



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Laressa Thaís Krefer

Saúde mental e contrarreforma: indicadores de financiamento, assistência e epidemiológicos no contexto das novas políticas da Rede de Atenção Psicossocial

Florianópolis
2023

Laressa Thaís Krefer

Saúde mental e contrarreforma: indicadores de financiamento, assistência e epidemiológicos no contexto das novas políticas da Rede de Atenção Psicossocial

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Walter Ferreira de Oliveira.

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Krefer, Laressa Thaís.

Saúde mental e contrarreforma: indicadores de financiamento, assistência e epidemiológicos no contexto das novas políticas da Rede de Atenção Psicossocial / Laressa Thais Krefer; orientador, Walter Ferreira de Oliveira, 2023.

83 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Saúde Mental. 3. Políticas Públicas de Saúde. 4. Epidemiologia. I. Oliveira, Walter Ferreira de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Laressa Thaís Krefer

Saúde mental e contrarreforma: indicadores de financiamento, assistência e epidemiológicos no contexto das novas políticas da Rede de Atenção Psicossocial

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, 24 de abril de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Walter Ferreira de Oliveira, Dr.
Instituição UFSC

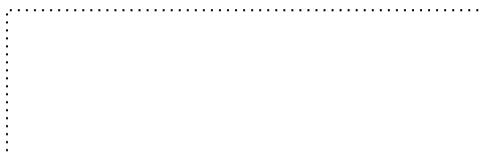
Prof. Lúcio José Botelho, Dr.
Instituição UFSC

Prof.(a)^a Ariadna Patricia Estevez Alvarez, Dr^a
Instituição FIOCRUZ

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Prof. Walter Ferreira de Oliveira, Dr
Orientador

Florianópolis, 2023

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar indicadores do campo da saúde mental coletiva no período de 2012 a 2022, correspondente aos anos anteriores e concomitantes/posteriores às reformulações das políticas de saúde e saúde mental que ocorreram entre os anos de 2017 e 2021 (Política Nacional da Atenção Básica, Nova Política de Saúde Mental, Nova Política de Drogas, Programa Previne Brasil). Para tanto, foi empregada metodologia de abordagem quantitativa, do tipo estudo ecológico transversal. Tratando-se de políticas federais, a população do estudo foi a população brasileira. Os dados foram extraídos para o período de 2012 a 2022. Os indicadores pesquisados foram categorizados em três componentes: financiamento, assistência e dados epidemiológicos. As fontes utilizadas foram os Sistemas de Informação em Saúde e relatórios oficiais governamentais e de entidades de pesquisa. Os dados foram compilados em séries temporais e analisados por meio de técnicas de estatística descritiva. Os resultados para alguns componentes de financiamento e assistência indicaram mudança na tendência de crescimento/decréscimo a partir de 2017, após reformas das Políticas, como diminuição no repasse federal de custeio para CAPS e aumento para os Hospitais Gerais e comunidades terapêuticas e diminuição no número de equipes NASF. Para outros indicadores, como distribuição dos profissionais nos serviços, identificou-se redução do crescimento de profissionais na atenção básica e CAPS já nos primeiros anos da série. Para os dados epidemiológicos, observou-se pouca variação no número de óbitos por suicídio para toda a série. Discutiu-se que para as categorias de financiamento e assistência há consonância entre os resultados e as mudanças propostas na política, que expressam a despriorização do modelo de atenção psicossocial de base comunitária e territorial e o incentivo ao modelo ambulatorial, hospitalar e a instituições como as comunidades terapêuticas. O comportamento similar para todos os anos da série em alguns aspectos analisados indica uma continuidade do período pré-reformulações, mesmo que em dissonância com a Política vigente naquele período. A pouca variação no componente epidemiológico analisado aponta para a possibilidade de menor fator de influência da política de saúde do que outros determinantes e condicionantes de vida.

Palavras-chave: saúde mental; políticas públicas de saúde; epidemiologia.

ABSTRACT

This research's aim was to analyze indicators of the collective mental health field in the years of 2012 until 2022, which are the period before and simultaneous to/after the reformulations of health and mental health policies made between the years of 2017 and 2021 (National Basic Care Policy, New Mental Health Policy, New Drug Policy, Previn Brazil Program). For this, a quantitative approach methodology was used, of the cross-sectional ecological study type. As the policies in question are federal, the population of the study was the Brazilian population. The data was extracted for the period from 2012 to 2022. The indicators investigated were categorized into three components: financing, assistance and epidemiological data. The sources used were the Health Information Systems and official government and research entities reports. The data was compiled in time series and analyzed utilizing descriptive statistical techniques. The results for some components of financing and assistance indicate a change in the trend of growth/decrease from 2017, after Policy reforms, which are: decrease in federal funding for CAPS and increase for Hospitals Gerais and therapeutic communities; decrease in the number of NASF teams. For other indicators, such as the distribution of professionals by services, the reduction in the growth of professionals in basic care and CAPS was identified in the first years of the series. For the epidemiological data, little variation was observed in the number of deaths by suicide for the entire series. It was discussed that for the categories of financing and assistance there is consonance between the results and the changes proposed in the policy, which express the loss of prioritizing of the community and territorial-based psychosocial care model and the incentive to the ambulatory model, hospitals and institutions such as therapeutic communities. The similar behavior for all the years of the series in some analyzed aspects indicates a continuity of the pre-reformulation period, even though it is in dissonance with the Policy in effect during that period. A little variation in the epidemiological component analyzed suggests the possibility of a lower factor of influence of health policy comparing to other determinants and conditioning factors of life.

Keywords: mental health; health public policy; epidemiology.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Financiamento federal de custeio de CAPS 2012-2022 – valores reajustados.....	47
Gráfico 2 – Financiamento federal de custeio de leitos em Hospital Geral de 2013-2022 – valores reajustados	47
Gráfico 3 – Gastos com procedimentos hospitalares no SUS 2012-2022 – em reais reajustados	48
Gráfico 4 – Comparação financiamento federal 2017-2020 – em reais reajustados.....	49
Gráfico 5 – Comparação de valores anuais médios de repasse federal – em reais reajustados	50
Gráfico 6 – Cobertura da Atenção Básica, por 100 habitantes 2012-2022...	52
Gráfico 7 – Número de equipes NASF 2012-2017	53
Gráfico 8 – Distribuição de profissionais de saúde mental por tipo de estabelecimento 2012-2022	54
Gráfico 9 – Classificação dos serviços de Saúde Mental 2012-2022	56
Gráfico 10 – Serviços de Saúde Mental por tipo de estabelecimento 2012-2022	57
Gráfico 11 – Comparação do quantitativo de CAPS e Hospitais Psiquiátricos cadastrados no CNES	59
Gráfico 12 – Comparação de leitos por tipo de serviço 2012-2022	61
Gráfico 13 – Quantitativo de leitos CAPS por região do Brasil 2012-2022 ...	62
Gráfico 14 - – Quantitativo e prevalência de internações psiquiátricas no Brasil 2012-2022	63
Gráfico 15 – Internações psiquiátricas por diagnóstico no Brasil 2012-2022	64
Gráfico 16 – Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil 2012-2022	65
Gráfico 17 – Quantitativo e prevalência de notificações de suicídio Brasil 2012-2020	67
Gráfico 18 – Comparação da prevalência de tentativas e óbitos por suicídio 2012-2020	68

Gráfico 19 – Distribuição do número de notificações de suicídio por mês no Brasil 2012-2020	69
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variação da quantidade de profissionais de saúde mental por tipo de estabelecimento	55
Tabela 2 – Comparação da variação de crescimento do quantitativa de serviços de saúde mental.....	56
Tabela 3 – Comparação da variação percentual de crescimento do quantitativo de serviços de Saúde Mental 2012-2022.....	58
Tabela 4 - Quantitativo de hospitais psiquiátricos cadastrados no CNES por região do Brasil 2012-2022	60
Tabela 5 – Prevalência de diagnósticos específicos na totalidade de notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil 2012-2022 .	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CID	Código Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Drogas
eAB	Equipes de Atenção Básica
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ICSAB	Índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa-Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	9
2	INTRODUÇÃO	11
2.1	JUSTIFICATIVA	14
2.2	OBJETIVO GERAL	15
2.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO	16
3.1.1	Nova política de atenção básica e programa previne Brasil	23
3.2	A SAÚDE MENTAL COMO POLÍTICA: REFORMA PSIQUIÁTRICA, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E CONTRA-REFORMA	26
3.2.1	O modo de atenção psicossocial	28
3.2.2	Legislações e contrarreforma	33
3.3	POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL	37
3.3.1	A nova política nacional de drogas	41
4	METODOLOGIA	43
4.1	TIPO DE ESTUDO	43
4.2	COLETA DE DADOS	43
4.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1	FINANCIAMENTO.....	46
5.2	ASSISTÊNCIA	51
5.2.1	Atenção Básica	51
5.2.2	Recursos humanos	53
5.2.3	Serviços e produção	55
5.3	INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS.....	62
5.3.1	Internações hospitalares psiquiátricas	62
5.3.2	Saúde do trabalhador	65
5.3.3	Tentativas de suicídio	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	74

1 APRESENTAÇÃO

A busca pela atuação e, posteriormente, produção de conhecimento no campo das políticas públicas, é impulsionada não apenas pelo interesse profissional, mas por uma necessidade nascida do modo como se percebe a vida em sociedade. Meu contato com as políticas públicas, antes de ser acadêmico, é como usuária, dos diversos sistemas que, de forma mais ou menos evidente, afetam minha vida e de outras pessoas. Como usuária do sistema de transporte público consigo perceber como o acesso à cidade interfere na vida cotidiana. Como usuária do sistema público de educação, pude experienciar ao mesmo tempo a ampliação das possibilidades de vida, pelo ingresso no ensino superior, bem como os efeitos de políticas de austeridade na universidade pública. Como usuária do Sistema Único de Saúde reconheço, em um contexto de pandemia global, a importância de uma saúde pública e universal. E, como trabalhadora deste mesmo sistema, sempre me foram caros seus princípios constituintes, como a universalidade, o cuidado integral e equitativo e a garantia da participação social. Atuar em políticas públicas, com as quais tem forte identificação, instiga o desejo de conhecê-las de modo mais profundo, e de que esse conhecimento motive melhorias na execução dessas políticas e, principalmente, que isso signifique melhorias concretas na vida de seus usuários.

A presente pesquisa consistia originalmente em uma proposta de pesquisa-ação, cujo objetivo era a implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um dispositivo para operar o cuidado integral em saúde em uma unidade básica de saúde de um município paranaense. Apesar do interesse dos trabalhadores do serviço e da anuência expressa pela gestão local e municipal, algumas características do campo, que era também local de trabalho da pesquisadora, representaram dificuldades importantes para a execução da pesquisa. As constantes mudanças na equipe (remanejamento de funcionários e mudanças na coordenação) e, principalmente, a reestruturação de processos de trabalho na atenção básica a nível federal e municipal, colocaram em xeque, não apenas a factibilidade do projeto de pesquisa, mas sua própria compatibilidade com o modelo de atenção à saúde que se delineava. O PTS é um dispositivo proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH), que foi desenvolvida principalmente nos anos 2000 e teve suas últimas publicações como política pública nacional em meados da última década. Políticas posteriores

apresentaram mudanças significativas na organização das redes de saúde e intensificaram contradições na implementação dos dispositivos da PNH.

O programa Previne Brasil, instituído pelo governo federal no final de 2019, mas que esteve até recentemente em fase de transição, impôs mudanças drásticas no financiamento da Atenção Básica em Saúde e, conseqüentemente, na organização dos serviços. Substituindo a lógica de organização territorial, conforme necessidades da população, pela lógica da produtividade e execução de procedimentos, a adoção desse modelo significou a modificação de processos de trabalho e da relação com os dispositivos existentes.

Apesar da forte coesão que existe no escopo da política do SUS em sua legislação-base, as políticas que se adotam em um ou outro governo não se coadunam necessariamente com esses princípios. No campo da saúde mental isso tornou-se mais evidente com a publicação da nova política de saúde mental de 2017 e da nova política de drogas de 2019, que representam um movimento de contrarreforma psiquiátrica.

Visando o desenvolvimento técnico-assistencial da reforma psiquiátrica e a consolidação de dispositivos da Política Nacional de Humanização do SUS, esta pesquisa pretendia estudar uma ferramenta, o PTS, que tem o potencial de qualificar o cuidado em saúde de um sujeito, um grupo, ou uma população. No processo de início de aplicação do projeto, todavia, concluímos que seria infrutífera a tentativa de avançar em um modelo de cuidado enquanto outro, concorrente, era implementado. Desse modo, esta pesquisa tomou uma nova direção, justificada pela necessidade que se sentiu como urgente de posicionar-se frente aos retrocessos no que já foi historicamente conquistado no campo das políticas públicas, da saúde coletiva e da saúde mental. Propõe-se, então, um estudo dessas políticas e seus resultados.

2 INTRODUÇÃO

Quando se propõe abordar o tema da saúde mental, podem-se tomar múltiplos caminhos. Como um conceito, ela é objeto de mais de uma epistemologia. Como um campo, abarca a disputa de divergentes modelos. Como prática, expressa essas e outras escolhas, junto com as contradições inscritas na realidade. Ao mesmo tempo, a prática amplia o olhar para além de categorias como conceito, campo, objeto e técnica, pois lida com pessoas e situações concretas. Sob o prisma das políticas públicas, admitir a existência de um sujeito, e não apenas objeto, revela a dimensão ética das escolhas que se fazem, sejam elas conceituais ou técnicas.

O que hoje tematizamos como saúde mental, historicamente esteve circunscrito de outras formas, compreendido a partir de outros paradigmas, mais ou menos superados. Por séculos foi a loucura, e não a saúde mental, o objeto do qual se ocupava a psiquiatria. Foucault (2006) analisa que a loucura adquire status de doença quando passa a ser compreendida como um desvio no campo das paixões, da volição e do comportamento, e passa então a ser contraposta à normalidade e conformada à relação sujeito-objeto própria da ciência da época. Entendida como doença mental, ela formava com a psiquiatria um binômio, que se configurava a partir de uma relação sustentada pelo poder biomédico. Essa relação de poder tinha no hospital psiquiátrico seu lócus de exercício e era justificada pelo saber médico e a prerrogativa do direito da não-loucura sobre a loucura (Foucault, 2006). Ao fim do século XIX, o enfraquecimento da psiquiatria clássica denunciou que sua pretensa revelação e produção de verdade eram na realidade a manifestação do poder exercido pelo psiquiatra sobre o paciente, que não revelava, mas produzia a doença conforme a sintomatologia que propunha (Foucault, 2006). A crise na psiquiatria clássica desdobrou-se em transformações paradigmáticas importantes no século seguinte.

O século XX foi cenário de diversas transformações políticas, econômicas, sociais e culturais no Brasil e no mundo. Birman e Costa (1976) argumentam que após a segunda guerra mundial a crise na psiquiatria se acentuou, pois tornou-se evidente a relação entre institucionalização e produção do que se considerava doença mental. Os autores defendem que nas tentativas europeias de reforma do modelo assistencial houve também uma mudança epistemológica, em que o objeto da psiquiatria passou de enfermidade para saúde mental, nesse momento entendida como adaptação ao

modo de vida considerado normal. Foucault (2006) interpreta que a questão do poder é central para entender o declínio da psiquiatria clássica. O autor aponta algumas saídas que foram tomadas para esta crise: neutralizar a relação de poder por meio da asceptização da psiquiatria com a sua aproximação do restante da medicina, representada principalmente pelo desenvolvimento das terapias farmacológicas; recortar a relação médico-paciente das outras relações institucionais, colocando a relação de poder a serviço terapêutico, como na psicanálise; subverter as relações de poder e desligar o lugar da loucura como doença mental, construir uma antipsiquiatria.

