente o período em que os Centros de Atenção Psicossocial dos estados brasileiros foram cadastrados no CNES, percebeu-se o aumento progressivo de CAPS, de acordo com o Gráfico 1, baseado na Tabela 1. Brasil (2015) confirmou tal resultado, afirmando que a implementação de CAPS aumentou em todas as regiões do Brasil entre os anos 2002 e 2014. Isso indica que houve um comprometimento nacional na ampliação dos serviços.

A expansão dos CAPS no território brasileiro foi essencial para a alteração na forma de atendimento às pessoas com transtornos mentais, tendo modificado o quadro da saúde mental pública no país, que antes era de grande desassistência. Houve melhora progressiva da assistência no território nacional (BRASIL, 2005). Não foram identificados nesta Pesquisa, através do site CNES, CAPS cadastrados entre 1995 e 2000, pois sua implementação oficial ocorreu a partir de 2001.

Ao quantificar os CAPS em todo o território brasileiro, depreendeu-se que, ao comparar o número de Centros às populações das regiões estudadas, o número de Centros se encontra em proporção em relação às populações dos territórios. A região Sudeste apresenta o maior número de CAPS (1.182), e também a maior população do Brasil (89.012.240 hab.), conforme o Quadro 2, sendo a região pioneira na implementação dos Centros de Atenção Psicossocial. A segunda região com mais CAPS implementados é a Nordeste (1.049), que é a segunda com maior população (57.374.243 hab.), seguida pela região Sul (485 CAPS), a terceira em número populacional (30.192.315 hab.). As regiões Norte (201 CAPS) e Centro Oeste (187 CAPS) têm menores índices populacionais: 18.672.591 e 16.504.303 habitantes, respectivamente.

Entretanto, ao analisar a extensão territorial, percebeu-se que as regiões brasileiras que apresentam menos Centros possuem as maiores áreas em extensão: a região Norte possui área de 3.850.516,282 km<sup>2</sup> e a Centro Oeste de 1.606.358,683 km<sup>2</sup>, conforme o Quadro 2. O fato

de apresentarem menor população não impede a ocorrência de vazios de atendimento, devido às longas distâncias que os usuários devem percorrer para o acesso aos serviços de saúde. Brasil (2015) faz um apontamento específico em relação à região Norte, que vai ao encontro dos resultados desta Pesquisa. Devido à extensão territorial, bem como às dificuldades de acesso e às diversidades étnico-culturais, tal região possui contexto desafiador para a implantação dos serviços e ter o acesso a eles garantido (BRASIL, 2015).

No que se refere à cobertura de CAPS, conforme Brasil (2008), o indicador CAPS/100.000 habitantes foi regulado em 2007 como principal elemento indicador da saúde mental no Pacto pela Vida, compromisso firmado entre os gestores do SUS sobre situações prioritárias que impactam sobre a saúde da população brasileira (BRASIL, 2006). De acordo com Brasil (2005) tal indicador foi criado a fim de evidenciar a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária de forma longitudinal, ao mesmo tempo em que possibilita subsidiar a definição de prioridades aos gestores.

“(…) A taxa de cobertura do CAPS reflete o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de Saúde Mental no longo do tempo. Como regra geral, tem sido considerada como parâmetro para uma conformação ideal da rede a proporção de um CAPS para cada 100.000 habitantes” (MACEDO, 2020, p. 38).

Brasil (2016a) aponta como método de cálculo para municípios, estados e DF a seguinte fórmula: Numerador:  $[(N^{\circ} \text{ CAPS I} * 0,5) + (N^{\circ} \text{ CAPS II}) + (N^{\circ} \text{ CAPS III} * 1,5) + (N^{\circ} \text{ de CAPS i}) + (N^{\circ} \text{ CAPS AD}) + (N^{\circ} \text{ de CAPS AD III} * 1,5)]$ , em determinado local e período. O denominador é a população residente no mesmo local e período, com fator de multiplicação de 100.000. Este indicador deve ser pactuado pelos municípios com população igual ou superior a 15 mil habitantes, e o parâmetro nacional deve ser maior ou igual que 0,70.

Já Silva et al. (2019) utilizaram em seu estudo a fórmula que altera apenas o numerador, e assim inclui todos os tipos de CAPS AD na soma:  $[(N^{\circ} \text{ CAPS I} * 0,5) + (N^{\circ} \text{ CAPS II}) + (N^{\circ} \text{ CAPS III} * 1,5) + (N^{\circ} \text{ de CAPS i}) + (N^{\circ} \text{ CAPS AD})]$ . Neste Trabalho, optou-se por utilizar esta fórmula, pois ao considerar os CAPS AD como um todo, inclui também o CAPS AD IV, que foi definido a partir da Portaria 3.588 (BRASIL, 2017).

Os parâmetros do indicador CAPS/100 mil habitantes são: “Cobertura muito boa (acima de 0,70); Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69); Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49); Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34) e Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)” (BRASIL, 2015, p. 11). De acordo com os resultados encontrados nesta Pesquisa, conforme descrito na metodologia e na Tabela 2 (Anexos), os estados da região Norte apresentaram os seguintes parâmetros de cobertura: Acre (0,67 - boa), Amapá (0,75 - muito boa), Amazonas

(0,54 - boa), Pará (0,76 - muito boa), Rondônia (0,86 - muito boa), Roraima (1,10 – muito boa) e Tocantins (0,97 – muito boa), evidenciando como média simples o parâmetro 0,81.

Em relação aos estados da região Nordeste, os parâmetros foram: Alagoas (1,23 – muito boa), Bahia (1,24 – muito boa), Ceará (1,35 – muito boa), Maranhão (0,98 – muito boa), Paraíba (2,09 – muito boa), Pernambuco (1,14 – muito boa), Piauí (1,34 – muito boa), Rio Grande do Norte (1,00 – muito boa) e Sergipe (1,33 – muito boa), tendo como média simples o parâmetro 1,30. Na região Sul foi possível evidenciar os seguintes dados: Paraná (1,10 – muito boa), Rio Grande do Sul (1,47 – muito boa) e Santa Catarina (1,08 – muito boa), apresentando média simples de 1,22.

Já em relação à região Sudeste, foi possível observar as seguintes taxas de ocupação: Espírito Santo (0,75 – muito boa), Minas Gerais (1,41 – muito boa), Rio de Janeiro (0,95 – muito boa) e São Paulo (1,08 – muito boa), totalizando a média simples de 1,05. Já na região Centro Oeste as taxas foram as seguintes: Distrito Federal (0,57 – boa), Goiás (0,96 – muito boa), Mato Grosso (0,75 – muito boa) e Mato Grosso do Sul (0,97 – muito boa). A região teve como média simples o parâmetro 0,81. Os resultados demonstram menor cobertura de CAPS nas regiões Norte e Centro Oeste, ainda que apresentem taxa denominada “boa”. São justamente estas duas regiões que apresentam maior extensão territorial.

De forma geral, os dados encontrados sugerem que o Brasil conta com cobertura de CAPS suficiente. Entretanto, tais dados isoladamente podem não refletir a realidade. Conforme apontado por Brasil (2008) há uma ressalva importante quanto à utilização do indicador de forma destacada: como existem diversos dispositivos e ações que compõe a rede de atenção em saúde mental, o indicador de forma isolada não reflete a cobertura assistencial de forma integral. Desta forma, a fim de validá-lo, faz-se necessário incluir a cobertura dos demais componentes da RAPS de cada estado e região brasileira, o que neste Trabalho, devido ao período limitado para o estudo, não foi possível ser realizado. Silva et al. (2019) corroboram com o exposto, trazendo conclusões a respeito do estudo realizado sobre a cobertura de CAPS no município de Porto Alegre (RS):

“(...) o indicador não pode ser analisado isoladamente. A distribuição dos serviços no município ainda está longe de responder às demandas da população, fazendo com que gestores tenham que criar estratégias para poder cobrir territórios não assistidos, implicando em custos tanto para o usuário, quanto para o próprio sistema, trazendo dificuldades no acesso aos serviços e interferindo muitas vezes na continuidade do tratamento” (SILVA et al., 2019, p. 123).

Um outro aspecto a ser apontado é a importância do cálculo da taxa de ocupação de CAPS por município, que pode evidenciar os vazios de atendimento. A pesquisa sobre a

cobertura de CAPS no estado de Minas Gerais realizada por Macedo (2020) contemplou este aspecto, trazendo visibilidade às regiões do estado que necessitam maior atenção dos gestores.

Em pesquisa realizada sobre a cobertura de CAPS no estado do Rio Grande do Sul, estudos apontam para a grande desigualdade na oferta de Centros de Atenção Psicossocial para diferentes populações, afirmando que nos grandes centros urbanos a oferta é de até duas vezes o número esperado em relação às demais cidades do estado. Há a necessidade de ser realizada avaliação mais adequada sobre as taxas de cobertura, tendo em vista a não correspondência do número com a realidade apresentada, em muitos casos. Os autores também trazem a importância de que a RAPS seja estendida de forma mais igualitária para melhor acesso do usuário ao tratamento (GONÇALVES et al., 2010).