A partir de meados do século XX, a insatisfação organizada com o que se verificava nas práticas de saúde e saúde mental mobilizou importantes mudanças e o reconhecimento de suas dimensões políticas e sociais. Eclodiram as produções teóricas e culturais com viés antipsiquiátrico, assim como a formação de organizações e movimentos sociais para o campo da saúde mental. Nos anos 70, a reforma psiquiátrica italiana foi institucionalizada por meio da Lei 180, chamada de Lei Basaglia, que determinou a extinção dos manicômios na Itália. No Brasil, a reforma italiana foi bastante influente e no mesmo ano foi fundado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Na década de 1980, tanto a reforma sanitária quanto a reforma psiquiátrica tiveram como cenário o processo de redemocratização brasileira. A ideia de saúde como um direito universal, o cuidado territorial e em liberdade e a estratégia de fortalecer a atenção primária, eram pautas discutidas dentro do movimento dos trabalhadores de saúde e saúde mental. Elas foram temas de conferências que são hoje simbólicas, como a VIII Conferência de Saúde, que discutiu a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Essas ideias que já eram bandeiras consolidadas nos movimentos sociais adquiriram status legal e jurídico a partir da promulgação da Constituição de 1988, que afirma diversos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde. Ainda nos anos 80, esses princípios se realizaram nas práticas assistenciais, com a criação de serviços de atenção psicossocial a partir de políticas municipais, mesmo antes de uma legislação nacional. Apesar da Lei Orgânica da Saúde (LOS) ter sido criada em 1990, foi apenas em 2001 que a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira foi publicada e instituiu a mudança do modelo de cuidado asilar para o psicossocial como uma política pública federal. Outro marco importante para a política de saúde mental foi a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011,

por meio da portaria 3088. A RAPS é uma das cinco Redes de Atenção à Saúde (RAS) consideradas prioritárias e institucionalizadas a partir da portaria 4279 de 2010.

Em um movimento aparentemente contraditório, nos últimos anos outras medidas foram aprovadas que modificam a legislação das políticas de saúde mental, em uma direção contrária à da reforma e dos preceitos da saúde coletiva de base territorial. Na mesma década da implementação da RAPS, seu desmonte iniciou oficialmente com a publicação da Nova Política de Saúde Mental, no final de 2017. No que parece ser uma tentativa de negar a incompatibilidade dos modelos de atenção psicossocial e manicomial, bem como des-historicizar esta política social, as mudanças na legislação alteraram aspectos chave das diretrizes de cuidado em saúde mental. Chamadas de diretrizes para “Fortalecimento da RAPS”, a resolução nº 32 de 2017 inclui os hospitais psiquiátricos como integrantes da rede. Também em 2017, publicou-se a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em processo que foi duramente criticado pelo seu caráter de retrocessos no que tange ao modelo de Saúde da Família e da falta de participação do controle social (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA E ANDRADE, 2018). Dois anos mais tarde, em 2019, o Conselho Nacional de Drogas (CONAD) registrou também uma nova Política Sobre Drogas. Publicada no Decreto 9761, ela expressa um viés proibicionista e dá destaque ao papel das comunidades terapêuticas no tratamento de pessoas acometidas de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Além disso, retira a redução de danos como estratégia de prevenção e tratamento, colocando em seu lugar a promoção da abstinência. No mesmo ano, o governo federal instituiu o programa Previne Brasil, uma nova forma de financiamento da Atenção Básica em Saúde, que altera a lógica de captação de recursos de necessidades territoriais para a de produtividade.

A realidade demonstra que a transformação de um campo não é apenas a relação causal entre mudança teórica e aplicação prática, como a publicação de uma legislação e a consequente efetivação assistencial, mas é melhor explicada por uma relação dialética. Nas últimas décadas o modo de atenção psicossocial ganhou legitimidade político-jurídica e, principalmente, concretude nas trocas sociais, por meio de práticas baseadas na territorialidade, liberdade e promoção de autonomia. Todavia, isso não significa a substituição total ou hegemonia da atenção psicossocial. Assim como os serviços substitutivos ainda disputam espaço no campo da saúde mental com

os dispositivos manicomiais, o modelo de atenção psicossocial coexiste com o asilar, com frequência no mesmo serviço.

Todos esses elementos formam um quadro complexo do que consiste o campo da saúde mental no Brasil. Há uma política de Estado forte, representada pela construção do SUS e os efeitos que isso produziu na situação de saúde da população brasileira. Ao mesmo tempo, políticas de governo que geram uma inconsistência interna que se expressa tanto no âmbito legal - com a publicação de resoluções e decretos que alteram a política em pontos essenciais – quanto na prática assistencial.

O presente estudo consiste em uma análise da execução das políticas públicas em saúde mental atualmente em vigor (Política Nacional da Atenção Básica, Nova Política de Saúde Mental, Nova Política de Drogas, Programa Previne Brasil) em relação ao período anterior, por meio de resultados observados em três campos: financiamento, assistência e condições de saúde mental da população.

2.1 JUSTIFICATIVA

A efetivação do cuidado em saúde e saúde mental é atravessada por diversos fatores de campos políticos, científicos e culturais. Nas últimas décadas, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica tomaram corpo na disputa do campo da saúde e alcançaram uma legitimação político-jurídica. Com a publicação de legislações como a Lei Orgânica do SUS e a Lei da Reforma Psiquiátrica, os anos seguintes foram dedicados ao desenvolvimento técnico-assistencial, por meio da formulação de políticas como a Política Nacional de Humanização (PNH), o investimento em educação permanente e publicação de materiais sobre dispositivos e práticas assistenciais no SUS (matriciamento, grupos, projeto terapêutico singular). Todavia, nos últimos anos, acirrou-se novamente a disputa no campo ideológico e político, não apenas na área da saúde, mas em um nível programático de modelo de governo. Questões que pareciam avançar rumo à sua consolidação, como a rejeição ao modelo manicomial, a garantia de direitos humanos e sociais básicos e acesso universal à saúde, sofreram importantes retrocessos nos últimos anos. Ao se falar em “novas” políticas (da atenção básica, saúde mental e drogas), o adjetivo se refere a uma qualidade temporal, muito mais do que de inovação ou novidade. Considerando os impactos nas condições de saúde da população com o advento do SUS e outras políticas de seguridade social e garantia de direitos, é presumível que haja efeitos

nessas mesmas condições de saúde com o enfraquecimento dessas políticas. Desse modo, ainda que sob a luz de debates antigos, a questão sobre os modelos de saúde adotados permanece atual. Torna-se, portanto, relevante a análise dessas políticas no que tange aos efeitos observados na gestão do sistema de saúde, prática assistencial e indicadores das condições de saúde da população. Ainda que não sejam o único fator influente na decisão de modelos e programas executados, as produções científicas podem ter a função de, além de aprofundar o conhecimento sobre eles, validá-los ou contestá-los.

2.2 OBJETIVO GERAL

Analisar indicadores do campo da saúde mental coletiva para os anos de 2012 a 2022, que correspondem ao período anterior e concomitante/posterior ao de reformulação das políticas de saúde e saúde mental que ocorreram entre os anos de 2017 e 2021 (Política Nacional da Atenção Básica, Nova Política de Saúde Mental, Nova Política de Drogas, Programa Previne Brasil).

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contextualizar as principais reformulações das políticas de saúde mental efetuadas entre os anos de 2017 e 2021 no panorama histórico-político;
- Investigar efeitos das novas políticas de saúde e saúde mental na assistência ofertada pela RAPS;
- Analisar o financiamento a dispositivos da RAPS durante a implementação das novas políticas em relação ao período anterior;
- Verificar relações entre aspectos das novas políticas e indicadores de saúde mental: prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho; internações hospitalares motivadas por transtornos mentais e comportamentais; notificações de lesões autoprovocadas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO

A história do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) começa mesmo antes de sua instituição em 1990. Sua gênese está diretamente relacionada a dois eventos importantes: a Conferência de Alma Ata, em 1978, e a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Em 1988 a Constituição Federal promulgada fincou as bases legais para a publicação da Lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dá à luz o SUS.

Realizada em Alma Ata, no Cazaquistão (na época parte da URSS), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde propôs um pacto mundial para a promoção de saúde e diminuição das desigualdades intra e inter povos por meio do investimento na atenção primária em saúde. Sua declaração apresenta princípios importantes como: a concepção da saúde como um direito humano e universal; a priorização estratégica dos cuidados primários nos sistemas de saúde nacionais; a participação popular e comunitária no planejamento das políticas de saúde; a articulação intersetorial com políticas econômicas e sociais; a promoção da equidade na oferta assistencial (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978). A proposição feita em Alma Ata era de que todos os países se comprometessem com o investimento na atenção primária em saúde para, com isso, lograr a meta de que todos os povos do mundo alcançassem níveis de saúde que permitissem uma vida econômica e socialmente produtiva até o ano 2000. Desde então, esta conferência tem sido um marco para a avaliação da situação dos sistemas de saúde no mundo, a exemplo da Conferência Global sobre Atenção Primária de Saúde, que foi realizada em 2018 em Astana, também no Cazaquistão, e reafirmou os compromissos da Conferência de Alma Ata (GLOBAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 2018).

A VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, teve como tema “Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos” e discutiu como concretizar o pacto da Conferência de Alma Ata (BRASIL, 1980). Foi, todavia, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que as mudanças mais radicais foram propostas. O processo de redemocratização e iminência de uma transformação político-jurídica, expressa na elaboração de uma nova constituição, abriu oportunidade para a remodelação radical da política pública de saúde. O relatório da VIII conferência

defende a criação de um sistema nacional de saúde que tenha como características: a descentralização e o fortalecimento da gestão municipal; a hierarquização e regionalização do sistema; a integralidade e a superação da relação preventiva-curativa; a participação social; a inclusão de práticas alternativas; a equidade na assistência; a estatização progressiva de todos os serviços e a contratação de recursos humanos via concurso público, com remuneração isônoma e suficiente; a criação de fundos únicos de saúde em todos os níveis da federação; a criação de um ministério próprio e garantia no financiamento (BRASIL, 1986). O relatório da conferência é incisivo no que diz respeito ao papel determinante das condições de vida da população em seus níveis de saúde, colocando ao Estado a responsabilidade de atuar não apenas na assistência direta às questões de saúde, mas em dirimir as desigualdades sociais e econômicas, historicamente constituídas e efeitos do modo de produção capitalista (BRASIL, 1986).

A Constituição Federal, publicada em 1988, incorporou muitas das propostas da VIII conferência. O texto possui uma seção dedicada à Saúde, que inicia com a ideia já estabelecida na conferência de que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Como proposto, institui um Sistema Único de Saúde, universal, descentralizado, com participação social. Dentre as dissonâncias entre os dois textos, se destaca a relativa à participação da iniciativa privada no sistema de saúde. Enquanto a VIII Conferência decidiu pela estatização progressiva dos serviços de saúde, proibindo novas concessões e inclusive denunciando a mercantilização da saúde (BRASIL, 1986), a Constituição Federal garantiu à iniciativa privada o exercício da assistência à saúde (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), publicada em 1990 sob o número Lei 8080, segue as diretrizes estabelecidas na Constituição Federal e define de modo mais detalhado atribuições e responsabilidades para os entes federativos. O texto determina normativas para todas as ações de saúde executadas em âmbito nacional e institui um Sistema Único de Saúde para todas as ações e serviços de saúde do poder público, administrados diretamente ou fornecidos de forma complementar por entes privados. Ficam, a partir da LOS, estabelecidos os seguintes princípios e diretrizes: universalidade, igualdade, integralidade, equidade, resolutividade, preservação da autonomia, direito à informação, descentralização, hierarquização e regionalização, integração das ações intersetoriais e entre esferas de governo,

participação social (BRASIL, 1990). Como objetivos, a LOS elenca, além de ações assistenciais e preventivas - definidas em promoção, proteção e recuperação da saúde, a atuação das políticas públicas nas condições de vida da população como forma de garantia do direito à saúde (BRASIL, 1990). O reconhecimento da centralidade das condições de vida no nível de saúde de uma comunidade ou indivíduo é herança dos debates construídos no campo da saúde coletiva, solidificados nas já citadas conferências nacionais e mundiais. Tanto a Constituição Federal quanto a Lei 8080 estipulam a realização de ações intersetoriais com outras políticas públicas, sociais e econômicas, reconhecendo seu impacto nos níveis de saúde.

Ao longo dos anos 90 foram publicadas sucessivas diretrizes que reorganizavam o sistema de saúde e detalhavam seus aspectos operacionais. As primeiras Normas Operacionais Básicas (NOBs) pós publicação da LOS, NOB 91 e NOB 92, apesar de avançarem em alguns pontos referentes à descentralização, foram ainda editadas pelo INAMPS e, por isso, mantinha muito da lógica privatista e médico centrada que dominava as políticas de saúde até aquele momento (SCATENA; TANAKA, 2001). Em 1993, o INAMPS é oficialmente extinto (BRASIL, 1993) e as NOBs são editadas pelo próprio Ministério da Saúde. Enquanto a NOB 93 estabeleceu instruções importantes a respeito da administração do sistema de saúde, como a instituição dos comitês inter-gestores (SCATENA; TANAKA, 2001), a Norma Operacional Básica – NOB 96 representou a efetivação de princípios fundamentais da LOS. O texto da NOB 96 afirma ser uma reordenação do modelo de atenção à saúde, a partir da mudança na gestão, financiamento e assistência prestada (BRASIL, 1996). O documento coloca para o município o papel principal de gerir a assistência em saúde para a população e destaca a necessidade de privilegiar os núcleos familiares e comunitários na vinculação com os serviços de saúde para efetivar o controle social. Ainda, estabelece que o financiamento passa a ser fundo a fundo e será orientado por pactos e programações formuladas a partir de critérios epidemiológicos e populacional, e não mais pela remuneração de produção. Quanto à assistência, descentra o atendimento dos âmbitos hospitalares e ambulatoriais por meio do fortalecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

O PACS e o PSF foram programas criados, respectivamente, em 1991 e 1994.

Baseavam-se em experiências locais e tinham inicialmente um papel marginal na ordenação do cuidado em saúde, utilizados como forma de alcançar recortes específicos da população e atuar em epidemias e nos altos índices de mortalidade infantil em algumas regiões do Brasil (FAUSTO; MATTA, 2007). Para Fausto e Matta (2007), é a partir da NOB 96 que esses programas tomam lugar central no ordenamento do modelo de atenção, por meio da criação do Piso Assistencial Básico (PAB). Dois anos após a NOB 96 a Portaria 3925 é publicada, que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde e transforma o Piso Assistencial Básico em Piso da Atenção Básica, contendo dois componentes, um fixo e um variável de acordo com as ações estratégicas executadas (BRASIL, 1998).

Neste panorama histórico é reconhecível que na primeira década de existência do SUS as principais mudanças foram nos campos do financiamento e da gestão. A partir da mudança de modelo de financiamento, que passa de faturamento de produção para incentivo a ações estratégicas programadas, e da construção de um modelo de gestão descentralizado, por meio da municipalização, pavimentava-se o caminho para ser possível uma transformação também no nível assistencial. Apesar de ter ideias baseadas em princípios da saúde coletiva, programas como PACS e PSF eram restritos a experiências locais ou circunscritas a públicos e questões específicas. A mudança no financiamento, que passou a ser feito diretamente aos municípios, por meio de transferências fundo a fundo, e as diretrizes para a gestão descentralizada, criam condições para que as políticas e programações de saúde fossem pensadas de modo mais territorial e integral. Ao mesmo tempo mais global, por se basear em indicadores epidemiológicos, e mais específico, ao colocar a gestão mais próxima à ponta.

Após regulamentações na gestão e financiamento, os anos 2000 representaram o desenvolvimento do SUS no campo assistencial. Publicada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) lançou as bases para diversos dispositivos e diretrizes utilizados hoje na assistência em saúde, como Clínica Ampliada, Ambiência, Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial. Suas produções oficiais via Ministério da Saúde ocorreram entre 2004 e 2015 e atualmente são construídas de modo colaborativo pela rede HumanizaSUS. O objetivo da PNH é concretizar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, por meio da gestão participativa e da adoção de práticas que valorizem usuários e trabalhadores

(BRASIL, 2013).

No nível da Atenção Básica, é nesta década que o modelo de Saúde da Família obtém seu maior alcance, quando passa de programa (definido como uma série de ações circunscritas a um tempo limitado) para estratégia (com caráter permanente). Em 2006 a comissão inter-gestora tripartite do SUS e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovaram os pactos pela saúde: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS, e de Gestão. Nesse documento, as diretrizes do Pacto pela Vida colocam o fortalecimento da Atenção Básica como uma das 6 prioridades com a finalidade de impactar as condições de saúde da população brasileira, sendo um dos seus objetivos específicos assumir a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia principal para orientar o trabalho da Atenção Básica (BRASIL, 2006). No mesmo ano foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que passou por revisão em 2011 e 2017. Com a PNAB, a Atenção Básica ganha pela primeira vez uma política nacional, que estabelece indicadores para avaliar a cobertura da assistência, estrutura física e recursos humanos para compor os serviços e critérios para implementação das equipes de ESF. Em estudo ecológico, Pinto & Giovanella (2018) estimam que a cobertura populacional da ESF no Brasil passou de 4,4% para cerca de 70%, entre 1998 e 2008. No mesmo período o número de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) teria reduzido 45% (Pinto; Giovanella, 2018). O ICSAB se refere às internações motivadas por doenças que, se tratadas na atenção básica, provavelmente não teriam evoluído a ponto de necessitarem de atenção hospitalar. Assim, é visível o impacto transformador que a reforma sanitária teve nos níveis de saúde da população brasileira, em especial por meio do fortalecimento da Atenção Básica. Na mesma década, com a Portaria 154, de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que ampliaram a oferta de especialidades na Atenção Básica.

Seguindo a tendência de transformações no campo assistencial, foi também nos anos 2000 que o campo da saúde mental obteve sua maior transformação em termos de políticas públicas. Em 2001 foi publicada a Lei 10.216, conhecida como lei da reforma psiquiátrica, que instituiu o modo de atenção psicossocial e a defesa de direitos dos usuários de saúde mental. Sendo essencial para este estudo, esse tema será tratado em sessão à parte, com maior profundidade.

Os anos de redemocratização representaram também o avanço de outras

políticas públicas sociais. Objetivando garantir direitos sociais estabelecidos na constituição, em 1993 foi publicada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Nos anos seguintes iniciaram as primeiras experiências de programas de transferência de renda para a população em maior vulnerabilidade social. Antes da LOS e da LOAS toda a seguridade social (saúde, proteção social e previdência) era integrada à previdência, ou seja, a cobertura de acesso à saúde e benefícios sociais era limitada a cidadãos cobertos pelo sistema previdenciário. De acordo com documento técnico elaborado pela Secretaria Nacional de Desenvolvimento Social, o único programa de transferência de renda existente antes da LOAS, a Renda Mensal Vitalícia (RMV) - que veio a ser substituído pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) - ainda colocava como condicionante algum tipo de comprovação previdenciária ou trabalhista (BRASIL, 2008a).

A criação de programas de transferência de renda se funda na ideia que o direito a uma renda mínima permite a concretização de outros direitos básicos. Assim, uma das políticas públicas que talvez mais impactou os níveis de saúde da população brasileira veio não do campo da saúde, mas da proteção social. Em 2003, quase todos os programas de transferência de renda criados nos anos anteriores foram unificados sob um único programa, o Programa Bolsa-Família (PBF). O PBF possuía uma parte fixa e uma variável, de acordo com fatores de vulnerabilidade presentes na família. Ainda que longe de erradicar a pobreza e garantir igualdade de direitos, o PBF foi responsável por importantes impactos nas condições de vida das populações mais pobres. Em estudo de corte-transversal, Ramos *et al* (2021) avaliaram o impacto do PBF na mortalidade infantil entre os anos de 2006 e 2015, constatando que houve maior redução da mortalidade infantil em famílias cobertas pelo programa. Silva e Paes (2019), em estudo ecológico realizado com dados dos municípios do semiárido brasileiro entre 2004 e 2010, verificaram como principal variável independente para a redução da mortalidade infantil a cobertura do PBF, inclusive acima da cobertura da ESF, que possui também correlação negativa com a mortalidade infantil. Os autores também apontam a indissociabilidade entre os impactos do PBF e da ESF, considerando que as condicionalidades impostas para inserção no PBF incluem ações da ESF.

Os anos 2010 iniciaram com o aperfeiçoamento contínuo do modelo de saúde que se estava consolidando. Em 2010, com a publicação da Portaria 4279 foram

instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, que buscavam desfragmentar e organizar a assistência à saúde por meio da organização dos serviços em redes. A concepção das RAS data de 2004, quando passou a ser discutido no âmbito das políticas públicas de saúde nacionais uma proposta para desfragmentar a atenção à saúde no SUS (CONASS, 2015). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma das cinco RAS prioritárias e sua constituição é de extrema importância porque estende a lógica de cuidado psicossocial para outros serviços além do CAPS. A ideia de um trabalho em rede implica na corresponsabilização dos diversos serviços, de todos os níveis de atenção, sendo a ordenação do cuidado incumbência da Atenção Básica em Saúde (ABS) ou do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses equipamentos constituem os possíveis serviços de referência para o usuário, pois garantem o acompanhamento longitudinal dos casos. No caso da atenção básica, suas atribuições são atuar na promoção, prevenção e cuidado da saúde mental, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, incluindo as ações de redução de danos (CONASS, 2015).

Em 2011 houve a revisão da PNAB, que expandiu os descritores de vulnerabilidades passíveis de financiamento particular, prevendo a criação de equipes para populações específicas, como pessoas em situação de rua e populações ribeirinhas (BRASIL, 2011a). Destacam-se também o lançamento de programas como o Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMQAB) em 2011 e o Mais Médicos em 2013.

A segunda metade dos anos 2010, todavia, marca a intensificação de uma crise político-econômica que reverberou de forma intensa nas políticas sociais, inclusive a Saúde. A partir de 2015, o financiamento do SUS foi reduzido, com a aprovação dos Projetos de Emenda Constitucional (PEC) 86 e 95. Em 2016, a crise institucional brasileira se refletiu no impeachment da então presidente Dilma Rousseff e, no mesmo ano, foi aprovada a Emenda Constitucional 95, que congelou os gastos públicos pelos seguintes 20 anos. À saúde ficou estipulado um financiamento equivalente a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL). Com este regime de financiamento, que desvincula o investimento na saúde ao crescimento econômico, até o final de sua validade (2036) pesquisadores projetam perdas de até 654 bilhões de reais (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). No âmbito assistencial, essa tendência se seguiu com a publicação da segunda revisão da PNAB, em 2017, que estipulou diretrizes que enfraqueceram a ESF como

modelo orientador.

3.1.1 Nova política de atenção básica e programa previne Brasil

A segunda e atual revisão da PNAB foi apresentada pelo Ministério da Saúde em 2017 em meio a uma crise político-institucional e sob desconfiança do movimento social e entidades ligadas ao campo da saúde coletiva. Apesar de afirmar em seu 4º parágrafo que a PNAB tem na Saúde da Família sua principal estratégia (BRASIL, 2017a), os itens seguintes preveem o financiamento de outras modalidades de equipes na Atenção Básica, além de deixar menos específicos critérios que direcionavam a organização das equipes de Saúde da Família (eSF). Quatro pontos se destacam como mudanças nesta revisão: a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na equipe; o dimensionamento populacional recomendado para cada equipe; a previsão de outras modalidades de equipe que não a eSF e o papel do NASF na Atenção Básica. Na edição de 2011, a PNAB previa um mínimo quantitativo de 4 ACS por equipe, que deveriam cobrir 100% de sua população de sua microárea (BRASIL, 2011a), enquanto a edição atual não estabelece mínimo, deixando isso critério de uma decisão de gestão local, e recomenda a cobertura de 100% apenas em áreas de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2017a). Em relação ao dimensionamento populacional, a PNAB atual estabelece uma faixa aparentemente menor de população adscrita (2000 a 3500 pessoas) do que a edição anterior (máximo de 4000 pessoas, com média recomendada de 3000), mas indica que esses valores são flexíveis por decisão da gestão local. Quanto às modalidades de equipes, a edição de 2011 indicava diretrizes para o funcionamento das eSF e reconhecia a existência de unidades de saúde sem a presença de Saúde da Família. A edição de 2017, apesar de afirmar a prioridade da ESF, especifica a modalidade de equipe de Atenção Básica (eAB). Pesquisas como a de Melo, Mendonça, Oliveira e Andrade (2018) e Morosoni, Fonseca e Lima (2018) apontam que as diretrizes menos específicas constadas na nova edição, bem como a flexibilização e ampliação de poder para a esfera municipal, constituem risco para a estrutura da ESF. Em relação aos ACS, ambas pesquisas discutem que há na nova política uma possibilidade de mudança do papel do ACS no vínculo com o território, e com isso o próprio funcionamento da ESF. Melo, Mendonça, Oliveira e Andrade (2018) argumentam que, ao se colocar a possibilidade de equipes

menores como a eAB e a flexibilização da cobertura da população, aumenta-se a possibilidade de que o gestor local faça a escolha pela opção com menos custo, contradizendo assim a priorização de adoção da ESF.

Merece ainda destaque as mudanças observadas na definição do NASF, que foi instituído por meio de portaria em 2008 e incluído na PNAB em 2011. No texto de 2011, destaca-se a função de apoio matricial do NASF, enquanto no texto de 2017 o termo “matriciamento” é suprimido, e a função atribuída ao NASF passa a ser de suporte clínico, sanitário e pedagógico. No mesmo ano foi publicada a portaria 3.888, que prevê a criação (entre outros serviços) das Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental, com atuação vinculada não à Atenção Básica, mas unidades ambulatoriais especializadas.

Após novo câmbio no governo federal, com o início da gestão Bolsonaro, em 2019 foi publicada a Portaria 2.979, que instituiu o Programa Previne Brasil, que alterou drasticamente a forma de financiamento da Atenção Básica. Antes disso, o financiamento da Saúde era feito por blocos. Até 2017 eram seis os blocos existentes: I – Atenção Básica; II– Atenção de Média e Alta Complexidade; III – Vigilância em Saúde; IV – Assistência Farmacêutica; V – Gestão do SUS; VI – Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Esses blocos foram instituídos pela Portaria 204/GM, de 2007, no contexto da adoção do Pacto Pela Saúde. Em 2017, no mesmo movimento de reforma da PNAB, esses blocos passaram apenas a dois: custeio e investimento. Apesar da desespecificação do direcionamento dos recursos, o financiamento por meio de blocos mantinha a lógica de investimento em programas e ações estratégicas conforme necessidades de saúde da população. O programa Previne Brasil, voltado à Atenção Básica, alterou esta lógica para a de pagamento por produtividade, mais próxima do modelo pré-SUS e abandonada desde a NOB 96.

O Programa Previne Brasil estipula quatro modalidades de pagamento: capitação ponderada; pagamento por desempenho; incentivo a ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional (BRASIL, 2019a, 2021). O incentivo a ações estratégicas é similar ao PAB fixo, calculado com base na população estimada pelo IBGE, e que passou do valor de entre 23 e 28 reais per capita anual para 5,95 reais per capita anual. O PAB variável era calculado de acordo com a adesão do município a programas e ações estratégicas, como a vinculação de equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde bucal ou Programa de Agentes Comunitários.

Com o novo programa, foi substituído pela capitação ponderada, que considera a população cadastrada para cada eSF ou eAB; o pagamento por desempenho, que contempla apenas 7 indicadores e o incentivo a ações estratégicas, que suprime o NASF do rol de serviços financiados pelo Ministério da Saúde. Cabe destacar que o incentivo a ações estratégicas foi incorporado ao programa em uma revisão em 2021, por meio da Portaria 2.254. Desse modo, em sua publicação original o programa não previa financiamento universal para toda a população, apenas para àquela vinculada a equipes da AB e cadastrada conforme as diretrizes estabelecidas nos sistemas de informações. Para Massuda (2020), vincular o financiamento à população cadastrada e à estipulação de metas restringe o acesso universal, pois pode provocar a focalização do atendimento em clientela específicas e padronizadas.

Em nota técnica elaborada pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE), Costa, Jatobá e Silva (2022) analisam os impactos e resultados do programa nos primeiros anos de existência, de 2020 a 2022. Os autores apontam que fatores como a pandemia, crise política e demissões no Ministério da Saúde contribuíram para que o programa nunca fosse implementado conforme seu desenho original. Em relação aos resultados registrados, os autores destacam a baixíssima cobertura dos fatores pactuados para o programa, com destaque para a cobertura vacinal na infância, que caiu drasticamente.

Talvez o efeito mais perceptível para a assistência em saúde mental na Atenção Básica seja a extinção do NASF, que era a equipe que previa a presença de profissionais vinculados à saúde mental atuando na Atenção Básica, como psicólogos, terapeutas ocupacionais e médicos psiquiatras. Além de recomendar a presença de pelo 1 profissional de saúde mental na equipe, a Portaria 154 de 2008, que criou o NASF, também reconhecia a importância epidemiológica da saúde mental e estabelecia a atenção em saúde mental no rol de ações do serviço (BRASIL, 2008b). Em Nota Técnica de janeiro de 2020, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde revogou as portarias que instituíam e regulamentavam o NASF, recomendando que os profissionais antes vinculados a este serviço fossem cadastrados nas equipes de ESF, de Atenção Primária, ou a nenhuma equipe (BRASIL, 2020). A nota ainda instruiu os gestores municipais a compor suas equipes de forma a alcançar os indicadores do programa. Apesar da promessa da expansão dos indicadores, incluindo ações multiprofissionais e saúde mental, no primeiro triênio de sua criação

(2020-2022) os indicadores existentes para o pagamento por desempenho foram apenas 7, relacionados à saúde gestacional, saúde da mulher, cobertura vacinal na infância, cuidado em doenças crônicas (hipertensão e diabetes). Quase todos esses indicadores são limitados a procedimentos, como coleta de citopatológico e aferição de pressão arterial. Massuda (2020) alerta para a possibilidade de, ao se adotar indicadores tão restritos, os municípios deixem de atender outras condições de saúde que não estão neles contempladas.

3.2 A SAÚDE MENTAL COMO POLÍTICA: REFORMA PSIQUIÁTRICA, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E CONTRA-REFORMA

Assim como a reforma sanitária, a reforma psiquiátrica possui uma história que congrega décadas de disputas nos campos científico, social e político. Esses dois movimentos possuem paralelos importantes, mas não ocorreram de modo completamente integrado. Um ano após a VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM e a I Conferência Nacional de Saúde Mental. No Congresso do MTSM foi lançada a Carta de Bauru, com o tema “por uma sociedade sem manicômios” (BRASIL, 2005). Enquanto o conjunto de pautas da reforma sanitária foi debatido e incorporado no processo de formulação da constituição e da Lei Orgânica do SUS, a reforma psiquiátrica só conseguiu se efetivar legalmente a nível federal mais de uma década depois.

No âmbito político-jurídico, o processo da reforma psiquiátrica se deu com o estabelecimento gradual de leis, decretos e portarias que tinham por objetivo traduzir em normas regulatórias seus princípios éticos e ideológicos. Seu marco legal principal é a Lei 10.216, de 2001, que preconizou uma mudança no modelo de cuidado, indicando a substituição do modelo asilar pelo de atenção psicossocial (BRASIL, 2001). Há outra esfera, técnico-assistencial, que consiste no desenvolvimento de práticas e ferramentas que concretizem a teoria, transformando princípios norteadores em uma assistência real. Essas três dimensões – adicionadas a uma quarta, a sociocultural – são separadas apenas em uma análise conceitual, mas constituem um processo integral e dinâmico (AMARANTE, 2013).

O modo de atenção psicossocial surgiu da prática, na contradição e negação do modelo vigente até o século XX, representado pela ordem psiquiátrica. Sua construção se erige sobre a destruição da lógica manicomial, em um processo que

ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica foi um movimento de abrangência global, sendo o Brasil influenciado principalmente pela Reforma Psiquiátrica Italiana. No século XX, a contestação das formas tradicionais de cuidado em saúde mental, ganharam força no período pós-guerra em países como Inglaterra, França e Estados Unidos. A visível ineficácia do modelo manicomial impulsionou reformas nos serviços de saúde e tentativas de construções de outros modos de cuidado, como as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, a Psiquiatria de Setor e a Psicoterapia Institucional na França e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos. A Reforma Psiquiátrica Italiana, que tem como figuras de destaque nomes como Franco Basaglia e Franco Rotelli, incorporou inicialmente alguns dos elementos das outras experiências europeias, para então assumir uma direção que mais se aproximava de uma ideia de revolução do que reforma.