Ao descrever e quantificar os atendimentos ambulatoriais prestados em CAPS nas regiões brasileiras, identificou-se que no período entre 1995 e 2000 não havia a implementação oficial dos CAPS, que se deu após a Lei de 2001. Entretanto, muitos atendimentos já vinham sendo realizados na modalidade multidisciplinar, conforme consta no Contexto de Estudo, que citou o primeiro CAPS brasileiro, Professor Luís da Rocha Cerqueira, que surgiu em 1986 em São Paulo, bem como outras experiências regionais (RIBEIRO, 2004).

No período de 1995 a 1999, os procedimentos ambulatoriais referentes a atendimentos em CAPS disponíveis para consulta no sítio do DATASUS foram somente de dois tipos: Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial 1 turno e Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial 2 turnos (DATASUS, 2021). Após 2001, os procedimentos tiveram suas nomenclaturas alteradas, e foram ampliados de forma significativa, conforme detalhado nos Apêndices A, B e C deste Trabalho.

A partir de 2001, os CAPS que já existiam foram oficializados e novos CAPS foram implementados, de acordo com o Gráfico e a Tabela 1. De acordo com a Tabela 3, a região que mais realizou atendimentos nos CAPS foi a Sudeste (151.220.564), seguida pela região Nordeste (103.150.688). Após, a região Sul (50.440.755), seguida pelas regiões Norte (14.412.496) e, a Centro Oeste (12.896.154), o que se relacionou com o número de CAPS nessas regiões. A região que teve mais atendimentos, portanto, é a mais populosa e, a que possui mais CAPS. Conforme Neto (2014) as regiões Sul e Sudeste possuem maior acesso aos serviços de saúde, na medida em que apresentam maior desenvolvimento econômico. O autor compara inversamente às regiões Norte e Nordeste, as quais apresentam os piores indicadores sociais e de saúde.

Através do Gráfico 2 percebeu-se um crescimento mais expressivo dos atendimentos em CAPS a partir de 2002, tendo seu ápice em 2012: no período de 2002 a 2012 foram implementados 2.139 CAPS em território nacional, conforme a Tabela 1. Segundo o Gráfico, os atendimentos decresceram em 2013, e novamente aumentaram de 2014 em diante. A partir de 2019, identificou-se nova queda nos números. O decréscimo do número de atendimentos a partir de 2013, não encontrou justificativa no incentivo financeiro. De acordo com Brasil (2015), as Portarias 3.089 (Brasil, 2011b), 3.099 (Brasil, 2011c) e 1.966 (Brasil, 2013) possibilitaram um acréscimo significativo no financiamento dos serviços substitutivos. Já o decréscimo de atendimentos em 2019 pode estar relacionado ao que trazem Dimenstein et al. (2021) sobre a grave fragilização institucional e crise política que o Brasil vem enfrentando desde 2016. Segundo os autores, tal crise vem repercutindo na forma de operacionalização do Ministério da Saúde, traduzindo-se em uma precarização da rede de serviços ofertados à população devido aos cortes dos gastos públicos, como por exemplo o congelamento de vinte anos dos gastos com saúde e políticas sociais, bem como o rigor da política fiscal. Segundo os autores, há uma ameaça real que já vem aumentando as desigualdades entre a população, agravando quadros de vulnerabilidade. Sampaio e Bispo (2021) corroboram com Dimenstein et al. (2021) trazendo a mesma crítica ao período. Os autores explicitam alterações realizadas, que são contrárias à política da Reforma Psiquiátrica, tais como a inclusão de hospitais psiquiátricos como pontos da RAPS e aumento de repasse financeiro aos hospitais, entre outros.

Ao descrever e quantificar as internações por motivos psiquiátricos nas regiões brasileiras de 1995 a 2020, evidenciou-se alteração na nomenclatura dos procedimentos após a Lei da Reforma Psiquiátrica, conforme descrito nos Apêndices D e E, desse Trabalho. Percebeu-se, no decorrer de 1995 a 2020, de acordo com a Tabela 4, que a região Sudeste apresentou o maior número de internações por motivos psiquiátricos (3.483.344), seguida pela região Sul (1.711.981). Em terceiro lugar a região Nordeste (1.571.239), seguida pelas regiões Centro Oeste (573.836) e Norte (162.978). Este dado foi confirmado por Rocha et al. (2021), que ressaltaram serem as regiões Sudeste e Norte as que possuem maior e menor número de internações, respectivamente. Tais dados podem se relacionar ao fator populacional, pois a região Sudeste é a mais populosa, sendo a região Norte uma das duas regiões com menor população. Outro indicador se refere às condições de vida na região Sudeste, que apresentam, conforme descrito anteriormente no Contexto de Estudo desse Trabalho, influências de problemas graves referentes à violência urbana, vulnerabilidades e desigualdades importantes.

Quando se comparou a quantidade de internações psiquiátricas e atendimentos em CAPS, antes e após a Lei da Reforma Psiquiátrica, de acordo com o Gráfico 3, a região Norte apresentou aumento mais significativo de internações em 2018. Neste ano específico, avaliou-se que possa existir um equívoco nos dados do sistema DATASUS no que se refere ao estado do Pará. Em 2018 o número é de 13.244 internações, sendo que nos anos anteriores (2017 e 2016, respectivamente), de 2.903 e 2.652 internações. Os anos subsequentes, 2019 e 2020, tiveram números de 2.940 e 3.127 internações, respectivamente, conforme Tabela 4. Nenhum ano referente à região teve número semelhante ao encontrado em 2018. Desconsiderando o ano de 2018, realizando uma média de 2001 a 2020, evidenciou-se que, na região Norte houve um aumento de 44,23% entre 2001 e 2020 (média de 6.171,78 internações/ano) em relação à média de internações psiquiátricas no período de 1995 a 2000 (4.677), conforme a Tabela 5.

A região Norte apresentar aumento no número de internações pode ter relação com a dificuldade de acesso aos serviços ofertados pelos CAPS, devido à grande extensão territorial, como descrito no Quadro 2. Conforme Brasil (2005) a distribuição dos CAPS nos territórios ainda retrata as desigualdades existentes entre as regiões brasileiras, a nível estrutural.

A implementação de 201 CAPS na região Norte, entre 2001 e 2020, resultou em uma média de 715.672,20 atendimentos/ano, conforme a Tabela 5. Isso representou um aumento de 4.335,13% em relação à média anual no período anterior (de 1995 a 2000), que era de apenas 16.508,66 atendimentos/ano.

Na região Nordeste, de acordo com a Tabela 5, houve uma diminuição nas internações no período de 2001 a 2020 (46,09% em relação ao período de 1995 a 2000). De acordo com o Gráfico 3, a região foi a segunda em queda de internações, em relação às demais regiões brasileiras. A média de internações reduzida pode ser explicada pela implementação dos 1.049 CAPS na região (Tabela e Gráfico 1), no mesmo período em que as internações decresceram. Além disso, a região teve média anual de 5.087.791,10 atendimentos de 2001 a 2020. A média anual em relação ao período anterior era de apenas 232.477,66 atendimentos/ano, representando um aumento de 2.188,50%. Desta forma, pode-se inferir que os atendimentos intensivos promoveram a saúde mental.

A região Sul apresentou redução de 1,70%, de 2001 a 2020, em relação à média de internações de 1995 a 2000, conforme a Tabela 5. De acordo com o Gráfico 3, a diminuição maior se deu no ano de 2020. A região foi a terceira em expansão dos CAPS desde 2001, tendo o total de 485 Centros. Em relação aos atendimentos prestados, de 1995 a 2000 a média foi de 88.513,50/ano e, de 2001 a 2020 a média foi de 2.495.483,70 atendimentos anuais na região, representando um aumento de 2.819,32%. A menor redução das internações

psiquiátricas neste estado pode se relacionar com os achados de Horta et al. (2015), que identificou a manutenção ou crescimento das taxas de internação no Rio Grande do Sul, entre 2000 e 2011. Os autores explicam que tal fenômeno pode se relacionar à cobertura ainda insuficiente dos serviços especializados.

Na região Sudeste, de acordo com o Gráfico 3, houve notável queda do número de internações. De acordo com a Tabela 5, a média de internações teve queda de 53,74% entre os anos de 2001 a 2020, em relação à média do período anterior (1995 a 2000). A redução na média das internações pode ser explicada pela implementação de 1.182 CAPS na região, no mesmo período em que as internações decresceram. Além disso, a região Sudeste teve média anual de 7.373.831,60 atendimentos de 2001 a 2020. A média anual em relação ao período anterior era de 623.988,66 atendimentos/ano, representando aumento de 1.181,72%.