Um famoso episódio conecta a reforma psiquiátrica italiana com a história brasileira. Em passagem pelo Brasil para a participação em alguns encontros sobre psiquiatria em 1979, Franco Basaglia teria se horrorizado com a visita ao Hospital Colônia de Barbacena, que comparou com um campo de concentração. De acordo com a pesquisa realizada por Arbex (2013), no período ditatorial cerca de 60.000 pessoas morreram dentro do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, fato que a autora define como holocausto brasileiro. No período pré-reforma, a taxa de reinternações era crescente, mesmo com a adoção de novas tecnologias (como o uso de psicofármacos), apontando a ineficácia do hospital psiquiátrico e seus métodos terapêuticos (SILVEIRA, 1992). Ineficaz pelos próprios padrões da medicina e psiquiatria e violento por padrões de direitos humanos básicos, o manicômio teve (e ainda tem) vida longa no Brasil e disputa espaço com outros modos de cuidado. A atenção psicossocial é um modo de cuidado não apenas concorrente, mas que nasce na própria antítese do manicômio.

Costa-Rosa (2000) sustenta que a contradição com o modelo manicomial é necessária para entender o modelo da atenção psicossocial. O autor afirma que o processo de transformação da atenção psicossocial em paradigma inicia pela crítica ideológica e teórico-técnica, que é seguida pelo exercício de outras possibilidades práticas, até se configurar como um modelo outro e alternativo. No processo da reforma psiquiátrica italiana, que ficou conhecida como psiquiatria democrática, explicita-se também essa atitude dialética de negação/superação:

Uma psiquiatria, portanto, que não quer somente negar-se enquanto não-ciência, mas quer afirmar-se como anticiência (se por ciência se entende uma ideologia que se encontra sempre a confirmar os valores da classe dominante) através da passagem necessária de uma posição simplesmente contra-transferencial para uma dialética. (BASAGLIA *et al*, 1994, p.12)

Basaglia *et al* (1994) resumem a experiência de Gorizia, um hospital psiquiátrico transformado em comunidade terapêutica, como um processo que iniciou com a negação de práticas asilares, passando pela tentativa de transformação do hospital e sua consecutiva falência, até a negação da própria instituição psiquiátrica. Apesar de representar um fracasso em seu objetivo inicial de reforma da psiquiatria pela transformação do hospital, a experiência de Gorizia possibilitou a criação de um modelo de cuidado que rompesse de forma completa com o manicômio. Anos mais tarde, em Trieste, já com a Lei da Reforma Psiquiátrica italiana aprovada, foi possível iniciar a construção de serviços substitutivos de saúde mental (ROTELLI, 1994). De base territorial, e prescindindo de uma organização em torno de um hospital, esses serviços eram chamados de Centros de Saúde Mental. Funcionavam 24h, com uma equipe multidisciplinar, que atuava em boa parte fora do serviço, na comunidade, e atendiam a uma população de cerca de 40 mil pessoas cada (ROTELLI, 1994). Apresentando a política de atenção em Trieste, Rotelli (1994) também discute o que se buscava alcançar com o novo modelo de cuidado, ou o que estava se considerando como terapêutico. O autor defende que o caráter terapêutico de uma ação está na sua capacidade de possibilitar acesso a direitos e de viver a vida com qualidade. Construir relações interpessoais com qualidade, ambientes de trabalho com qualidade, produzir por meio do trabalho objetos de qualidade são aspectos que constituem o processo de *reabilitação* (ROTELLI, 1994).

No Brasil, o modo de atenção psicossocial nasceu na prática da reforma psiquiátrica, com a criação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), centros de convivência e outros serviços dedicados à promoção do cuidado em liberdade.

3.2.1 O modo de atenção psicossocial

Na contradição do modelo asilar, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se apresenta como serviço substitutivo, pois se propõe a não repetir as relações manicomiais. Os CAPS surgiram em São Paulo, na década de 1980. Seu nome foi

sugerido por Ana Pitta, inspirado em serviços fundados na Nicarágua (COSTA- ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Sendo experiências inicialmente regionais, foram modelo para o que viria a ser mais tarde uma política nacional de saúde mental, calcada na reforma psiquiátrica. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) analisam que é a partir deste momento, da instauração de um serviço e uma prática, que o significante “psicossocial” passa a ser não apenas um termo para qualificar um outro substantivo, mas adquire um estatuto de conceito. Ainda de acordo com os autores, esse momento marca a instalação de um novo paradigma, o da atenção psicossocial.

A atenção psicossocial empresta da psiquiatria democrática italiana alguns conceitos para construir sua base epistêmica, dentre eles a ideia, exposta por Basaglia (2005), de que na prática de atenção à saúde mental o sujeito deve ser posto em evidência e o sintoma permanecer entre parênteses. Em termos diretos: tratam-se pessoas, não doenças. Essa concepção, apesar de simples, vai de encontro ao modelo biomédico tradicional, dedicado a compreender o processo saúde-doença a partir de pressupostos como história natural da doença e descrições nosográficas. Suspendendo esses preceitos, abre-se mão de um suposto saber generalista sobre a experiência do sujeito que é atendido e o cuidado passa a ser inevitavelmente singularizado.

Costa-Rosa, Luzio e Yazui (2003) defendem que na construção da reforma psiquiátrica nas últimas décadas a categoria “psicossocial” passou de possuir um valor de termo que qualificava práticas reformadoras em saúde mental para o de um novo paradigma nesse campo. Segundo os autores, até a década de 1980 a prática de saúde mental coletiva no Brasil que tentava se distanciar da manicomial importava o modelo “biopsicossocial”, que se constituía como uma tentativa de adicionar aspectos psíquicos e sociais a um modelo biomédico. Não se tratava, todavia, de uma mudança de paradigma, que permanecia sendo o da Psiquiatria, ainda que expandido. Para os autores, a atenção psicossocial se institui como um novo modelo a partir do momento que se materializou em novos dispositivos criados para a atenção à saúde mental que se pautavam por uma ética que diverge daquela da psiquiatria clássica.

A reforma psiquiátrica, ao qualificar o modo de atenção como psicossocial, redefine o sentido de saúde como produto da coletividade, e não apenas individual (FIORATI, 2013). Essa noção implica uma reorientação no campo teórico-conceitual, que passa a incluir categorias como território, clínica ampliada e contratualidade.

Quando a lei 10.216 preconiza a preferência do tratamento em saúde mental nos serviços de base comunitária (BRASIL, 2001), ela reconhece que é no território que se produzem a vida, a saúde e o adoecimento. Dentro da política de saúde, o território é entendido não apenas como uma determinada área geográfica, mas como tudo o que faz dele uma comunidade: sua população, instituições e relações (BRASIL, 2005). Fiorati (2013) apresenta a estrutura dinâmica do território, que inclui as interações humanas por meio dos saberes, valores e cultura. Paulo Amarante (2013) afirma que o território é o espaço de trocas reais e simbólicas, onde operam mecanismos de solidariedade e exclusão e se configura o lugar da diferença.

Tendo a reforma psiquiátrica italiana grande influência na brasileira, são evidentes as semelhanças dos Centros de Saúde Mental de Trieste com os serviços substitutivos implementados no Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além da inspiração em termos de aspectos legais e organizacionais da atenção em saúde mental, a ideia da reabilitação psicossocial também se constitui como referência para o arcabouço teórico-técnico das práticas reformadoras no Brasil. Autores como Benedetto Saraceno, Ana Pitta e Roberto Kinoshita compartilham do pensamento de Franco Rotelli ao considerar a reabilitação como um norte terapêutico dentro dos objetivos do tratamento em saúde mental.

Saraceno (1996) defende que a reabilitação psicossocial é o processo de construção de uma cidadania plena, permitida pela chegada do indivíduo a um estatuto de contratualidade também plena. O autor parte de uma concepção de que cada pessoa possui um valor no esquema social, que permite que ela efetue trocas materiais e afetivas. Os indivíduos possuiriam valores maiores ou menores em cada relação (expressas nos níveis de morar, trabalhar e se relacionar socialmente), o que determinaria seu poder contratual e faria com que estivessem mais ou menos habilitados para uma determinada função. Quando alguém não possui poder contratual, está desabilitado. A reabilitação psicossocial é, portanto, a restituição de direitos - não aqueles civis formais, mas substanciais (afetivos, relacionais, habitacionais, produtivos) (SARACENO, 2001).

Enquanto Saraceno aponta a cidadania como o objetivo da reabilitação psicossocial, no texto "Contratualidade e reabilitação psicossocial" Kinoshita (1996) utiliza a categoria autonomia. O autor apresenta uma definição para esses dois conceitos, declarando:

Reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar sua autonomia. [...] Entendemos como autonomia a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. (KINOSHITA, 1996, p. 56-57)

No mesmo escrito, Kinoshita aponta a importância da construção de vínculos diversos, que permitam que o sujeito não seja dependente de apenas algumas relações, mas de múltiplas. Desse modo, abrir-se-iam possibilidades novas e variadas de ordenamentos da vida.

Ana Pitta (1996) faz uma análise profunda do que significa estar desabilitado na sociedade atual. A autora considera que, em uma sociedade que a maior parcela da população vive do trabalho assalariado, a exclusão se produz com base na incapacidade produtiva, que considera certas pessoas desabilitadas para o trabalho e, por isso, para a vida. Pitta defende que a reabilitação psicossocial seja não uma técnica que busque a readaptação de cada indivíduo, mas uma estratégia de cuidado, uma ética que irá nortear a construção de políticas de atenção a pessoas vulneráveis ao ordenamento social vigente (PITTA, 1996).

Integrando um movimento mundial que objetivava concretizar essa ética de cuidado, a World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), Pitta faz uso do termo reabilitação psicossocial para nomear as práticas que atendem de forma integral às demandas dos usuários de saúde mental, ainda que reconheça a abordagem normatizadora que decorre de noções comumente associadas a ele (PITTA, 1996). A autora ainda afirma que, ao se afastar do contexto hospitalar e se aproximar do território e comunidade, essas práticas vão recebendo novos nomes pelos trabalhadores e usuários.

Desenvolvendo a crítica já antevista por Pitta (1996), Costa-Rosa, Luzio e Yazui (2003) questionam o uso do termo “reabilitação psicossocial” para designar práticas do campo da atenção psicossocial. A ideia de reabilitação traria uma conotação advinda do campo médico de recuperar algo que foi perdido, na perspectiva da dicotomia saúde-doença. O prefixo “re” remeteria a retorno, a uma retomada de algo velho, no lugar da construção do novo. Os autores reconhecem o esforço de Ana Pitta, Saraceno e da WAPR em ampliar o escopo do termo, instituindo um sentido que o afaste dessa concepção biomédica e normatizadora. Concluem, entretanto, que há um custo em se manter atrelado a uma palavra que alude o oposto do que se quer dizer, sendo uma terminologia tradicionalmente associada a um sentido “ortopédico”.

Desse modo, Costa-Rosa, Luzio e Yazui (2003) advogam pelo uso da nomenclatura “atenção psicossocial” para designar o modelo de cuidado em saúde mental que substitui e se contrapõe ao modelo asilar e abrangeria as práticas que o termo “reabilitação psicossocial” busca designar. Buscando avançar na conceituação do modo de atenção psicossocial, os autores utilizam as quatro dimensões de análise propostas por Paulo Amarante: a político-jurídica; a teórico-conceitual; a técnico-assistencial e a sociocultural.

Paulo Amarante (2013) propõe essas quatro esferas como uma forma de didatizar a análise de um processo que é complexo e não-estático, e o faz de modo a indicar o movimento de criação de um novo paradigma, o psicossocial, a partir do questionamento e transformação do modo asilar. Em resumo, essas dimensões se configuram como:

a) teórico-conceitual: há uma transição da lógica positivista e mecanicista sobre a produção de conhecimento e intervenção na realidade para uma compreensão complexa e multifatorial dos aspectos que determinam o modo de olhar um fenômeno. Enquanto a psiquiatria clássica pautava-se em uma ideia de apreensão da realidade de forma neutra, observacional/experimental e inequívoca, a reforma psiquiátrica evidencia transformações epistemológicas que põem em questão o próprio objeto da psiquiatria, a doença mental. A antipsiquiatria propõe uma suspensão desse objeto em favor de um deslocamento para o sujeito total e as relações a que ele é submetido. Isso faz com que seja objeto do campo da saúde mental a vida concreta e um cuidado integral, o que se põe em choque com a prática segregatória manicomial.

b) político-jurídica: com as mudanças epistemológicas sobre o estatuto do sujeito psicicamente adoecido, modifica-se também seu estatuto jurídico, de destituição de direitos. Não há mais justificativa para a segregação e reconhecem-se os determinantes e condicionantes sociais da saúde. Desse modo, criam-se legislações que reafirmam direitos dos agora chamados não de doentes mentais, mas usuários de saúde mental, pelo tratamento em liberdade.

c) técnico-assistencial: as mudanças na abordagem filosófica e política sobre a saúde mental necessitam materializar-se em serviços que se guiam pelos pressupostos estabelecidos. Uma epistemologia que enxerga o sofrimento mental como perda da razão e periculosidade irá basear serviços que se fundam nos

propósitos de exclusão, custódia e correção moral. Por outro lado, uma compreensão que volte um olhar integral para o sujeito em sofrimento deverá criar instituições que se construam sobre o acolhimento e a produção de subjetividades e sociabilidades.

d) sociocultural: de vital importância para a instauração plena de um novo paradigma, é a transformação do imaginário social sobre o que se entende por loucura, saúde mental e cuidado ou tratamento. A esses objetos associam-se ideias, concepções e valores, que contribuem para legitimar ou não discursos, leis e práticas.

Quando propõe tais categorias de análise, Paulo Amarante (2013) alerta para o equívoco comum de equivaler a alteração do modelo de atenção às mudanças no campo técnico-assistencial, expressas pela criação de novos tipos de serviços. Mais do que criar novos serviços ou tecnologias, é necessária a transformação das legislações e políticas, das epistemologias que orientam as ações, e do imaginário social sobre saúde e adoecimento mental e suas formas de cuidado. Somente quando contemplados dentro desse processo complexo e multidimensional que é o paradigma psicossocial os aspectos técnicos possuem fiabilidade.

3.2.2 Legislações e contrarreforma

Nos anos seguintes à publicação da Lei 10.216, o modo de atenção psicossocial se fortaleceu em seus aspectos jurídicos, técnico-assistenciais e nas representações sociais e culturais. Em 2002 foram regulamentadas as regras de funcionamento dos CAPS e Hospitais Psiquiátricos e em 2003 foi lançada a já mencionada Política Nacional de humanização (PNH), com o objetivo de organizar processos de gestão e cuidado em conformidade com os princípios estabelecidos nas políticas nacionais de saúde, incluído a saúde mental. A PNH representou um desenvolvimento na dimensão técnico-assistencial do modo de atenção psicossocial, pois apresentou dispositivos e diretrizes para operacionalizar princípios estabelecidos para o cuidado, como o Projeto Terapêutico singular como ferramenta para a integralidade ou o Acolhimento como forma de garantir a equidade. A também já referida criação dos NASF em 2008 ampliou e qualificou a assistência em saúde mental para a atenção básica, seguindo a premissa do cuidado com base territorial.

Em relação ao financiamento, em 2005 por meio de portaria foi instituído incentivo financeiro federal para a implantação de CAPS. Em estudo que analisa a

evolução do gestor federal com saúde mental na primeira década pós-reforma, Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) apontam que 2006 foi o ano em que a proporção de financiamento hospitalar/extra-hospitalar se inverteu. De acordo com os dados apresentados, o financiamento hospitalar em 2001 era mais que o triplo do que o extra-hospitalar. Com o progressivo financiamento da rede extra-hospitalar e o desfinanciamento dos hospitais psiquiátricos, os gastos se equilibraram na metade da década e em 2009 os gastos extra-hospitalares passaram a representar pouco mais que o dobro dos hospitalares. Ainda assim, os pesquisadores apontam o subfinanciamento do sistema, que recebeu apenas 2,5% do orçamento de toda a saúde naquela década.