Tal resultado coincide com a pesquisa realizada por Miliauskas et al. (2019) nas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro. Os autores observaram redução nas internações psiquiátricas à medida em que houve aumento da implementação dos CAPS. No entanto, tal pesquisa levou ainda em consideração a oferta de leitos psiquiátricos, a cobertura da atenção básica em tais regiões, os diagnósticos e o sexo dos usuários. A pesquisa de Pereira et al. (2012) confirma este resultado, em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, de 1999 a 2000. O estudo mostra crescente redução em relação às internações psiquiátricas, especialmente a partir de 2001. Os autores associam o resultado ao processo da Reforma Psiquiátrica.

Já a pesquisa de Volpe et al. (2018) refere não existir correlação entre o acompanhamento nos CAPS e a diminuição das internações psiquiátricas na cidade de Belo Horizonte (MG), através de estudo realizado entre os anos 2005 e 2011. Este dado possui correlação com esta Pesquisa, na medida em que as taxas de internação não demonstraram notável alteração no estado de Minas Gerais, neste período, de acordo com a Tabela 4, apesar da região Sudeste, de forma geral, ter apresentado redução. Coelho (2014) encontrou aumento de internações psiquiátricas em Belo Horizonte, de 2002 a 2011, porém as internações tiveram menor duração.

Por fim, em relação à região Centro Oeste, houve uma diminuição de 24,61% na média anual de internações de 2001 a 2020, em relação ao período anterior, conforme a Tabela 5. A redução pode ser explicada pela implementação dos 187 CAPS na região, no mesmo período em que as internações decresceram. Além disso, a região teve média anual de 641.870,70 atendimentos de 2001 a 2020. A média anual em relação ao período anterior era de apenas 9.790 atendimentos/ano, o que representa aumento de 6.556,39%. Compreendeu-se

que o acompanhamento intensivo promoveu impactos positivos na saúde mental. Os estudos de Soares (2016) não se relacionam aos desta Pesquisa. O autor afirma que a região Centro-Oeste obteve altas taxas de internação por motivos psiquiátricos, de 2013 a 2015.

No que se refere aos atendimentos realizados a nível nacional, de 1995 a 2020, foram realizados, em média, 971.278,50/ano. De 2001 a 2020 foi realizada uma média anual de 16.314.649,30 atendimentos, significando um aumento total na média anual de atendimentos nas regiões brasileiras de 1.679,70%. Através da Pesquisa realizada, observou-se que, à medida em que os CAPS foram sendo implementados no território brasileiro, as internações apresentaram queda, de acordo com os Gráficos 1 e 3 deste Trabalho. Contabilizando os dados de internação a nível nacional, estas apresentaram redução de 40,95% em relação ao período de 1995 a 2000, anterior à Reforma Psiquiátrica. A média total de internações anuais, referente às cinco regiões brasileiras, de 1995 a 2000 era de 420.666,16. Já a média total em relação ao período de 2001 a 2020 foi de 248.394,93.

Através do estudo realizado, pôde-se observar que a implementação dos CAPS, através da Lei da Reforma Psiquiátrica, repercutiu no número de internações psiquiátricas no Brasil. É possível afirmar, de acordo com os dados obtidos e com a literatura utilizada, que a implementação dos Centros, através da oferta de múltiplos atendimentos, inseridos em uma Rede de Atenção Psicossocial, produz impacto na redução do número de internações psiquiátricas, garantindo o cuidado em meio aberto. Rocha et al. (2021) reforçam este resultado, afirmando que a Política Nacional de Saúde Mental, ao reduzir progressivamente os leitos hospitalares e ampliar a oferta de serviços substitutivos, obteve avanços significativos. De acordo com os autores, as políticas referentes à Reforma Psiquiátrica devem ter continuidade e seguir sendo aprimoradas.

Onocko-Campos et al. (2018), através do estudo em que entrevistaram usuários acompanhados nos CAPS das cidades de Campinas, São Paulo, Porto Alegre e Fortaleza, através de um estudo transversal, concluíram que menos de 10% dos usuários, em todas as cidades estudadas, tiveram nova internação psiquiátrica após iniciarem o acompanhamento no CAPS. Todos os usuários estavam há menos de três anos em acompanhamento nos Centros. Devido a esta pesquisa envolver cidades de diferentes regiões (Sudeste, Sul e Nordeste), os resultados reforçam a importância do acompanhamento em CAPS como preventivos à internação hospitalar.

No que se refere a outras pesquisas realizadas, utilizando como critério os diagnósticos dos transtornos mentais e comportamentais, Lara e Volpe (2019), observaram redução de internações por transtornos psicóticos, e por outro lado aumento de internações devido a

transtornos de humor e por uso de substâncias, no período de 2002 e 2011, na cidade de Belo Horizonte/MG. Candiago e Abreu (2007) evidenciaram o mesmo resultado em estudo realizado no Rio Grande do Sul no período de 2000 a 2004.

Baseado no trabalho de cientistas da Fiocruz (2015), apesar dos inúmeros progressos que a sociedade obteve através da Reforma Psiquiátrica, existem dificuldades e desafios consideráveis em relação à implementação da Política, citando especialmente a ampliação do acesso aos serviços de saúde mental. Isso se relaciona ao que traz Amarante (1996), quando afirma que para fechar o manicômio faz-se necessário abrir uma instituição. O autor traz o conceito de abertura, de forma concreta e também simbólica, ao problematizar sobre a necessidade de abertura de mais Centros e especialmente sobre as relações de poder envolvidas no processo.

Em relação às dificuldades encontradas no processo da Reforma Psiquiátrica, associando ao planejamento em saúde mental, percebe-se a aplicabilidade do que traz Tonini (2005), quando se refere ao conflito e forças contrárias, que refletem os interesses envolvidos em relação ao Movimento Antimanicomial. Como resposta aos movimentos contrários à Reforma, a autora indica como estratégia o enfrentamento, através da defesa de ideologias e a argumentação de ideias, bem como a utilização dos espaços de controle social. O PES se mostra pertinente, na medida em que a atenção em saúde mental é uma questão complexa e dinâmica. Conforme Tonini (2005) o PES auxilia no reconhecimento dos entraves ao processo de Reforma.

Cientistas da Fiocruz (2015) tratam ainda sobre a importância de melhorias em termos de financiamento e da qualidade das informações produzidas pelos serviços, entre outros. Barbosa e Forster (2010) trazem a importância do uso da informação para o planejamento, de forma que a realidade seja retratada da forma mais fidedigna, sendo a informação confiável. Desta forma, as informações sobre o impacto das ações antimanicomiais podem ser mais claras e, assim, ganhar força para manter e ampliar as conquistas obtidas neste processo.

## 6. CONCLUSÃO

Em relação ao objetivo a) Descrever historicamente o período em que os CAPS dos estados brasileiros foram cadastrados no CNES, concluiu-se que houve aumento progressivo de Centros de Atenção Psicossocial a partir de 2001, em todas as regiões brasileiras, indicando o comprometimento nacional com a implementação deste serviço substitutivo, que mostra ser um elemento essencial dentro das RAPS.

Acerca do objetivo b) Quantificar os CAPS em todo o território brasileiro, organizando-os de acordo com o ano de implementação e região brasileira, depreendeu-se que o número de CAPS nas regiões é proporcional às populações territoriais. A região Sudeste apresenta maior número de CAPS implementados, seguida pelas regiões Nordeste, Sul, Norte e Centro Oeste. Em relação à taxa de ocupação, observou-se que as regiões Nordeste, Sul e Sudeste apresentaram, de forma geral, cobertura “muito boa” como parâmetro, tendo as regiões Norte e Centro Oeste coberturas com taxas menores (consideradas “boas”). Ainda que consideremos que as taxas podem não refletir a real situação das regiões brasileiras, optou-se por manter tais dados, a fim de que a discussão sobre o tema pudesse ser realizada.

A respeito do objetivo c) Descrever e quantificar os atendimentos ambulatoriais prestados em CAPS, nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020, concluiu-se que, apesar da implementação oficial dos CAPS ter ocorrido após a Lei de 2001, muitos atendimentos já vinham sendo realizados na modalidade multidisciplinar. No período de 1995 a 1999 os procedimentos ambulatoriais referentes a atendimentos em CAPS eram somente de dois tipos; após 2001, tiveram suas nomenclaturas alteradas, e foram ampliados de forma significativa. A região que apresentou maior número de atendimentos foi a Sudeste, seguida pelas regiões Nordeste, Sul, Norte e Centro Oeste, posição que se relaciona com o número de CAPS nas regiões brasileiras. A partir de 2019, o decréscimo nos atendimentos pode estar relacionado à fragilização institucional e crise política que o Brasil enfrenta desde 2016, que vem repercutindo na forma de operacionalização do Ministério da Saúde, traduzindo-se em uma precarização da rede de serviços ofertado.

No que se refere ao objetivo d) Descrever e quantificar as internações por motivos psiquiátricos nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020, constatou-se que, assim como os procedimentos referentes ao atendimento ambulatorial, houve alteração na nomenclatura dos procedimentos referentes à internação psiquiátrica, após a Lei da Reforma Psiquiátrica. De 1995 a 2020, a região Sudeste apresentou o maior número de internações por motivos psiquiátricos, seguida pelas regiões Sul, Nordeste, Centro Oeste e Norte.

Sobre o último objetivo específico deste Trabalho, e) Verificar se a implementação dos CAPS, através da Reforma Psiquiátrica, produziu impacto em relação ao número de internações psiquiátricas hospitalares no Brasil, concluiu-se que houve um aumento de 1.679,70% em relação aos atendimentos realizados no período de 1995 a 2000. À medida em que os CAPS foram sendo implementados, as internações apresentaram queda a nível nacional: 40,95% em relação ao período de 1995 a 2000. Desta forma, concluiu-se que o número de internações psiquiátricas apresentou redução à medida em que os CAPS foram implementados no território brasileiro.

Em relação ao objetivo geral desta Pesquisa, comparar a quantidade de internações psiquiátricas hospitalares com os atendimentos realizados em CAPS, antes e após a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001), concluiu-se que a implementação dos Centros, através da oferta de múltiplos atendimentos e, inseridos em uma Rede de Atenção Psicossocial, produz impacto no número de internações psiquiátricas, garantindo o cuidado em meio aberto. Entretanto, ainda existem dificuldades e desafios em relação à plena implementação da Política. Destaca-se a ampliação dos serviços, melhorias no financiamento em relação à saúde mental, qualidade das informações produzidas, entre outros.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que tange aos elementos limitadores deste estudo, sinaliza-se a dificuldade em relação à obtenção dos dados através dos sítios DATASUS e CNES. Em relação ao primeiro, devido à mudança na nomenclatura dos procedimentos, pois, a partir da Reforma Psiquiátrica, a Saúde Mental foi sendo tratada de forma diferente, conforme demonstrado nos Apêndices desse Trabalho. No que se refere ao segundo, a dificuldade se relacionou com a ausência de informações atualizadas em relação aos CAPS cadastrados. É de suma importância a atualização dos dados pelos municípios.

Sugere-se a ampliação desta Pesquisa, envolvendo elementos que não foram investigados neste momento, tais como: número de leitos em hospitais psiquiátricos e sua progressiva substituição por leitos de internação em hospitais gerais, o número de internações por diagnóstico, a contribuição do CAPS III na prevenção das internações (devido especialmente à oferta de acolhimento noturno), a contabilização dos CAPS desativados ao longo deste período, a taxa de ocupação de CAPS nos municípios, e fundamentalmente, a composição dos dispositivos da RAPS que atuam conjuntamente com os CAPS em cada estado e região brasileira.

Avalia-se a necessidade de maior investimento em estudos referentes a essa temática, em especial incluindo os demais componentes da RAPS, a fim de identificar se o cuidado vem sendo realizado de forma integral ao usuário. Apesar de terem sido considerados neste estudo apenas os CAPS como elementos facilitadores da redução de internações, acredita-se que este Trabalho possa ter contribuído e oportunizado que novas pesquisas sejam realizadas sobre esta temática. Desta forma, cada vez mais os resultados do processo de Reforma Psiquiátrica poderão ser visíveis, assim como os usuários da Política de Saúde Mental.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35. p. 1-6. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso). Acesso maio 2021.

ALMEIDA, M. F. O uso de informações em saúde na gestão dos serviços. **Saude soc**. v.4, p. 39-42. 1995. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901995000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901995000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso maio 2021.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1996.

AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2002.

ARAUJO, A. K; TANAKA, O. Y. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2012, v. 16, p. 917-928. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/F39hsntv4hXCHpmDycYrx6N/abstract/?lang=pt>. Acesso agosto 2021.

BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro. v. 18, p. 424-433. 2010. Disponível em: [http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010\\_3/artigos/CSCv18n3\\_pag424-33.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag424-33.pdf). Acesso julho 2021.

BARBOSA, M. A. **Desigualdades regionais e sistema de saúde no Amazonas: o caso de Manaus**. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade Federal do Amazonas. Manaus. 112 pp. 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4685>. Acesso agosto 2021.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 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 abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2016. 2016a. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28151749-caderno-de-diretrizes-objetivos-metas-e-indicadores-2016.pdf>. Acesso setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 5, ano III, nº 5. Informativo eletrônico. Brasília. 2008. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smDados/2008\\_SMD\\_05.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf). Acesso setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília. 2015. Disponível em: [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf). Acesso agosto 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso julho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011/2015. Ministério da Saúde: Brasília. 2016b. 143 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015--.pdf>. Acesso julho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>. Acesso setembro 2021.

BRASIL. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html). Acesso agosto 2021.

BRASIL. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012a. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012b. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012.pdf>. Acesso agosto 2021.

BRASIL. Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002a. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>. Acesso junho 2021.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002b. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012c. Altera Tabela de Procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial – RAAS. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html). Acesso junho 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013. Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1966\\_10\\_09\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1966_10_09_2013.html). Acesso agosto 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011a. 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). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011b. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html). Acesso agosto 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011c. Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3099\\_23\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3099_23_12_2011.html). Acesso agosto 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso julho 2021.

BRASIL. Projeto de Lei 3.657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso maio 2021.

BRASIL. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários

problemáticos de álcool e outras drogas. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-212175346>. Acesso junho 2021.

CANDIAGO, R. H.; ABREU, P. B. de. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**. 2007, v. 41, n. 5, p. 821-829. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HsZmhtxXBg5ZPJPZj7rrGTC/?lang=pt>. Acesso agosto 2021.

CASTOR, B.V.; SUGA, N. Planejamento e ação planejada: o difícil binômio. **Revista de Administração Pública**. v. 22. p. 102-122. 1988. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9533>. Acesso abril 2020.

CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso maio 2021.

COELHO, V. A. A. et al. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014, v. 19, n. 08, p. 3605-3616. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11922013>. Acesso agosto 2021.

COSTA, N. R. et al. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011, v. 16, n. 12 p. 4603-4614. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/g8TtGvZnqF6fpnzxcXNjjwt/?lang=pt#>. Acesso setembro 2021.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso maio 2021.

DIMENSTEIN, M. et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2021, v. 26, n. 5, p. 1727-1738. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>. Acesso agosto 2021.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. 2010, v. 10, supl. 2, p. s321-s330. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000600009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009&lng=en&nrm=iso). Acesso maio 2021.

FIOCRUZ. Fundação Calouste Gulbenkian. **Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015. Comissão científica: GADELHA, P.; GULBENKIAN, S.; SARACENO, B. et al. Disponível em: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/DESINSTITUCIONALIZACAO-E-ATENCAO-COMUNITARIA-FIOCRUZ-GULBENKIAN.pdf>. Acesso julho 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, V. M. et al. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 2010, v. 32, n. 1, p. 16-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082010000100003>. Acesso setembro 2021.

HORTA, Rogério Lessa et al. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2015, v. 18, n. 04, p. 918-929. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040019>. Acesso agosto 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/> Acesso maio 2021.

IIDA, I. Planejamento estratégico situacional. **Produção**. 1993 v. 3, n. 2, p. 113-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v3n2/v3n2a04.pdf>. Acesso junho 2021.

LALUNA, M. C. M. C.; FERRAZ, C. A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2003, v. 11, n. 6, p. 771-777. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000600011>. Acesso junho 2021.

LARA, A. P. M.; VOLPE, F. M. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2019, v. 24, n. 2, p. 659-668. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.14652017>. Acesso agosto 2021.

MACÊDO, C. T. M.; ANDRADE, F. B. Transtorno mental no nordeste brasileiro: variações e diferenciais da mortalidade e morbidade de 2007 a 2016. **Mundo da Saúde**. 2020, v. 4, p. 338-348. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202044338348>. Acesso agosto 2021.

MACEDO, E. V. **Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais**: um estudo sobre a cobertura dos CAPS. Tese (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 126. 2020. Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/images/REDE\\_DE\\_ATEN%C3%87%C3%83O\\_PSICOSSOCIAL\\_EM\\_MINAS\\_GERAIS\\_-\\_UM\\_ESTUDO\\_SOBRE\\_A\\_COBERTURA\\_DOS\\_CAPS.pdf](http://www.enf.ufmg.br/images/REDE_DE_ATEN%C3%87%C3%83O_PSICOSSOCIAL_EM_MINAS_GERAIS_-_UM_ESTUDO_SOBRE_A_COBERTURA_DOS_CAPS.pdf). Acesso setembro 2021.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**. 2017, v. 26, n. 1, p. 155-170. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>. Acesso em setembro 2021.