Em 2011, por meio da portaria 3088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS é composta por serviços referentes a cada nível de atenção e obedece à seguinte configuração (BRASIL, 2011b):

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde;

b) equipe de atenção básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV – atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V – atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) enfermagem especializada em Hospital Geral;

b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI – estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Apesar da Lei 10.216 prever a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos, observa-se que sua existência é garantida no texto da instituição da RAPS, bem como a inclusão das Comunidades Terapêuticas, que são abarcadas nos serviços de atenção em regime residencial (BRASIL, 2011b). No ano seguinte da instituição da RAPS foram redefinidas regras de funcionamento e custeio para vários dos componentes da RAPS, incluindo os CAPS, Hospitais Psiquiátricos, Leitos em Hospitais Gerais e Comunidades Terapêuticas.

Dados do Ministério da Saúde demonstram que, após 2011, houve crescimento do número de CAPS credenciados, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e leitos psiquiátricos em Hospital Geral (BRASIL, 2022). Neste mesmo período o número de leitos em Hospital Psiquiátrico passou a diminuir progressivamente, passando de 29.953 em 2011 para 17.559 em 2017. Estudos como o de Rocha *et al* (2021) e Miliauskas *et al* (2019) verificaram correlação negativa entre a cobertura de CAPS e internações psiquiátricas nos períodos de 2000 a 2014 e 2008 a 2015, respectivamente, demonstrando indícios importantes da mudança de modelo de atenção.

Em 2017, mesmo ano da reforma da PNAB, o Ministério da Saúde iniciou a revisão da política nacional de saúde mental com a publicação da Resolução 32, intitulada “Diretrizes para o fortalecimento da RAPS” e da Portaria GM/MS 3.588. Duramente criticadas por organizações científicas e do movimento social de luta antimanicomial, os textos preveem a criação de equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental na atenção secundária, fortalecer parcerias interministeriais em relação às comunidades terapêuticas, ampliação do número de

leitos para internação psiquiátrica em Hospital Geral e, apesar de vetar a ampliação de vagas em hospitais psiquiátricos, instituem o reajuste do valor das diárias nestes hospitais (BRASIL, 2017b).

Em nota técnica da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a RAPS é atualizada com a seguinte configuração:

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital-Dia
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas

Compilando e comentando o conteúdo dos textos legislativos publicados, a nota técnica afirma explicitamente o descompromisso com a reforma psiquiátrica:

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. (BRASIL, 2019b)

O texto ainda critica a condução anterior da política de saúde mental, acusando-a de ser ineficaz e contribuir para o aumento do número de suicídios, prevalência de transtornos mentais no sistema carcerário, afastamentos do trabalho e mortalidade de pacientes com transtornos mentais. O papel dos hospitais psiquiátricos na RAPS é valorizado, com a denúncia de suposta desassistência ocasionada pela diminuição do número de leitos e a intenção declarada de não realizar novos fechamentos. A recomendação apresentada na nota é a proporção de 1 leito para cada 2,2 mil pessoas (BRASIL, 2019b). Se seguida, o Brasil teria hoje mais de 100.000 leitos psiquiátricos, quase seis vezes mais que o número atual. Destacam-se também as instruções quanto aos internamentos psiquiátricos de crianças e adolescentes, reconhecendo-se a possibilidade de internamentos em hospitais psiquiátricos adultos.

Com o fim do financiamento federal ao NASF, em 2020, em termos de política federal, é prevista a presença de profissionais de saúde mental na Atenção Básica apenas nas equipes de Consultório da Rua (eCR), equipes criadas após a revisão de 2011 da PNAB, que criou equipes de Atenção Básica para populações específicas. Sendo 172 as eCR em todo o país (BRASIL, 2022), a maior parte dos profissionais de saúde mental são direcionados pela política federal à atenção especializada e hospitalar. As recém criadas Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental não constituem um serviço, mas uma equipe que poderá ser vinculada a clínicas, ambulatórios ou hospitais (geral e psiquiátrico).

Em estudo realizado por Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) verificou-se a partir de 2016 a diminuição do incremento no número de CAPS no país, com consequente estagnação da cobertura assistencial, que estava em crescimento. Os autores apontam a incompatibilidade da nova política com a Reforma Psiquiátrica e com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e todas as Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas até o momento.

Lado a lado com as reformas na Política Nacional de Saúde Mental, em 2019 foi publicada a Nova Política de Drogas, que alterou diversos dispositivos legais alterou drasticamente preceitos relevantes para o cuidado em saúde mental de pessoas problemas decorrentes do uso de drogas.

3.3 POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL

O Decreto-Lei 891/1938 representa a primeira norma legal a abordar o uso de drogas no Brasil. No texto, o Estado reconhece tanto a toxicomania quanto a intoxicação eventual como doenças de notificação compulsória (BRASIL, 1938). Preconizava-se que o tratamento para a toxicomania deveria ser feito obrigatoriamente em instituição hospitalar, podendo ser solicitado por conveniência à ordem pública. Não é estabelecida qualquer diretriz para o tratamento, apenas que a alta era condicionada à cura atestada pelo médico encarregado. Quase 40 anos depois e em pleno período ditatorial, foi publicada a Lei 6.368 que alterou a legislação anterior e apresentou uma política sobre drogas que se fundava na prevenção, repressão e tratamento. Quanto ao tratamento, a Lei previa a possibilidade de tratamento extra-hospitalar, mas destacava a obrigatoriedade de internamento de

acordo com o quadro psicopatológico (BRASIL, 1976). Nos anos seguintes foram criados órgãos e secretarias de competência nacional ligados à política de drogas, como o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) - que em 1998 se transformou em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e em 2008 Conselho Nacional de Políticas de Drogas (CONAD) - e o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB), predecessor do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

O início do século XXI marca uma mudança importante na compreensão e na política de drogas, conseqüente de debates seguidos por fenômenos sociais dos anos 1980 e 1990, como a circulação do vírus da AIDS e o surgimento do crack no cenário urbano, que demandaram a construção de novas formas de abordagem, como a estratégia de redução de danos. Em 2002 foi apresentada a primeira Política Nacional sobre Drogas, que foi revisada em 2005 e descrita na Resolução número 3 do CONAD, e em 2006 foi aprovada a Lei 11.343, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas. A primeira mudança aparente na política de drogas a partir do ano 2000 é a substituição de nomenclaturas proibicionistas nos órgãos e conselhos, como “antidrogas”, em favor de “política de drogas”. Em 2003 o Ministério da Saúde publicou o texto “A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, em que apresenta o uso de drogas como uma questão social e de saúde pública. O lançamento do documento por meio da Coordenação Nacional de DST e AIDS revela a compreensão entre uma intersecção de abordagem em questões coletivas de saúde sexual e do uso de drogas, expressa principalmente pelo modelo da redução de danos.

A Política Nacional Sobre Drogas apresentada em 2005 se preocupa em estabelecer a distinção entre usuário, dependente e traficante de drogas, eliminando termos como “doença” ou “patologia”. O texto foi publicado em forma de resolução e dividido em 5 seções: 1. Prevenção; 2. Tratamento, Recuperação e Reinserção social; 3. Redução de Danos Sociais e à Saúde; 4. Redução da Oferta e 5. Estudos, Pesquisas e Avaliações. A resolução identifica os sistemas de Saúde e Assistência Social como responsáveis pelas ações voltadas aos usuários e nomeia como pontos de atenção e intervenção as UBS, ambulatórios, CAPS, CAPS AD, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas,

casas de apoio e convivência e moradias assistidas (CONAD, 2005). Destaca-se que, apesar de terem sido oficialmente reconhecidas na Política de Saúde Mental na instituição da RAPS em 2011, as comunidades terapêuticas já eram apontadas como dispositivos de atenção na Política Sobre Drogas.

Apesar de publicados com apenas dois anos de diferença, os dois documentos citados – a Política Nacional Sobre Drogas e o texto sobre a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas – apresentam pontos importantes de divergência, talvez reflexo de desalinhamentos entre os setores envolvidos. Enquanto o proponente do primeiro documento, o CONAD, está submetido ao Ministério da Justiça, o segundo texto estava vinculado ao Ministério da Saúde, especificamente à Coordenação Nacional de DST e AIDS (atual Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis). Em relação ao modelo de atenção, o texto do Ministério da Saúde situava o debate da reforma psiquiátrica, com duras críticas ao modelo hospitalar e apresentando a necessidade de sua superação pelo da atenção psicossocial (BRASIL, 2003). O trabalho faz menção às comunidades terapêuticas, atribuindo seu surgimento a um vácuo assistencial na atenção psicossocial e apontando as irregularidades dessas instituições. A resolução do CONAD, por outro lado, apresenta uma visão bem menos coesa sobre o modo de atenção ao usuário com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Há uma variedade contraditória de dispositivos previstos, como as comunidades terapêuticas/hospitais psiquiátricos e a estratégia de redução de danos. Essa contradição interna na Política permaneceu nos anos seguintes, se expressando tanto no financiamento dos serviços quanto na prática assistencial.

Na virada da década três programas afetaram drasticamente o cenário da Política Sobre Drogas. Os programas foram implementados sucessivamente em 2009, 2010 e 2011 e estabelecendo continuidade entre cada um. São eles: o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD); o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e o Plano Crack, é possível vencer. A partir do PEAD o crack vai tomando destaque nas ações prioritizadas nas políticas públicas. Se na Política Nacional Sobre Drogas a palavra “crack” sequer aparece, no começo da década de 2010 o crack toma papel central na Política, que leva seu nome ao título. Os três planos se justificavam pela presença crescente do crack nas cidades, o que se

configuraria um problema social. O primeiro delas, o PEAD se justificava pelo “cenário epidemiológico recente, que mostra a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta-base, crack, merla) e inalantes, que se associa ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens” (BRASIL, 2009, p.1). Em suas diretrizes, o texto reforça a preocupação com o consumo de crack entre jovens em “situações de vulnerabilidade”. Na mesma linha, o Plano Integrado propõe a realização de diversas ações específicas para a população infanto-juvenil, que estaria “vulnerável” ao uso de crack (BRASIL, 2010). O Plano Crack, de 2011, foi a versão final dessas iniciativas, com um projeto grandioso a ser executado por meio de um investimento prometido de 4 bilhões de reais. O Plano foi executado entre 2011 e 2014 e previa ações divididas em três eixos: cuidado, autoridade e prevenção, que englobavam a atuação dos Ministérios da Saúde, Justiça, Desenvolvimento Social, Educação e da Secretaria de Direitos Humanos. No eixo cuidado, propunha a ampliação da RAPS em uma parceria entre os entes federados, estabelecendo como metas a criação de novas eCR, CAPS AD, leitos hospitalares, Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil e vagas em comunidades terapêuticas. Uma análise realizada pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM) verificou que o orçamento executado foi cerca de metade do previsto e a maior parte das metas foi apenas parcialmente cumprida. Cabe destacar que, enquanto a ampliação de serviços do SUS foi muito aquém da esperada, a criação de vagas em comunidades terapêuticas foi uma das que esteve mais próxima da realização. Das 10.000 vagas previstas, estavam disponíveis 7.500 no final do programa (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2014).

Medeiros (2015) defende a tese que a “epidemia do crack” é uma construção discursiva que ganha força nos anos 2000, apoiada no discurso midiático e médico-científico. Seu efeito seria o sentimento social de terror e abjeção, e uma estigmatização de sujeitos lidos como “cracudos”, em uma associação com a periculosidade, doença e pobreza. Discutindo o Plano Crack, Bentes (2017) considera que o discurso da epidemia facilita a aceitação de programas emergenciais que, na justificativa de combate a um mal social, reforçam relações de desigualdade e violência. No período de validade do programa o debate sobre a internação compulsória de usuários de crack tomou evidência nas três esferas de governo, com destaque para a prefeitura do Rio de Janeiro e o Governo do Estado de São Paulo,

que protagonizaram ações polêmicas de internação compulsória. A pesquisa da Fiocruz sobre o perfil do usuário de crack publicada em 2014 verificou que não há prevalência maior de usuários de crack na região Sudeste (BASTOS; BERTONI, 2014). Rodrigues e Silva (2021) localizam o discurso das “epidemias” das drogas, bem como as políticas de enfrentamento que preconizam estratégias de abstinência e internação compulsória, como parte da guerra às drogas, uma forma de se livrar de populações indesejadas e que legitima relações de poder, violência, e até extermínio contra pretos, pobres e periféricos.

3.3.1 A nova política nacional de drogas

A revisão das políticas sobre drogas que revela que, diferente do que ocorreu em outras políticas, como a de Saúde Mental, abordagens conservadoras e moralistas ganharam força antes mesmo das crises econômicas e político-institucionais da metade da década passada. Isso não significa que as mudanças de governo não aceleraram esse processo. A Nova Política Nacional de Drogas, outra reforma do governo Bolsonaro, foi instituída em 2019 por meio do Decreto 9.761 e da Lei 13.840. Apesar de preservar trechos da Política de 2005, a Nova Política faz alterações importantes na orientação da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Possivelmente a modificação mais gritante seja a supressão da estratégia de redução de danos como parte da Política Nacional. No texto não há qualquer menção ao termo redução de danos, e o objetivo da Política é definido como manter a população abstinentemente do uso de drogas (BRASIL, 2019c). Em relação aos dispositivos apontados como executores do cuidado, os serviços de saúde (inclusos os de Atenção Básica, CAPS e hospitais) são mencionados apenas uma vez, sendo garantido seu repasse financeiro, mas sem compromisso de ampliação ou redução de algum serviço. Dispositivos externos ao campo da saúde, como as comunidades terapêuticas e grupos de ajuda mútua, são mencionados também nas diretrizes, dessa vez com a previsão de apoio e estímulo por parte do Estado. O texto ainda prevê apoio financeiro a “novos modelos de assistência e cuidado” (Brasil, 2019c, p. 11), mas sem especificar quais seria esses modelos. Para Nunes *et al* (2019), essas mudanças constroem um modelo que tem como objetivo a abstinência e como método a internação, mesmo involuntária.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) consideram que as reformas no campo da saúde mental no início do governo Bolsonaro, na gestão do então ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta, promoveram uma separação entre a política de saúde mental e a política sobre álcool e outras drogas, que passou a se reportar mais a pastas como Desenvolvimento Social e Justiça do que à Saúde. Nunes *et al* (2019) analisam que a nova Política Nacional Sobre Drogas une o que tem de supostamente mais avançado no campo neurobiológico (atendendo aos interesses da indústria farmacêutica) com o mais arcaico tratamento moral, oferecido pelas comunidades terapêuticas, entidades extensão principalmente de igrejas neopentecostais.

Outro ponto de dissonância que chama atenção em relação à Política que se construía nos anos anteriores é a perda de protagonismo do crack como alvo de programas e ações estratégicas. Na nova Política, a palavra “crack” é mencionada apenas na apresentação de dados epidemiológicos na introdução do texto, com a informação de prevalência identificada de uso entre 0,7% dos adultos e 0,1% dos adolescentes (BRASIL, 2019c). Apresentado pelo CONAD em 2022, o Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas menciona de forma crítica a chamada “epidemia do crack” e a alocação de recursos para o seu combate, chamando atenção para seu caráter enviesado (CONAD, 2022). Ao mesmo tempo, ganha destaque a repressão do uso da maconha, inclusive apontando como um fator negativo a defesa do seu uso medicinal. Nas metas do Plano Nacional estão previstas a ampliação de vagas em comunidades terapêuticas (100 por ano, pelos próximos 5 anos) e a criação de 100 grupos de mútua ajuda no país. Não há qualquer menção a ampliação ou fortalecimento de serviços de base territorial.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa consiste em um estudo de abordagem quantitativa, do tipo ecológico longitudinal. Os estudos ecológicos são pesquisas do campo da epidemiologia que buscam analisar a relação entre fatores sociais e ambientais e aspectos da saúde de uma população, sendo ela a unidade de análise deste tipo de estudo (MEDRONHO, 2008). Castellanos (1998) aponta a epidemiologia como uma disciplina pilar para o âmbito da saúde pública e os estudos ecológicos como basais para estudar a saúde coletiva em seu nível populacional.