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**. 2019, v. 24, n. 5, p. 1935-1944. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>. Acesso agosto 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MUSSI, R. F. F. et al. Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**. 2020, v. 7, n. 2, p. 414 - 430. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/41193>. Acesso julho 2021. NETO, A. M. Desigualdades regionais no Brasil: características e tendência recentes. **Boletim regional, urbano e ambiental**. 2014, v. 9, p. 67-81. Disponível em:

[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5582/1/BRU\\_n09\\_desigualdades.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5582/1/BRU_n09_desigualdades.pdf). Acesso agosto 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2018, v. 42, p.1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>. Acesso agosto 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The World Health Report 2001 – Mental health: new understanding, new hope**. Geneva; 2001. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf). Acesso julho 2021.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC/Fiocruz, 2006, p.767-782. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/248736432/Planejamento-Em-Saude-Para-Nao-Especialista>. Acesso julho 2021.

PEREIRA, P. K. et al. Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2010. **Cadernos Saúde Coletiva**. 2012, v. 20, n. 4, p. 482-491. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VGwhFHmnvdD8N6DcYB4frjC/abstract/?lang=pt>. Acesso agosto 2021.

PROFISSÃO MESTRE. **As regiões do Brasil**. Disponível em: <https://profissaomestre.com.br/regioes-do-brasil/> 2019. Acesso em junho 2021.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 2004, v. 24, n. 3, p. 92-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300012>. Acesso julho 2021.

ROCHA, H. A. da et al. Psychiatric hospitalizations by the Unified Health System in Brazil between 2000 and 2014. **Revista de Saúde Pública**. 2021, v. 55, p.1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>. Acesso agosto 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2021, v. 19, p.1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso julho 2021.

SANTOS, E. G. O.; BARBOSA, I. R. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. **Cadernos Saúde Coletiva**. 2017, v. 25, n. 3, p. 371-378. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030015>. Acesso agosto 2021.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. 2019, v. 26, n. 4, p. 1169-1187. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>. Acesso agosto 2021.

SILVA, C. C. da, et al. Análise da taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre de 2002 a 2015. **Revista Eletrônica Científica Da UERGS**. 2019, v. 5, n. 2, p. 113-127. Disponível em: <https://doi.org/10.21674/2448-0479.52.113-127> Acesso setembro 2021.

SOARES, M. S. **Navegando pela Saúde Mental do Centro Oeste e Norte do Brasil: uma pesquisa avaliativa**. Tese (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, p. 166. 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/22754>. Acesso agosto 2021.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**. 2002, v. 9, n. 1, p. 25-59. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso maio 2021.

TONINI, N. S. **O planejamento em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo dos municípios da região oeste do Paraná**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-02062006-121608/publico/DOUTORADO\\_Nelsi\\_Saete\\_Tonini.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-02062006-121608/publico/DOUTORADO_Nelsi_Saete_Tonini.pdf). Acesso julho 2021.

VOLPE, F. et al. Community health services and risk of readmission in public psychiatric hospitals of Belo Horizonte, Brazil, 2005-2011. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**. 2018, v. 40, n. 3, p. 193-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0080>. Acesso agosto 2021.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

Conforme a evolução do SUS, a coleta e disposição dos dados também evoluiu e sofreu modificações de um período a outro, como será exposto agora. De janeiro de 1995 a outubro de 1999 os procedimentos disponíveis no DATASUS, relacionados aos atendimentos prestados nos CAPS brasileiros, foram:

- (840) Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial 1 turno e,
- (842) Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial 2 turnos.

## APÊNDICE B

Já no período de outubro de 1999 a dezembro de 2007 os procedimentos disponíveis foram:

- (1915101) Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial 2 turnos,
- (1915102) Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial 1 turno,
- (1915107) Atendimento oficina terapêutica para transtorno mental,
- (1915108) Atendimento oficina terapêutica II para transtorno mental,
- (3804101) Acompanhamento paciente residência terapêutica em saúde mental,
- (3804201) Acompanhamento pacientes que demandem cuidado intensivo,
- (3804202) Acompanhamento pacientes que demandem cuidado semi-intensivo,
- (3804203) Acompanhamento pacientes que demandem cuidado não-intensivo,
- (3804204) Acompanhamento crianças/adolescentes com transtornos mentais cuidado intensivo,
- (3804205) Acompanhamento crianças/adolescentes com transtornos mentais cuidado semi-intensivo,
- (3804206) Acompanhamento crianças/adolescentes com transtornos mentais cuidado não-intensivo,
- (3804207) Acompanhamento pacientes dependentes álcool/drogas cuidado intensivo,
- (3804208) Acompanhamento pacientes dependentes álcool/drogas cuidado semi-intensivo,
- (3804209) Acompanhamento pacientes dependentes álcool/drogas cuidado não-intensivo e,
- (3804210) Acompanhamento pacientes demanda cuidados saúde mental.

## APÊNDICE C

A partir de janeiro de 2008 até dezembro de 2020, evidenciando um maior comprometimento com os diagnósticos de saúde mental, os procedimentos disponíveis, relacionados ao atendimento em CAPS, foram:

- (0301080011) Abordagem cognitivo comportamental do fumante (por atendimento/paciente),
- (0301080020) Acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial,
- (0301080038) Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial,
- (0301080046) Acompanhamento de paciente em saúde mental (residência terapêutica),
- (0301080054) Acompanhamento intensivo de criança e adolescente com transtornos mentais,
- (0301080062) Acompanhamento intensivo de paciente em saúde mental,
- (0301080070) Acompanhamento intensivo para usuário de álcool / drogas,
- (0301080089) Acompanhamento não intensivo de criança e adolescente,
- (0301080054) Acompanhamento intensivo de criança e adolescente com transtornos mentais,
- (0301080062) Acompanhamento intensivo de paciente em saúde mental,
- (0301080070) Acompanhamento intensivo para usuário de álcool/drogas,
- (0301080089) Acompanhamento não intensivo de criança e adolescente com transtornos mentais,
- (0301080097) Acompanhamento não intensivo de paciente usuário de álcool/drogas,
- (0301080100) Acompanhamento não intensivo de paciente em saúde mental,
- (0301080119) Acompanhamento semi-intensivo de criança e adolescente com transtornos mentais,
- (0301080127) Acompanhamento semi-intensivo de pacientes em saúde mental,
- (0301080135) Acompanhamento semi-intensivo para usuário de álcool/drogas,
- (0301080143) Atendimento em oficina terapêutica I - saúde mental,
- (0301080151) Atendimento em oficina terapêutica II - saúde mental,
- (0301080160) Atendimento em psicoterapia de grupo,
- (0301080178) Atendimento individual em psicoterapia,

- (0301080186) Acolhimento noturno de paciente de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III,
- (0301080194) Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial,
- (0301080208) Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial,
- (0301080216) Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial,
- (0301080224) Atendimento Centro de Atenção Psicossocial,
- (0301080240) Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares,
- (0301080259) Ações de articulação de redes intra e intersetoriais,
- (0301080267) Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares,
- (0301080356) Promoção de contratualidade no território,
- (0301080275) Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial,
- (0301080283) Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial,
- (0301080291) Atenção às situações de crise,
- (0301080305) Matriciamento de equipes da atenção básica,
- (0301080313) Ações de redução de danos,
- (0301080321) Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial,
- (0301080330) Apoio a serviço residencial de caráter transitório por Centro de Atenção Psicossocial,
- (0201080399) Matriciamento de equipes dos pontos de atenção de urgência e emergência, e de serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental,
- (0301080348) Ações de reabilitação psicossocial,
- (0301080364) Acompanhamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas,
- (0301080372) Acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack,
- (0301080380) Acompanhamento da população infanto-juvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso,
- (0303170069) Tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas,

- (0303170026) Tratamento da intoxicação aguda em usuários de álcool e outras drogas,
- (0303170050) Tratamento de síndrome de abstinência por uso prejudicial de álcool e drogas,
- (0303170131) Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio,
- (0802010253) Diária de saúde mental com permanência de até sete dias,
- (0802010261) Diária de saúde mental com permanência entre 08 a 15 dias, e,
- (0802010270) Diária de saúde mental com permanência superior a 15 dias.

## APÊNDICE D

Sobre os procedimentos referentes às internações psiquiátricas, de janeiro de 1995 a dezembro de 2007, os procedimentos disponíveis foram:

- (63001101) Tratamento em psiquiatria em hospital geral,
- (63001306) Tratamento em psiquiatria em hospital psiquiátrico – A,
- (63001403) Tratamento em psiquiatria em hospital psiquiátrico – B,
- (63001411) Tratamento psiquiátrico em hospital especializado - B nível I,
- (63001420) Tratamento psiquiátrico em hospital especializado - B nível II,
- (63001438) Tratamento psiquiátrico em hospital especializado - B nível III,
- (63001446) Tratamento psiquiátrico em hospital especializado - B nível IV,
- (63001454) Tratamento psiquiátrico em hospital especializado - B nível V,
- (63001462) Tratamento psiquiátrico em hospital especializado - B nível VI,
- (63001470) Tratamento psiquiátrico em hospital especializado - B nível VII,
- (63001489) Tratamento psiquiátrico em hospital classe I,
- (63001497) Tratamento psiquiátrico em hospital classe II,
- (63001500) Tratamento psiquiátrico em hospital classe III,
- (63001519) Tratamento psiquiátrico em hospital classe IV,
- (63001527) Tratamento psiquiátrico em hospital classe V,
- (63001535) Tratamento psiquiátrico em hospital classe VI,
- (63001543) Tratamento psiquiátrico em hospital classe VII,
- (63001551) Tratamento psiquiátrico em hospital classe VIII,
- (63001560) Tratamento psiquiátrico em hospitais não classificados,
- (63001578) Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial,
- (63001586) Tratamento psiquiátrico em hospital classe I – RPH,
- (63001594) Tratamento psiquiátrico em hospital classe II – RPH,
- (63001608) Tratamento psiquiátrico em hospital classe III – RPH,
- (63001616) Tratamento psiquiátrico em hospital classe IV – RPH,
- (63001624) Tratamento psiquiátrico em hospital classe V – RPH,
- (63001632) Tratamento psiquiátrico em hospital classe VI – RPH,
- (63001640) Tratamento psiquiátrico em hospital classe VII – RPH,
- (63001659) Tratamento psiquiátrico em hospital classe VIII – RPH,

- (63001667) Tratamento psiquiátrico em hospital classe IX – RPH,
- (6300167) Tratamento psiquiátrico em hospital classe X – RPH,
- (63001683) Tratamento psiquiátrico em hospital classe XI – RPH,
- (63001691) Tratamento psiquiátrico em hospital classe XII – RPH,
- (63001705) Tratamento psiquiátrico em hospital classe XIII – RPH,
- (63001713) Tratamento psiquiátrico em hospital classe XIV – RPH,
- (89300050) Intoxicação por álcool,
- (89300092) Internação para tratamento de transtornos decorrentes do uso prejudicial,
- (89300106) Internação para tratamento de síndrome de abstinência por uso prejudicial,
- (89500083) Internação para tratamento de transtornos decorrentes do uso prejudicial,
- (89500091) Internação para tratamento de síndrome de abstinência por uso prejudicial,
- (89300114) Tratamento de intoxicação aguda por uso de drogas e,
- (89500105) Tratamento de intoxicação aguda por uso de drogas.

## APÊNDICE E

Já no período a partir de 2008, os procedimentos disponíveis foram:

- (0303170204) Tratamento em psiquiatria por dia (com duração superior a 90 dias de internação ou reinternação),
- (0303170077) Tratamento em psiquiatria (classificação PT GM 251/02),
- (0303170085) Tratamento em psiquiatria em hospital geral (por dia),
- (0303170093) Tratamento em psiquiatria (por dia),
- (0303170115) Tratamento a pacientes que fazem uso de cocaína e derivados em hospital de referência para atenção,
- (0303170123) Tratamento de pacientes que fazem uso de cocaína e derivados com comorbidade em hospital de referência,
- (0303170131) Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio,
- (0303170140) Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo,
- (303170158) Tratamento clínico para avaliação diagnóstica e adequação terapêutica, incluindo necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas,
- (0303170166) Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool,
- (0303170174) Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de “*crack*”,
- (0303170182) Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou,
- (0303170026) Tratamento da intoxicação aguda em usuários de álcool e outras drogas,
- (0303170034) Tratamento da síndrome de abstinência do álcool em serviço hospitalar de referência para a atenção I,
- (0303170042) Tratamento de dependência do álcool em serviço hospitalar de referência para a atenção integral aos,
- (0303170050) Tratamento de síndrome de abstinência por uso prejudicial de álcool e drogas, e,

- (030317006) Tratamento de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas.

## ANEXOS

Tabela 1 – CAPS implementados por ano, estado e região brasileira, de 1995 a 2020 – série histórica

## Região Norte

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
AC	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	2	0	0	1	9
AP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	1	0	9
AM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	2	4	6	5	1	1	3	0	1	3	1	1	32
PA	0	0	0	0	0	0	2	3	7	3	3	8	4	5	6	16	9	5	8	3	5	1	4	4	2	1	99
RO	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	5	4	2	0	4	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	22
RR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	3	1	0	0	1	1	0	0	0	10
TO	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	2	1	2	0	2	0	1	2	5	0	0	0	0	0	20

Total: 201

## Região Nordeste

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
AL	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	9	22	3	1	4	3	5	3	2	4	3	1	0	1	0	0	69
BA	0	0	0	0	0	0	0	1	21	12	18	48	28	25	22	21	12	9	13	23	9	2	6	10	0	4	284
CE	0	0	0	0	0	0	2	6	9	10	11	27	8	15	8	5	11	4	11	11	3	2	7	5	9	5	169
MA	0	0	0	0	0	0	1	2	0	4	12	20	11	10	3	2	1	7	0	5	3	2	7	6	4	1	101
PB	0	0	0	0	0	0	3	0	2	7	6	20	7	11	13	4	3	1	4	6	12	4	7	4	4	4	122
PE	0	0	0	0	0	0	5	2	6	8	4	6	10	5	6	8	14	15	9	12	13	6	7	4	5	3	148
PI	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9	13	4	4	4	7	2	5	2	10	3	0	1	0	0	1	66
RN	0	0	0	0	0	0	3	0	3	1	4	10	3	1	1	6	5	1	1	3	2	1	0	1	0	0	46
SE	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6	2	8	2	3	3	1	1	4	3	2	0	0	2	0	0	0	44

Total: 1.049

## Região Sul

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
PR	0	0	0	0	0	0	0	6	9	8	10	28	19	8	7	3	3	7	14	20	6	4	5	0	2	2	161
RS	0	0	0	0	0	0	0	0	62	17	12	20	7	8	18	10	10	7	13	7	8	1	3	6	2	1	212
SC	0	0	0	0	0	0	3	6	17	4	9	12	7	5	6	7	6	7	1	14	4	0	2	1	1	0	112

Total: 485

## Região Sudeste

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
ES	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	5	1	2	2	2	1	1	3	2	0	0	3	2	2	2	38
MG	0	0	0	0	0	0	2	59	31	16	13	19	13	13	16	15	5	26	29	38	35	13	9	12	12	14	390
RJ	0	0	0	0	0	0	0	25	20	13	8	11	16	7	6	16	7	14	7	8	7	6	4	7	4	3	189
SP	0	0	0	0	0	0	0	3	130	37	22	36	22	26	25	30	24	36	16	29	21	28	24	17	19	20	565

Total: 1.182

## Região Centro Oeste

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
DF	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	3	0	2	4	1	2	0	0	1	0	0	18
MS	0	0	0	0	0	0	2	0	3	2	5	3	2	2	4	2	1	1	1	1	1	0	1	2	0	1	34
MT	0	0	0	0	0	0	2	0	8	7	11	4	1	2	0	1	0	1	3	0	0	1	1	0	1	0	43
GO	0	0	0	0	0	0	1	0	7	5	4	3	1	5	3	5	10	5	9	6	7	4	4	6	3	4	92

Total: 187

TOTAL CAPS BRASIL: 3.104

Fonte: CNES (2021).