O desenho escolhido para este estudo foi a distribuição dos dados em séries temporais. As séries temporais, ou históricas, são uma sequência de dados obtidos em intervalos regulares de tempo por determinado período que permitem modelar um fenômeno de modo a descrever seu comportamento (LATORRE; CARDOSO, 2001). A análise de séries históricas depende de modelos estatísticos, que são adotados de acordo com as características da série.

4.2 COLETA DE DADOS

Como o objetivo deste estudo é analisar impactos de políticas nacionais, a população em estudo corresponde à totalidade da população brasileira. Variáveis regionais foram consideradas, mas não foram objeto principal deste estudo. Para viabilizar uma pesquisa nessa abrangência foram utilizados dados secundários, coletados dos Sistemas de Informações em Saúde e de relatórios oficiais de órgãos de pesquisa e governamentais. Os Sistemas de Informações de Saúde foram acessados por meio do aplicativo TabNet da plataforma DATASUS. Os dados utilizados foram escolhidos conforme sua relevância e disponibilidade e divididos em três categorias: financiamento, assistência e epidemiológicos. O período delimitado para os dados coletados foi entre 2012 e 2022, que corresponde aos anos anteriores e subsequentes à implantação e execução das Políticas analisadas. Os dados de financiamento das comunidades terapêuticas foram coletados apenas para o período entre 2017 e 2020, devido à disponibilidade da fonte.

A categoria de financiamento englobou dados referentes ao incentivo de

custeio federal repassado a quatro tipos de dispositivos da RAPS: CAPS, Hospitais-Psiquiátricos, Leitos psiquiátricos em Hospital Geral e Comunidades terapêuticas. A fonte de coleta dos dados de financiamento foram os relatórios “Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema único de Saúde (SUS)”, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), e “Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020”, produzido pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) em parceria com o Conectas Direitos Humanos (2021). O relatório do CEBRAP e Conectas foi selecionado como fonte por compilar dados referentes às comunidades terapêuticas que, sendo objeto de financiamento de diversas pastas, não possuem dados agregados de repasses financeiros em portais governamentais. Para analisar o repasse de verbas ao longo dos anos, foi utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) como taxa para atualizar os valores de acordo com a inflação.

A categoria assistência congregou dados relativos a serviços da RAPS (NASF, UBS, CAPS, Hospital Psiquiátrico, Leito Psiquiátrico em Hospital Geral e Comunidades Terapêuticas) como: número de serviços habilitados, cobertura das equipes e profissionais de saúde mental por estabelecimento de saúde. As fontes para a coleta foram o Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde, Sistema de Informações em Saúde Para a Atenção Básica, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o relatório “Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema único de Saúde (SUS)” do Ministério da Saúde.

Os dados epidemiológicos selecionados para análise foram: prevalência de internações hospitalares registradas com CID de Transtornos Mentais e Comportamentais, prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho, prevalência de lesões autoprovocadas. As fontes de coleta foram o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). As prevalências foram calculadas usando como base a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em séries temporais, conforme o período circunscrito, e analisados por meio de técnicas de estatística descritiva. Foram

utilizadas medidas de média e proporção para comparar dados e analisar prevalência e crescimento. A discussão foi feita pela comparação dos resultados obtidos com os objetivos previstos nas políticas estudadas, dados e análises para outros períodos presentes na literatura e projeções de impactos descritas em trabalhos que analisaram as mudanças nas legislações.

4.4 Limitações do estudo

O escopo delineado para este estudo propicia sua viabilidade, mas também decorre em limitações. Investigando fenômenos sociais complexos, as análises realizadas não englobam todas as variáveis existentes para eles, mas servem como indicadores da realidade. Aspectos como financiamento possuem componentes que não puderam ser considerados, como devolução ou suspensão de recursos e investimentos pontuais, como os de implementação de novos serviços. Ainda, este estudo considera a influência das políticas estaduais e municipais nos indicadores gerais nacionais, mas não se propõe a analisá-los de modo profundo. Como observam Sasse, Silveira e Villela (2017), o controle de fatores de confusão é difícil em estudos ecológicos e parâmetros não considerados podem estar influenciando o desfecho. Também, reconhece-se o fator de impacto significativo do contexto de crise sanitária da pandemia de COVID-19 para indicadores referentes aos anos de 2020 e 2021.

Algumas limitações são inerentes à metodologia empregada, de um estudo ecológico populacional. Sendo todos os dados provenientes de grandes bases, que dependem da alimentação e registro corretos, há uma confiabilidade dos dados menor que de estudos que utilizam fontes primárias. A diversidade de fontes também contribui para a menor confiabilidade dos dados. A falácia ecológica é uma limitação apontada por diversos pesquisadores (CASTELLANOS, 1998; SASSE; SILVEIRA E VILELA, 2017) e consiste na impossibilidade de se fazer inferências para o nível individual a partir de achados gerais. Ou seja, associações válidas para o nível populacional não são necessariamente verdadeiras para o nível individual.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram agrupados conforme os componentes analisados: financiamento, assistência e indicadores epidemiológicos. A busca por dados compreendeu o período de 2012 a 2022, mas em algumas categorias dados de anos iniciais ou mais recentes não estavam disponíveis nas fontes utilizadas. Faz-se destaque importante para os dados de 2020, que contaram com fator externo de influência significativo. A pandemia de COVID-19 que mobilizou mudanças importantes de organização e produção no campo da saúde coletiva para aquele ano e o seguinte, como procedimentos de quarentena, isolamento social e cancelamento de atendimentos não-emergenciais

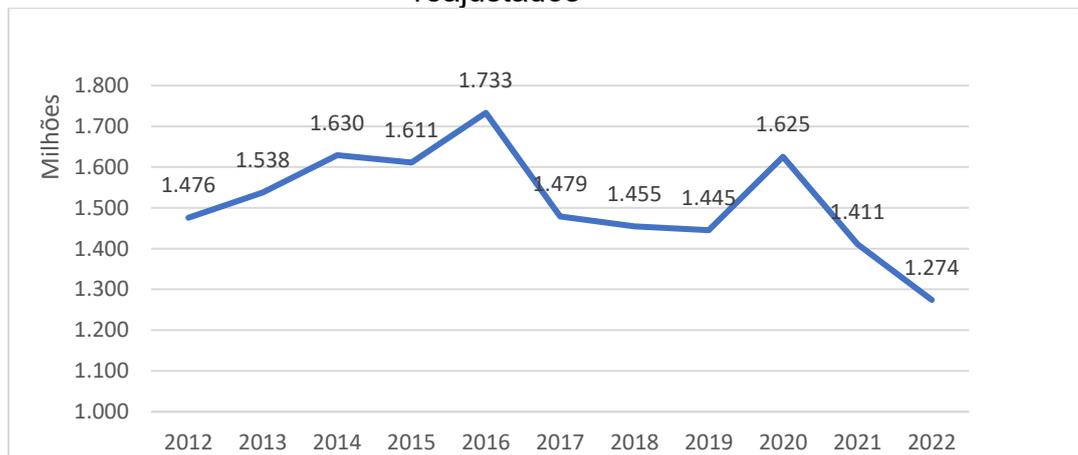
5.1 FINANCIAMENTO

O financiamento federal de custeio dos CAPS foi definido pela Portaria 3089, em 2011, com mudança de valores em 2013 para os CAPS III e CAPS AD III. Desde então, não houve nenhuma alteração ou reajuste nos valores repassados. Em 2017, durante as reformas nas políticas de saúde mental, foi criada a modalidade CAPS AD IV e definido custeio federal mensal em 400.000 reais.

Os valores de financiamento de custeio federal destinado aos CAPS foram calculados com base nos valores previstos nas portarias 3.089, de 2011, 1.966 de 2013, 3.588 de 2020, e no número de CAPS habilitados, de acordo com o relatório de dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). Os valores foram reajustados para 2022, utilizando o IPCA. A inflação acumulada entre a publicação da portaria, em 2011, até o final de 2022 foi de 91,16%. Para o CAPS I, por exemplo, que é a modalidade mais comum no Brasil e que possui o mesmo valor de repasse desde 2011, quando reajustados os valores a perda calculada é de quase 50%. Assim, o acréscimo em reais correntes no financiamento de custeio total de CAPS é explicado pelo aumento do número de CAPS recebendo recursos, e não do valor recebido por cada CAPS que, reajustado, seria cada ano menor. O gráfico a seguir apresenta a evolução do financiamento federal dos CAPS do ano de 2012 a 2022. Comparando o ano de 2016 com o de 2012, houve crescimento de 17% de um em relação ao outro. Após o ano de 2016 há uma queda, em taxas variadas, chegando em 2022 a valores 13,67% menores que no início da série. Destaca-se exceção no ano de 2020 em que,

como medida de emergência para enfrentamento da pandemia, foi aportado o valor de 1 mês de financiamento a mais para cada CAPS, explicando o crescimento e posterior decréscimo.

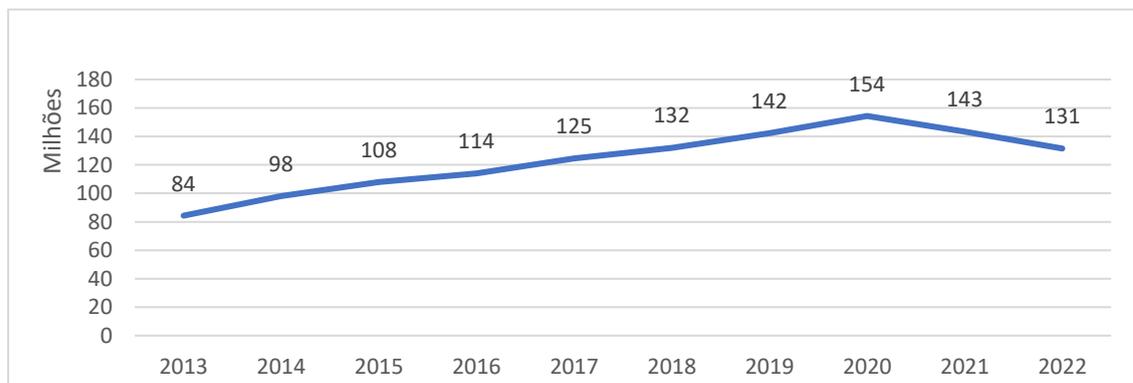
Gráfico 1 - Financiamento federal de custeio de CAPS 2012-2022 – valores reajustados



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022)

Diferente dos CAPS, o custeio de leitos em Hospital Geral, mesmo com os valores reajustados, obteve crescimento entre 2013 e 2020, observando-se decréscimo para os anos de 2021 e 2022 (gráfico 2). Além do aumento do número de leitos, houve reajuste do valor da diária das internações psiquiátricas em 2017 por meio da Portaria 3588. Os valores foram extraídos do relatório de dados da RAPS do Ministério da Saúde (2022). As informações referentes a 2012 não foram disponibilizadas pela fonte utilizada.

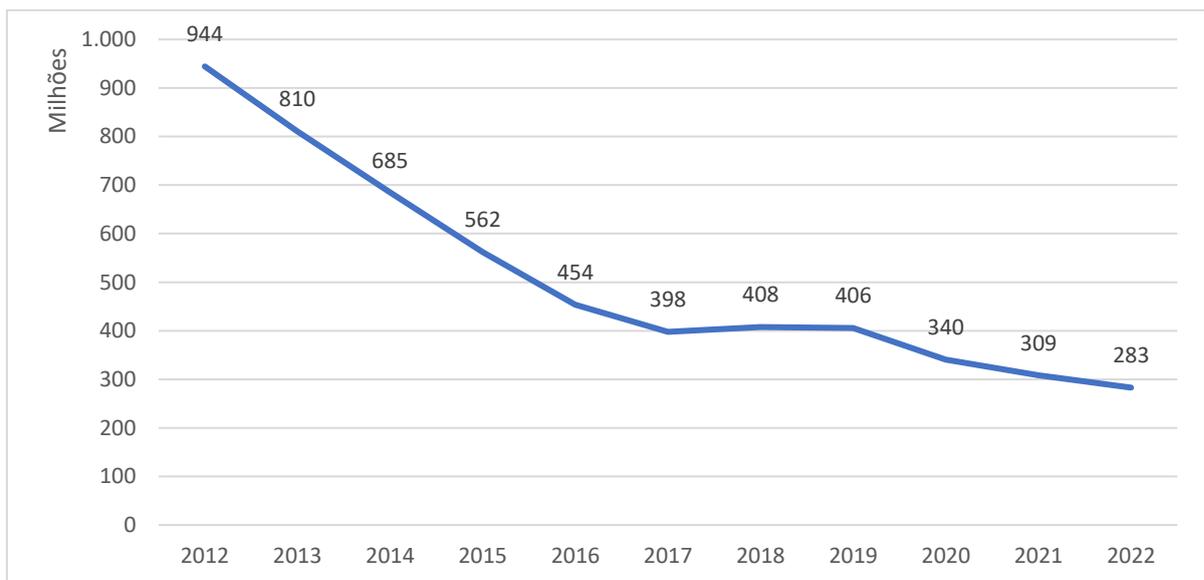
Gráfico 2 – Financiamento federal de custeio de leitos em Hospital Geral de 2013-2022 – valores reajustados



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022)

O gráfico a seguir representa a série histórica para gastos hospitalares totais para a categoria “Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais” para os anos de 2012 a 2022. Observa-se expressivo decréscimo até o ano de 2016, com estabilização a partir de 2017 e declínio menos acentuado após 2019.

Gráfico 3 – Gastos com procedimentos hospitalares no SUS 2012-2022 – em reais reajustados



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

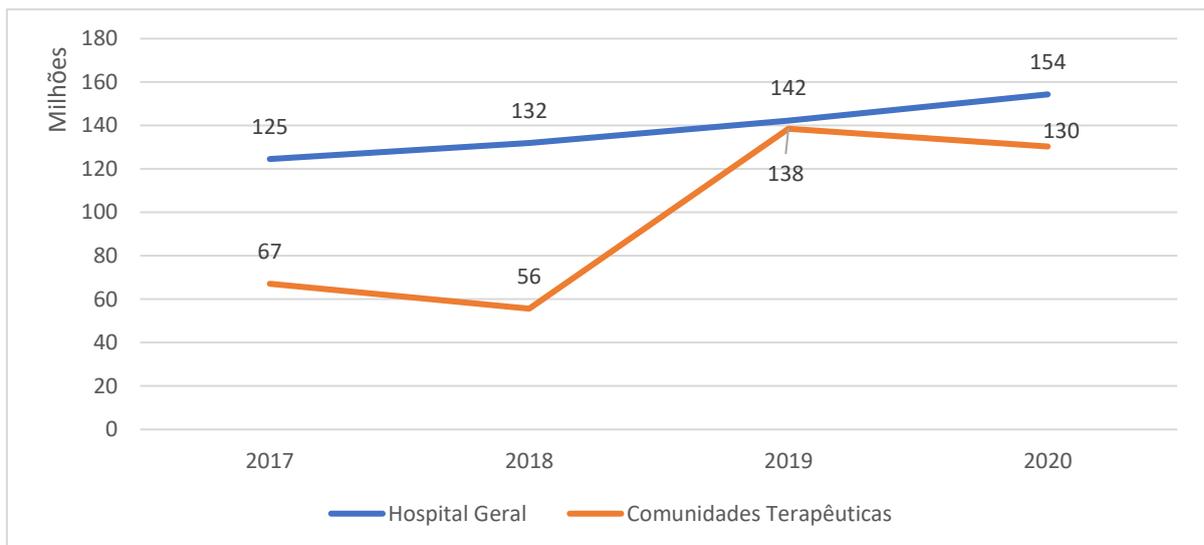
O estudo de Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) analisou e comparou a evolução de gastos hospitalares e extra-hospitalares para o período de 2001 a 2009 e demonstrou que houve constante decréscimo do primeiro e crescimento do segundo ao longo do período estudado. Os autores consideram que houve fortalecimento das ações de base territorial e comunitária devido ao aporte específico de recursos, que na época provinham do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e alertam para o risco de perda de recursos para o período posterior. O estudo de Nunes *et al* (2019) denuncia o subfinanciamento da Saúde Mental dentro do orçamento da Saúde, apontando que a participação caiu de 2,1% em 2013 para 1,6% em 2016. Os autores argumentam que o subfinanciamento compromete a eficiência dos serviços de atenção psicossocial e, com isso, o próprio modelo é politicamente enfraquecido.