Tabela 2 – Taxa de ocupação de CAPS nos estados brasileiros em 2020

<b>Regiões</b>	<b>Estados</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS i</b>	<b>CAPS AD</b>	<b>Total CAPS</b>	<b>Tx de ocupação</b>	<b>População 2020</b>
<b>Norte</b>	Acre	6	2	0	0	1	9	0,67	894.470
	Amapá	5	1	0	1	2	9	0,75	861.773
	Amazonas	21	4	3	2	2	32	0,54	4.207.714
	Pará	67	18	2	3	9	99	0,76	8.690.745
	Rondônia	13	6	0	1	2	22	0,86	1.796.460
	Roraima	7	1	1	0	1	10	1,10	631.181
	Tocantins	9	6	0	0	5	20	0,97	1.590.248
<b>Nordeste</b>	Alagoas	56	8	1	0	4	69	1,23	3.351.543
	Bahia	201	38	5	12	28	284	1,24	14.930.634
	Ceará	93	30	4	13	29	169	1,35	9.187.103
	Maranhão	66	17	4	5	9	101	0,98	7.114.598
	Paraíba	78	10	3	13	18	122	2,09	4.039.277
	Pernambuco	83	28	7	15	15	148	1,14	9.616.621
	Piauí	45	10	1	2	8	66	1,34	3.281.480
	Rio Grande do Norte	22	11	1	2	10	46	1,00	3.534.165
	Sergipe	30	4	4	2	4	44	1,33	2.318.822
<b>Sul</b>	Paraná	77	27	9	48	33	161	1,10	11.516.840
	Rio Grande do Sul	90	39	3	80	49	112	1,47	11.422.973
	Santa Catarina	68	18	2	24	14	212	1,08	7.252.502

<b>Sudeste</b>	<b>Estados</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS i</b>	<b>CAPS AD</b>	<b>Total CAPS</b>	<b>Tx de ocupação</b>	<b>População 2020</b>
	Espírito Santo	16	11	1	3	7	38	0,75	4.064.052
	Minas Gerais	193	69	17	47	64	390	1,41	21.292.666
	Rio de Janeiro	59	51	12	36	31	189	0,95	17.366.189
	São Paulo	171	116	50	102	126	565	1,08	46.289.333
<b>Centro Oeste</b>	<b>Estados</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS i</b>	<b>CAPS AD</b>	<b>Total CAPS</b>	<b>Tx de ocupação</b>	<b>População 2020</b>
	Distrito Federal	1	9	0	2	6	18	0,57	3.055.149
	Goiás	47	27	0	5	13	92	0,96	7.113.540
	Mato Grosso	33	2	0	4	4	43	0,75	3.526.220
	Mato Grosso do Sul	17	6	4	2	5	34	0,97	2.809.394

Fonte: CNES (2021); DATASUS (2021).

Tabela 3: atendimentos realizados em CAPS, por estado e região, de 1995 a 2020 – série histórica

Região Norte																										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AC	0	0	0	0	0	0	0	0	2621	5603	4622	2933	3582	5987	9660	7346	15690	16400	10659	10709	18033	23105	24201	44167	40116	26046
AP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	649	0	0	0	13962	6059	4263	2467	2624	5526	2133	3722	8919	6007	5778	9812	5070
AM	0	0	0	0	0	0	0	85	549	716	864	25953	32174	47898	56239	59882	103704	158727	73838	73719	85040	93589	94961	114608	120311	99563
PA	0	0	0	8624	19800	19800	27485	23877	53148	199186	385644	535332	839762	548288	604279	747508	841551	801373	248414	272346	297368	293891	400815	451023	602022	359254
RO	12	66	72	35	0	0	0	0	0	2542	7854	40217	104887	137021	189204	156395	156249	187462	46006	32723	38433	39021	43400	65018	64077	57937
RR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	771	1587	3320	2983	5610	4625	10794	15778	15265	20128	34327	33456	17960
TO	33	4925	10385	10277	11615	13408	17943	33271	138744	159450	158016	165030	204228	130597	174111	208626	198325	197723	73148	90745	90800	105722	124005	146229	159295	78929
<b>TOTAL</b>	45	4991	10457	18936	31415	33208	45428	57233	195062	368146	557000	769465	118463	884524	104113	118734	132096	136991	462216	493169	549174	579512	713517	861150	102908	644759

TOTAL PERÍODO: 14.412.496

Região Nordeste																										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AL	9	1464	2831	12792	18327	35005	35372	34722	50619	56172	112105	384165	529850	934028	100303	946204	931505	863135	481256	459004	434919	410083	432364	572172	603314	310480
BA	11404	29679	53004	52485	62300	92811	100357	100617	220594	459680	666914	111756	174775	203454	246586	279294	289305	282728	904341	114634	139377	121915	973429	117731	127126	836347
CE	3277	22506	38028	38087	64731	81990	95006	177282	434316	502367	571672	758938	107225	140576	155042	155608	148081	131414	274627	353617	339866	387166	466679	542267	598696	451060
MA	7452	20376	30333	49929	53216	50323	51539	51088	55302	83202	161937	452972	844773	126177	137025	149495	144730	117411	423296	783635	670865	489410	512850	780763	837548	682698
PB	1212	26642	43581	51188	27084	89117	85666	73840	27080	124134	269987	435888	924763	129616	145921	159633	167515	134254	409374	464962	455594	424860	564588	644220	830150	781164
PE	13553	21908	31106	39194	48577	57521	43822	64860	110005	124553	187837	274208	317551	469978	588664	613546	798167	831031	422407	466571	533801	520594	577668	818513	102194	735064
PI	0	0	0	1180	1298	2518	2476	1800	0	0	51630	337259	639464	448502	442644	548959	627265	734808	109497	150701	178700	230512	235724	308708	373579	172005
RN	5334	11559	16297	19913	24619	25847	29096	54870	123716	170088	317074	374828	596144	375120	381903	423342	430193	359094	145971	136145	165632	168777	182525	219924	280361	161617
SE	0	0	0	0	0	3259	27071	33943	78857	143517	221409	290695	287874	287241	282006	293384	300997	262228	101348	153577	158881	148788	148101	159872	234578	147383
<b>TOTAL</b>	422	134134	215180	264768	300152	438391	470405	593022	110048	166371	256056	442651	696043	851312	954399	102657	105844	970837	327211	411455	433203	399934	409392	522375	605143	427781

TOTAL PERÍODO: 103.150.688

## Região Sul

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PR	38887	39423	49077	57501	58590	59174	60241	81437	170047	206535	297427	436887	852588	114030 0	138834 9	143072 3	153095 6	166989 9	845639	775336	5	9	116474 1	130367 3	135701 9	914637
RS	4712	13808	26321	26435	27013	55954	72846	146402	446710	581313	741015	834490	113554 8	135285 8	166085 9	187738 1	202257 9	197194 7	367619	509859	720024	762727	864258	966151	120563 1	925780
SC	1424	2907	6518	15201	21406	26730	42383	111267	346384	381708	550816	762146	113411 6	783473	855224	976287	115950 2	114763 0	394075	531613	660590	634973	741197	664706	709255	400714
<b>TOTAL</b>	45023	56138	81916	99137	107009	141858	175470	339106	963141	116955 6	158925 8	203352 3	312225 2	327663 1	390443 2	428439 1	471303 7	478947 6	160733 3	181680 8	240057 9	250691 9	277019 6	293453 0	327190 5	224113 1

TOTAL PERÍODO: 50.440.755

## Região Sudeste

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ES	1038	2438	1707	4939	14369	17368	20970	28367	47862	53701	81530	111265	162313	208439	200054	210914	212188	208002	122151	290854	131874	124913	160009	156935	176645	111108
MG	197538	230090	254710	258464	327865	354702	361356	357090	556915	843719	112007 3	143277 5	168944 1	268594 9	272264 4	289321 1	311798 8	300946 8	153464 5	151478 8	160725 2	188705 7	183793 1	235578 7	370062 6	296193 6
RJ	22516	38785	68958	104036	85369	110997	130243	213938	781194	935808	123540 6	175050 0	242943 8	148080 8	154618 6	179279 0	194780 2	198508 7	767603	903566	119088 7	102485 7	106635 4	123716 0	145265 7	110882 7
SP	213098	222822	239113	251234	336224	385552	443610	491017	100164 2	147529 9	195001 0	226097 7	273189 3	401366 8	429919 9	467781 9	489800 7	484047 9	505691 2	560311 1	610326 2	649756 7	678997 1	658869 0	699240 6	476923 7
<b>TOTAL</b>	434190	494135	564488	618673	763827	868619	956179	109041 2	238761 3	330852 7	438701 9	555551 7	701308 5	838886 4	876808 3	957473 4	101759 85	100430 36	748131 1	831231 9	903327 5	953439 4	985426 5	103385 72	123223 34	895110 8

TOTAL PERÍODO: 151.220.564

## Região Centro Oeste

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
DF	1544	384	703	1958	237	2846	3537	2614	2216	2647	11350	7945	8025	62262	72984	74118	59424	45751	39189	374466	36941	50156	40092	94761	79047	75122
MS	0	0	0	0	0	2172	2350	5311	24387	23645	28874	71340	139087	218311	236593	206725	214577	197877	142423	157375	164786	155055	184913	217801	282061	208872
MT	0	6420	8970	8216	10021	3518	8103	15446	44471	69545	112572	177567	252096	287640	329536	333650	336410	312047	183754	176113	170723	195642	244963	265916	307550	202819
GO	1332	1222	626	0	1320	7251	8078	4080	16636	47585	77813	134719	180919	263140	337790	399242	409246	365870	261568	347471	341483	273189	272223	347285	390895	306609
<b>TOTAL</b>	2876	8026	10299	10174	11578	15787	22068	27451	87710	143422	230609	391571	580127	831353	976903	101373 5	101965 7	921545	626934	105542 5	713933	674042	742191	925763	105955 3	793422

TOTAL PERÍODO: 12.896.154

TOTAL ATENDIMENTOS BRASIL: 332.120.657

Fonte: CNES (2021).