No presente estudo, observou-se que há a partir de 2017 perdas no aporte de recursos para os serviços de atenção psicossocial e desaceleração do

desinvestimento em ações hospitalares. Apesar do valor de custeio federal para os CAPS ser apenas um aspecto do subsídio total da RAPS, ele é representativo da tendência no financiamento. Ainda que a Nova Política de Saúde Mental tenha sido publicada apenas no final de 2017, a relação temporal pode ser estabelecida com as mudanças que já estavam em curso na condução do Ministério da Saúde e Coordenação de Saúde Mental.

Os valores direcionados às comunidades terapêuticas foram retirados do relatório produzido pelo CEBRAP, que compilou dados apenas para os anos de 2017 a 2020. Dentro deste período observou-se crescimento expressivo em 2019, quando os valores quase se igualaram aos repassados aos hospitais gerais. O gráfico 4 compara o financiamento federal destinado a hospitais gerais e a comunidades terapêuticas no período.

Gráfico 4 – Comparação financiamento federal 2017-2020 – em reais reajustados



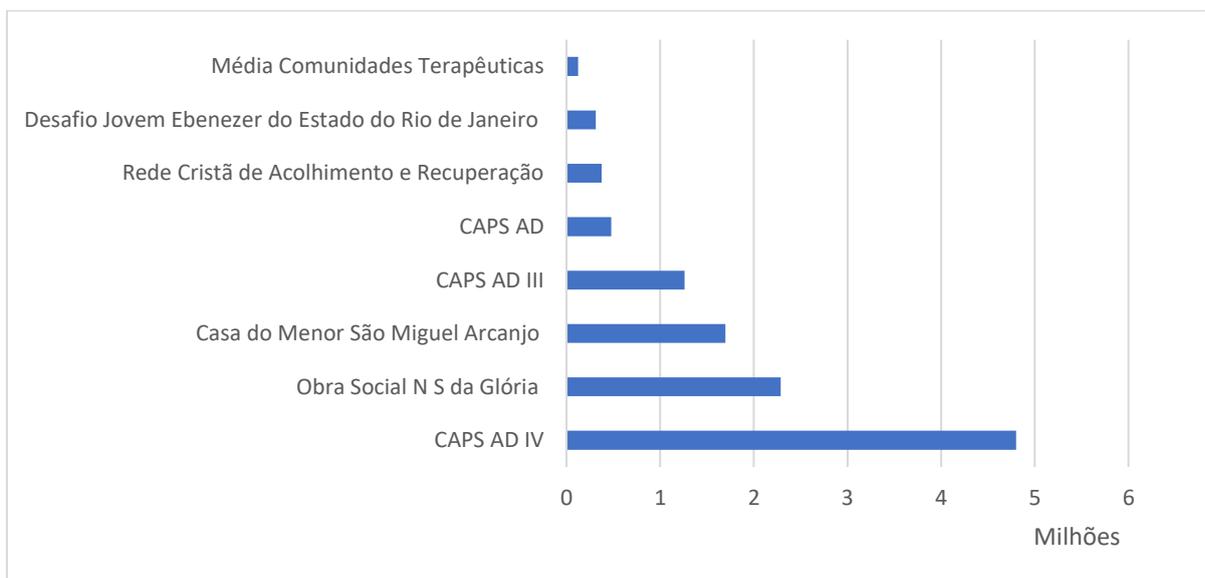
Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) e CEBRAP e Conectas (2020)

A alta no aporte de recursos para as comunidades terapêuticas coincide com o ano de publicação da Nova Política Nacional Sobre Drogas. A indisponibilidade de dados compilados para períodos anteriores a 2017 e posteriores a 2020 impede, entretanto, uma análise mais precisa da evolução do financiamento e possíveis relações. Trapé e Campos (2017), em estudo que analisa as políticas de saúde mental para os anos de 2009 a 2014, apontam o protagonismo dos serviços de atenção à transtornos decorrentes do uso de drogas no financiamento, inclusive as comunidades

terapêuticas. Os autores relacionam esse arranjo estratégico ao Plano Crack, que não possuía previsão orçamentária específica. Pode se considerar, portanto, que, ao menos no que diz respeito à política legislada, o incentivo a essas instituições é anterior à Nova Política de Drogas, e se associa com a política de drogas anterior, que tem como grande representante o Plano Crack. Ainda assim, a Nova Política de drogas, no que se depreende dos dados analisados, potencializou esse incentivo de modo exponencial.

Salienta-se que o financiamento público das comunidades é feito por fontes diversas, como editais, emendas parlamentares e verbas de diversas pastas, o que explica a variação expressiva ano a ano e uma possível imprecisão dos dados. Ainda, como a captação de recursos é múltipla e de diversas fontes, a distribuição entre as entidades é muito variada. Apesar da média de arrecadação de recurso federal anual ser 123.807 reais, há comunidades terapêuticas cuja arrecadação anual é da ordem de milhões (CONNECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP, 2020). O gráfico a seguir compara o valor anual de custeio de cada equipamento por modalidade de CAPS que atende especificamente questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas e a média anual dos maiores valores destinado por meio de emendas parlamentares federais a comunidades terapêuticas levantados pelo CEBRAP para os anos de 2017 a 2020.

Gráfico 5 – Comparação de valores anuais médios de repasse federal – em reais reajustados



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023).

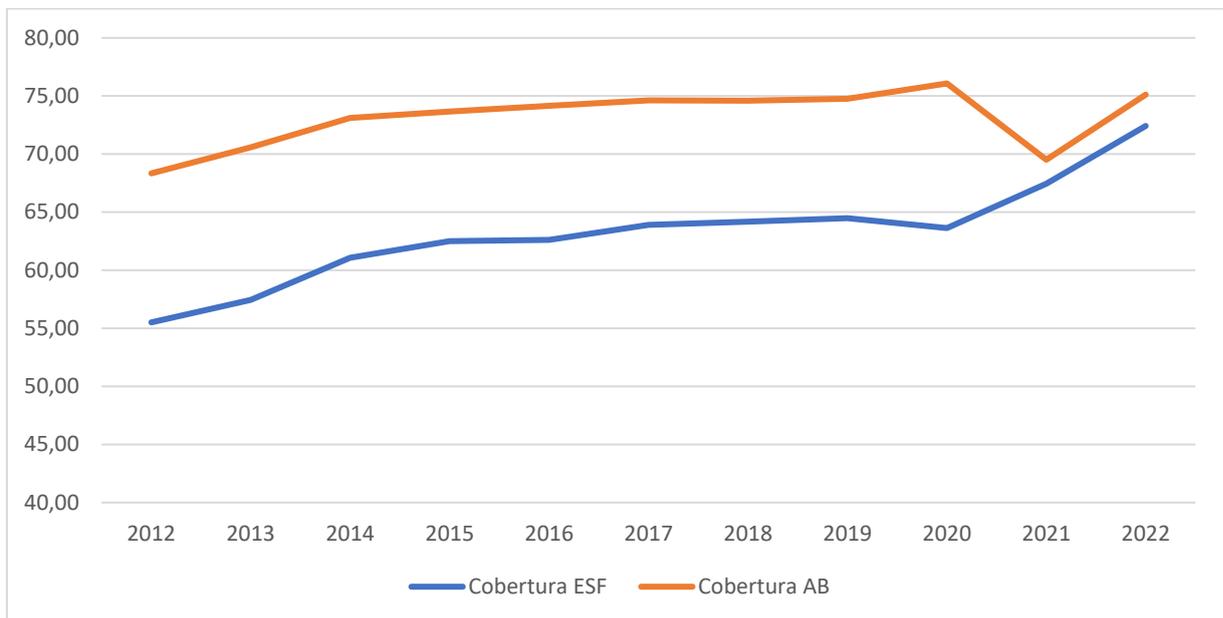
5.2 ASSISTÊNCIA

Na categoria Assistência foram analisados dados referentes a dispositivos de saúde que compõem a RAPS, como número de serviços habilitados, equipes e cobertura, número de leitos e recursos humanos.

5.2.1 Atenção Básica

A cobertura na atenção básica apresentou crescimento entre 2012 e 2014, cerca de 3% a cada ano, e posteriormente estabilidade até 2019, com variações de menos de 1%, e ligeiro crescimento, de 1,7% no ano de 2020 (gráfico 6). Entre o ano de 2020 e 2021 houve decréscimo de 8,7% e de 2021 a 2022 crescimento de 8,1%. Essas variações estão provavelmente relacionadas à mudança na compilação de dados com a implementação do programa Previne Brasil. Até 2020 as equipes cadastradas eram contabilizadas e a população atendida estimada de acordo com o dimensionamento previsto. A partir de 2021 a contagem passou a ser feita a partir dos cadastros e dependeu da atualização dos registros dos municípios nos sistemas de informação, não refletindo necessariamente a realidade. Considera-se ainda que a adesão ao novo sistema de registros foi provavelmente prejudicada devido ao contexto de crise sanitária relacionada à pandemia de COVID-19. De todo modo, pode-se observar que mesmo os maiores índices não ultrapassam os 76% de cobertura, demonstrando uma estabilização na ampliação da cobertura geral nos últimos anos. Em relação à cobertura da ESF, observa-se crescimento um pouco mais expressivo que o de cobertura da AB até a metade da década e, após esse período, manutenção de crescimento, mais discreto. Para o ano de 2020 foi registrado decréscimo de 1,3% na cobertura e nos anos seguinte crescimento expressivo, quase igualando as taxas à de cobertura da AB. Segundo dados extraídos do SISAB, em 2020 haviam 43.286 equipes de Saúde da Família cadastradas, que aumentaram para 48.817 em 2022, um aumento de 12,7% de um ano em relação a outro. Essa proporção é próxima da porcentagem de aumento de pessoas cobertas pela ESF entre 2020 e 2022, que é de 13,8%. Desse modo, pode-se considerar que o aumento registrado se deve ao aumento do número de equipes de Saúde da Família.

Gráfico 6 – Cobertura da Atenção Básica, por 100 habitantes 2012-2022

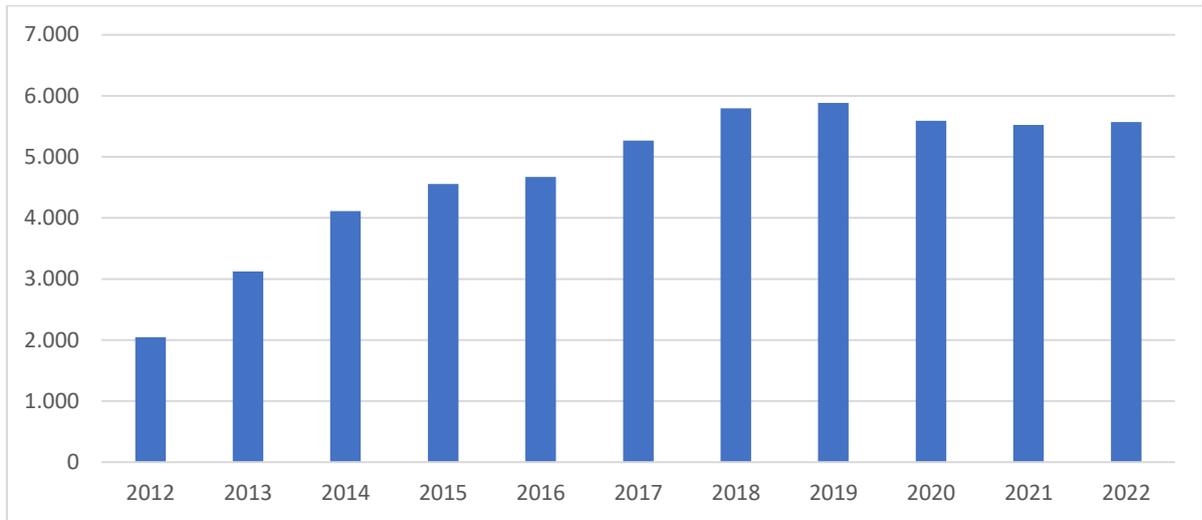


Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do SISAB (2023)

Os artigos de Morosoni, Fonseca e Lima (2018) e Melo, Mendonça, Oliveira e Andrade (2018) apresentam preocupações com o impacto das diretrizes da PNAB de 2017 na cobertura das equipes de Saúde da Família, devido ao implícito enfraquecimento da ESF na política. Os dados deste estudo, entretanto, indicam que, embora não houve crescimento significativo da cobertura total da Atenção Básica, houve aumento do número de equipes de Saúde da Família e da população coberta. É possível que os gestores municipais tenham mantido a escolha pelo modelo de ESF, mesmo com a possibilidade de adoção do modelo mais barato, de equipe de Atenção Básica.

O número de equipes NASF cadastradas no CNES aumentou expressivamente no período de 2012 a 2019, passando de 2.089 equipes em 2012 para 5886 em 2019. Há queda no número de equipes NASF a partir de 2020, coincidindo com sua exclusão do rol de equipes financiadas pelo Ministério da Saúde, e ligeiro crescimento em 2022, de menos de 1% (gráfico 7).

Gráfico 7 – Número de equipes NASF Brasil 2012-2017



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do SISAB (2023)

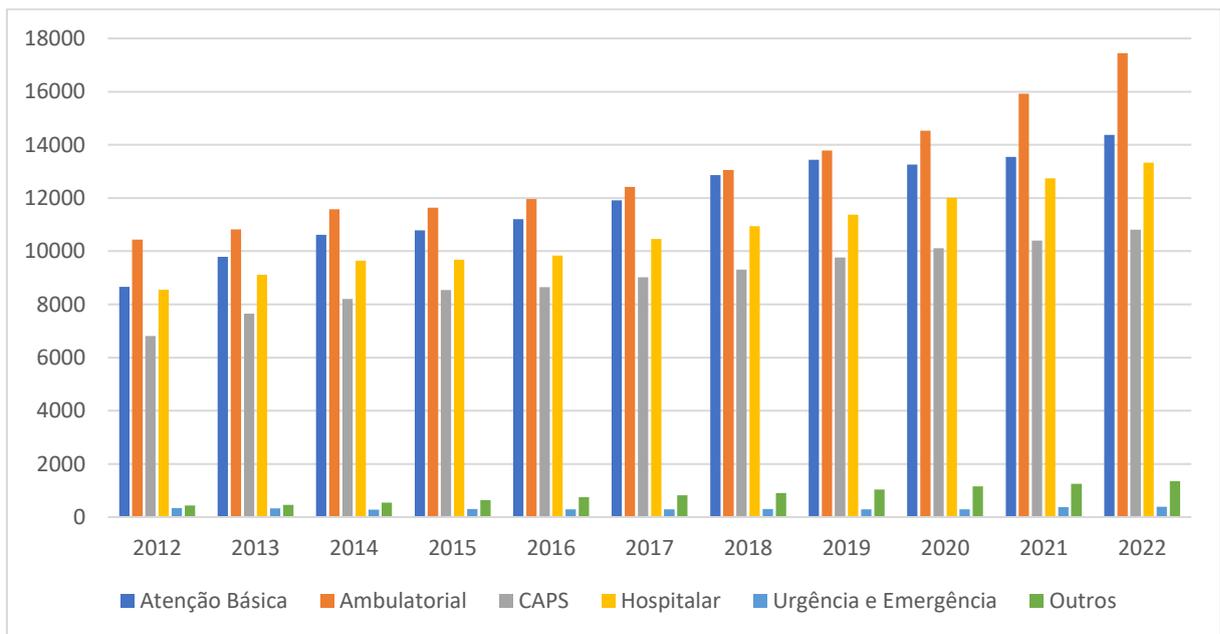
A pesquisa de Mattos, Gutiérrez e Campos (2022) analisa que o período de 2008 a 2018 representou a institucionalização do NASF como política e conjecturam um processo de desmonte a partir de 2019, com a publicação do programa Previne Brasil. Assim como neste estudo presente, os autores analisam que há decréscimo no número de equipes NASF cadastradas a partir de 2020, que coincide com a implementação do Previne Brasil, que extinguiu o NASF das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde. Observa-se que neste período houve manutenção da maior parte de equipes NASF já existentes, indicando uma possível adesão dos gestores municipais ao modelo, ainda que sem o incentivo federal.