Tabela 4 – Quantidade de internações hospitalares por motivos psiquiátricos, por estado e região brasileira, de 1995 a 2020 – série histórica

## Região Norte

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
AC	491	371	508	398	969	1195	1192	1269	1525	2647	2788	3214	3685	881	878	901	972	990	997	1859	1917	1492	1262	1444	1411	1044	
AP	77	6	17	44	7	144	222	203	94	209	133	112	157	42	11	161	35	71	21	53	11	69	82	42	95	80	
AM	1374	1255	1130	1044	835	823	770	544	660	840	1046	815	787	692	742	797	646	664	660	645	608	799	607	553	312	112	
PA	987	1404	1545	1457	1424	1561	1381	1262	1159	1223	1297	1455	1452	1283	1932	2373	2297	2081	2332	2757	2730	2652	2903	1324	4	2940	3127
RO	596	509	450	354	423	416	365	359	443	414	425	392	293	158	225	318	555	493	636	580	688	981	920	1492	1238	1342	
RR	7	16	0	18	17	7	8	3	5	1	17	1	28	11	36	101	121	188	265	138	153	253	267	216	203	161	
TO	1043	1025	1030	1033	1033	1017	996	1000	1191	1173	1395	1499	1468	1426	1370	1343	1491	1403	396	624	611	598	717	663	889	722	
<b>TOTAL</b>	4575	4586	4680	4348	4708	5163	4934	4640	5077	6507	7101	7488	7870	4493	5194	5994	6117	5890	5307	6656	6718	6844	6758	1765	4	7088	6588

TOTAL PERÍODO: 162.978

## Região Nordeste

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AL	11055	11055	9502	8981	8858	8218	8086	7462	7635	6426	6536	6468	5776	6530	6074	5585	5845	5209	5119	4808	3494	3373	3438	3462	3779	3173
BA	19086	19298	18994	19018	19324	18556	17308	13651	13229	11882	10790	10450	8770	7842	6683	7262	6778	6238	5104	5090	3842	3979	3737	4901	5122	4257
CE	12708	11706	11377	10473	10449	10600	11018	10840	12516	10889	14329	12649	13392	11036	9858	9322	8750	8993	7796	7497	7689	6919	6680	6755	7532	6325
MA	5324	4674	4809	5438	5435	4773	4057	3142	3565	2892	3030	3892	2758	3467	2845	2889	2833	2056	2657	2996	2925	3216	3166	2901	3465	3274
PB	8267	8039	7389	7109	6594	7077	7259	5794	6171	5506	5323	6090	5586	5016	4618	5218	5415	5893	5663	4789	4223	4000	4571	3972	3832	3051
PE	26011	24778	23863	23276	23316	22870	19216	13172	15586	11279	11860	14024	11515	9653	9063	7483	6512	6335	6500	5806	5533	5342	4806	5262	5778	5461
PI	6017	5798	4781	4791	5137	6023	5155	4657	4837	4724	4510	4432	4385	4257	4092	3612	2592	2196	1891	1854	1771	1667	2070	2289	2295	1752
RN	9225	9203	8822	8469	8367	8473	8365	7757	7720	7440	6813	6388	5805	5818	4975	4709	3646	3499	3220	3375	2887	2427	2310	2692	2649	2995
SE	3501	3011	2924	2866	2861	3215	2923	3014	2997	2683	3330	3551	3490	3392	2762	3012	2781	2436	1036	1893	2432	2077	1521	1360	1231	826
<b>TOTAL</b>	101194	97562	92461	90421	90341	89805	83387	69489	74256	63721	66521	67944	61477	57011	50970	49092	45152	4285	3898	3810	3479	3300	3229	3359	3568	3111

TOTAL PERÍODO: 1.571.239

## Região Sul

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PR	35764	36685	38132	38240	38256	35429	38296	33575	36971	27977	25213	25077	23787	26011	23628	24649	24003	2224 3	1941 2	1790 4	1723 9	1705 4	1816 8	1891 3	1849 5	1539 4
RS	17792	18126	18745	17838	17818	19354	18904	19527	20660	21209	20897	23034	23840	23387	29270	33009	33767	3371 8	3539 2	3679 2	3531 8	3425 2	3658 2	3806 1	4007 4	3352 1
SC	11549	10672	10449	10769	11816	12894	12562	11320	12664	12271	12431	13237	12437	12520	11150	11436	12331	1251 0	1215 7	1183 5	1188 3	1279 9	1307 3	1335 1	1346 0	1100 3
<b>TOTAL</b>	65105	65483	67326	66847	67890	67677	69762	64422	70295	61457	58541	61348	60064	61918	64048	69094	70101	6847 1	6696 1	6653 1	6444 0	6410 5	6782 3	7032 5	7202 9	5991 8

TOTAL PERÍODO: 1.711.981

## Região Sudeste

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ES	5666	5319	5570	6040	6171	6115	4982	4720	5094	4157	4964	4936	5445	4628	3872	3523	3502	3161	2652	2956	1495	1056	1337	2061	2864	2824
MG	42350	41434	42544	41547	40371	39097	34685	26964	27454	25002	25818	27513	25584	25457	23221	21267	21213	1948 0	1697 4	1411 7	1282 1	1142 3	1098 4	1351 3	1527 1	1273 9
RJ	60084	56601	57415	53479	56875	58222	48635	31145	35403	26899	25238	27954	19471	22070	15107	15703	14859	1224 4	1070 9		1016 1	8792	9082	8206	9721	7895
SP	143175	12882 7	12591 2	11935 6	11613 1	11217 1	96065	66647	83989	69347	78010	77301	69247	71778	62783	64778	65002	6137 9	5607 5	5404 1	4975 8	4707 2	4706 0	4801 5	5192 8	4185 2
<b>TOTAL</b>	251275	23218 1	23144 1	22042 2	21954 8	21560 5	18436 7	12947 6	15194 0	12540 5	13403 0	13770 4	11974 7	12393 3	10498 3	10527 1	10457 6	9626 4	8641 0	8083 6	7423 5	6834 3	6846 3	7179 5	7978 4	6531 0

TOTAL PERÍODO: 3.483.344

## Região Centro Oeste

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
DF	4679	5291	5385	4931	4677	5337	5253	5110	5127	5459	5142	5366	4330	4019	3565	3987	3536	3577	3186	3257	3675	3233	3126	3887	4091	2984
MS	2596	2901	3116	3158	3074	3782	3722	3501	3420	3383	3933	3989	4067	3598	3493	3086	2939	2780	2291	2317	2182	1663	1703	1479	1551	1329
MT	4756	4675	4615	4113	4020	4309	3838	3726	3962	2261	2161	2047	2208	2028	1818	2052	2220	2424	1809	1576	1657	1892	1675	1933	2088	1795
GO	14007	13298	14337	14880	15377	16039	16121	14653	14434	11647	12049	13421	13236	12569	12072	12172	13742	1362 3	1198 1	9453	9338	7655	7322	7475	7548	6466
<b>TOTAL</b>	26038	26165	27453	27082	27148	29467	28934	26990	26943	22750	23285	24823	23841	22214	20948	21297	22437	2240 4	1926 7	1660 3	1685 2	1444 3	1382 6	1477 4	1527 8	1257 4

TOTAL PERÍODO: 573.836

TOTAL INTERNAÇÕES BRASIL: 7.503.378

Fonte: DATASUS (2021).

Tabela 5 – Média simples do total das internações hospitalares em psiquiatria e dos atendimentos em CAPS no período entre 1995 e 2020 – série histórica

Região	Média simples de atendimentos em CAPS no período de 1995-2000	Média simples de atendimentos em CAPS no período de 2001-2020	Percentual	Média simples de internações psiquiátricas no período 1995-2000	Média simples de internações psiquiátricas no período 2001-2020	Percentual
Norte	16.508,66	715.672,2	+4.335,13%	4.677	6.171,78	+44,23%
Nordeste	232.477,66	5.087.791,1	+2.188,50%	93.630,66	50.472,75	-46,09%
Sul	88.513,50	2.495.483,7	+2.819,32%	66.721,33	65.582,65	-1,70%
Sudeste	623.988,66	7.373.831,6	+1.181,72%	228.412	105.643,6	-53,74%
Centro Oeste	9.790	641.870,7	+6.556,39%	27.225,50	20.524,15	-24,61%
<b>Total</b>	<b>971.278,50</b>	<b>16.314.649,30</b>	<b>+1.679,70%</b>	<b>420.666,16</b>	<b>248.394,93</b>	<b>-40,95%</b>

Fonte: CNES (2021); DATASUS (2021).