5.2.2 Recursos humanos

Os dados sobre recursos humanos no SUS no campo da saúde mental foram compilados a partir do cadastramento dos profissionais conforme o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) no CNES. Foram considerados as categorias: psicólogo, terapeuta ocupacional e médico psiquiatra. Foram contabilizados todos os profissionais dessas categorias cadastrados para atendimento no SUS, mesmo que em organizações de natureza privada. O gráfico 8 apresenta a distribuição dos profissionais por tipo de serviço. Os tipos de serviço foram compilados nas categorias: Atenção Básica (unidades básicas de saúde em todas suas modalidades, academia da saúde, NASF); Ambulatorial (centros de especialidades, consultórios isolados,

unidades diagnósticas); CAPS; Hospitalar (hospitais gerais e especializados); Urgência e Emergência (unidades de pronto atendimento, ambulâncias) e Outros (serviços não-assistenciais, laboratoriais, home care, entre outros). Os serviços Unidade de Atenção em Regime Residencial e Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde foram incluídos na categoria. Outros e incluem, mas não somente, as comunidades terapêuticas. Observou-se que ao longo de toda a série a categoria que mais congregou profissionais de saúde mental foi a Ambulatorial, seguida da Atenção Básica, Atenção Hospitalar, CAPS, Outros e Urgência Emergência. As proporções de variações foram, entretanto, variadas aos longos dos anos, conforme se vê no gráfico 8.

Gráfico 8 – Distribuição de profissionais de saúde mental por tipo de estabelecimento 2012-2022



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

Até o ano de 2015 a Atenção Básica e os CAPS registraram maior crescimento que os ambulatorios e hospitais no número de profissionais de saúde mental. Após 2018, a categoria Ambulatório é a que apresenta maior crescimento no número de profissionais e os CAPS apresentam as menores taxas de crescimento dentre as quatro primeiras categorias. Guimarães e Rosa (2019) consideram que a Nova Política de Saúde Mental promove uma ambulatorização do cuidado, um formato de atendimento que privilegiaria as intervenções medicamentosas, em detrimento da

atenção psicossocial de base territorial e comunitária.

Tabela 1 – Variação da quantidade de profissionais de saúde mental por tipo de estabelecimento

Ano	Atenção Básica	Ambulatório	CAPS	Hospitalar	Urgência e Emergência	Outros
2012-2013	12,92%	3,78%	12,22%	6,67%	-5,00%	4,31%
2013-2014	8,52%	6,94%	7,23%	5,78%	-12,07%	16,96%
2014-2015	1,62%	0,52%	4,05%	0,40%	8,45%	19,52%
2015-2016	3,89%	2,80%	1,39%	1,57%	-4,55%	15,86%
2016-2017	6,32%	3,75%	4,30%	6,32%	-1,36%	9,66%
2017-2018	7,97%	5,16%	3,16%	4,58%	3,79%	10,40%
2018-2019	4,49%	5,60%	4,93%	3,98%	-1,99%	15,08%
2019-2020	-1,41%	5,38%	3,46%	5,58%	0,00%	10,89%
2020-2021	2,23%	9,65%	2,91%	6,07%	28,47%	8,60%
2021-2022	6,13%	9,58%	3,90%	4,70%	3,17%	8,24%

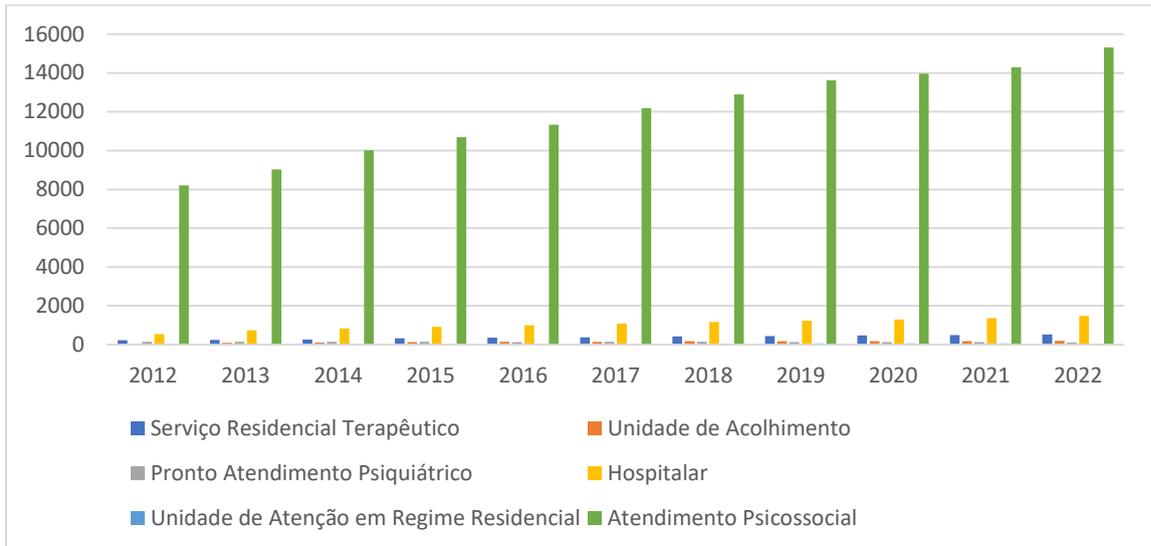
Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

5.2.3 Serviços

Foram analisados os serviços de saúde inscritos no CNES para as seguintes modalidades: 115 - Serviço de Atenção Psicossocial; 140 – Serviço de Urgência e Emergência e 148 – Hospital Dia. Foram selecionados todos os componentes da modalidade de Atenção Psicossocial (serviços residenciais terapêuticos, de atendimento psicossocial, unidades de acolhimento, hospitais e unidades de atenção residencial) e o subtipo Pronto Atendimento Psiquiátrico para a modalidade de Urgência e Emergência e o subtipo Saúde Mental para a modalidade de Hospital Dia. A maioria destes serviços está cadastrada no subtipo “Atendimento Psicossocial”, seguida dos serviços hospitalares, conforme indicado na tabela 1. Apesar de possuir quantitativos pelos menos 10 vezes maiores que as outras categorias, a classificação “Atendimento Psicossocial” apresentou crescimento menor que os serviços

hospitalares para todos os anos da série (gráfico 9). Destaca-se o crescimento das Unidades de Atenção em Regime Residencial (UARR), classificação das comunidades terapêuticas, que passaram de 4 para 12 entre 2012 e 2016 e de 12 para 52 entre 2017 e 2022.

Gráfico 9 – Classificação dos serviços de Saúde Mental 2012-2022



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

Tabela 2 – Comparação da variação de crescimento do quantitativo de serviços de saúde mental (continua)

Ano	SRT	UA	PA	Hospital	Atenção Psicossocial	UARR
2012-2013	9,09%	187,10%	2,84%	35,29%	10,06%	-75,00%
2013-2014	5,95%	19,10%	-0,69%	14,13%	10,91%	800,00%
2014-2015	20,97%	19,81%	-2,78%	10,36%	6,78%	11,11%
2015-2016	10,53%	9,45%	-3,57%	7,98%	5,95%	0,00%
2016-2017	7,56%	6,47%	2,22%	8,19%	7,55%	20,00%
2017-2018	9,11%	15,54%	0,00%	7,66%	5,84%	266,67%
2018-2019	5,73%	4,09%	-6,52%	6,17%	5,56%	36,36%
2019-2020	7,00%	0,56%	1,55%	4,28%	2,53%	-1,67%

Tabela 2 – Comparação da variação de crescimento do quantitativo de serviços

saúde mental

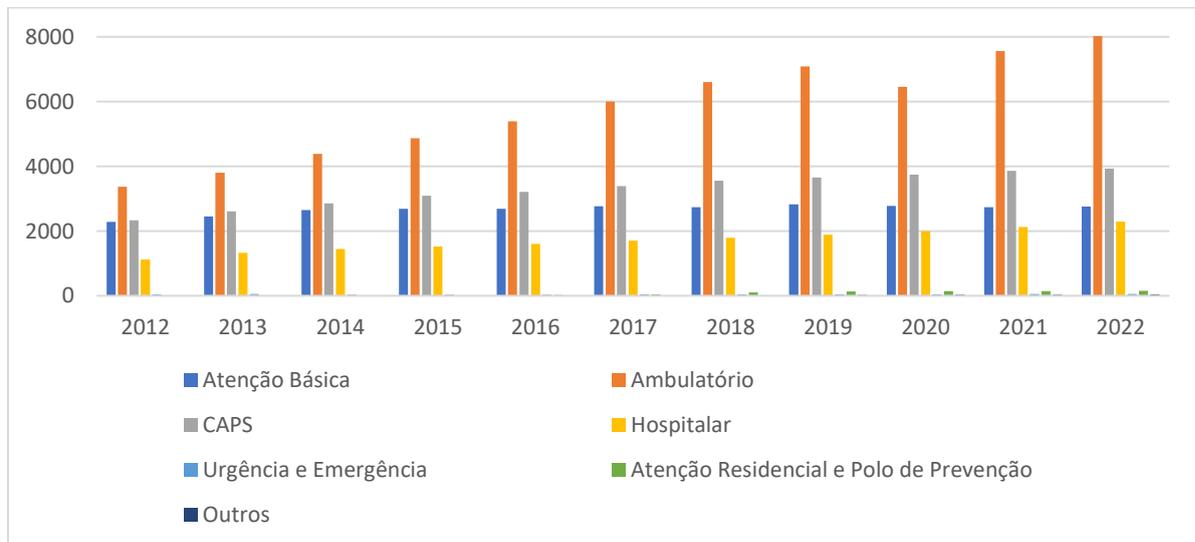
(conclusão)

2020-2021	5,27%	2,79%	-3,82%	5,89%	2,36%	-5,08%
2021-2022	4,01%	2,72%	-5,56%	8,56%	7,18%	-7,14%

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

Analisando os serviços de Saúde Mental por tipo de estabelecimento, verificou-se predominância dos serviços ambulatoriais para todos os anos da série, seguidos dos CAPS, serviços da Atenção Básica e serviços hospitalares (gráfico 10). O crescimento do quantitativo do número de CAPS foi gradativamente menor a partir de 2018, atingindo o menor índice de crescimento no ano de 2022, de 1,97% (tabela 3). Para o mesmo período, os serviços do tipo hospitalar apresentaram crescimento gradativo. Com exceção do ano de 2020, os serviços ambulatoriais obtiveram crescimento acima de 7% para todos os anos da série, sendo 2021 o ano com a variação mais expressiva, de 17%. Os serviços da Atenção Básica, por sua vez, obtiveram crescimento acima de 7% apenas nos anos de 2013 e 2014. A partir de 2015 o crescimento nunca superou 3,32%, tendo três anos com registros de decréscimo. Na categoria que inclui as comunidades terapêuticas, o maior crescimento se concentrou entre os anos de 2016 a 2019, sendo as maiores taxas observadas para os anos de 2017 e 2018.

Gráfico 10 – Serviços de Saúde Mental por tipo de estabelecimento 2012-2022



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

Tabela 3 – Comparação da variação percentual de crescimento do quantitativo de serviços de Saúde Mental 2012-2022

Ano	Atenção Básica	Ambulatório	CAPS	Hospitalar	Urgência e Emergência	Atenção Residencial e Polo de Prevenção	Outros
2012-2013	7,22%	13,11%	11,73%	18,78%	18,75%	-100,00%	100,00%
2013-2014	8,24%	15,09%	9,28%	8,58%	-38,60%		100,00%
2014-2015	1,21%	11,03%	8,31%	5,69%	2,86%	0,00%	125,00%
2015-2016	0,11%	10,92%	4,08%	5,31%	5,56%	43,75%	11,11%
2016-2017	2,94%	11,24%	5,41%	5,92%	7,89%	108,70%	-40,00%
2017-2018	-1,01%	9,98%	4,96%	5,47%	9,76%	110,42%	83,33%
2018-2019	3,32%	7,35%	2,81%	5,30%	-8,89%	36,63%	118,18%
2019-2020	-1,91%	-8,82%	2,43%	5,67%	0,00%	2,90%	41,67%
2020-2021	-1,33%	16,99%	3,02%	6,57%	31,71%	3,52%	14,71%
2021-2022	0,58%	11,73%	1,97%	7,81%	5,56%	3,40%	10,26%

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

Assim como nos dados sobre quantitativo de profissionais, observou-se crescimento mais acentuado dos estabelecimentos do tipo ambulatorial. O crescimento dessa modalidade não pode ser explicado apenas pela criação das equipes especializadas em saúde mental, que possuem um quantitativo total muito menor do que o aumento de serviços. Parece haver não apenas a criação de novos serviços nessa modalidade, mas credenciamento/parcerias, provavelmente público-privadas, com clínicas e centros de especialidade, algo que depende decisivamente também de políticas estaduais e municipais.

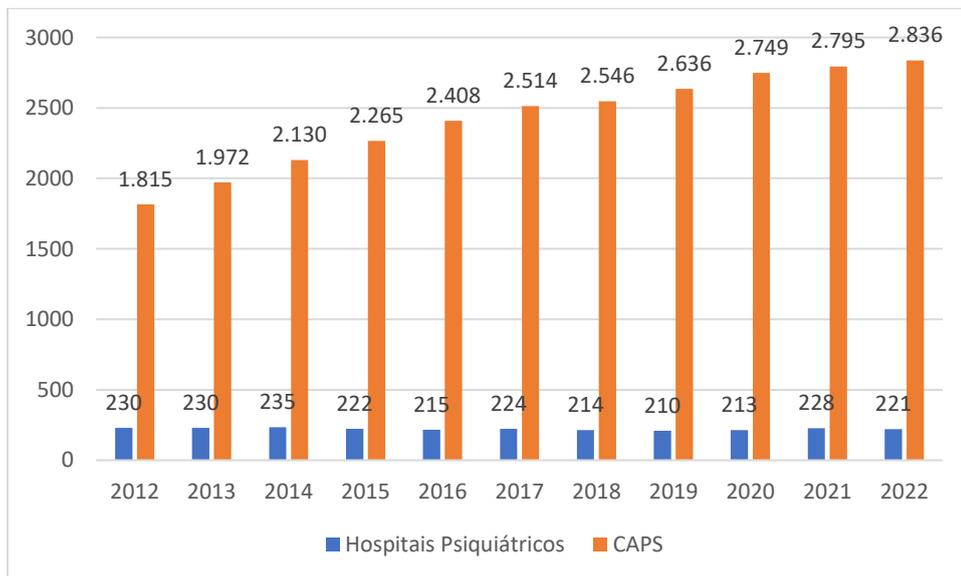
Com relação à Atenção Básica, observa-se desaceleração no crescimento desde 2015, ainda antes da publicação da nova PNAB. Conforme analisado na seção anterior, o número de profissionais de saúde mental lotados nesses serviços, entretanto, apresentou crescimento um pouco maior.

O número de comunidades terapêuticas cadastradas como serviços de saúde ainda é muito pequeno, mas teve crescimento bastante acentuado a partir de 2016,

coincidindo com a inserção e regulamentação das comunidades terapêuticas nas políticas públicas. Não se observa para os anos posteriores a 2019 (na publicação da Nova Política de Drogas) a explosão de crescimento do período anterior. Os dados sobre financiamento, entretanto, indicam que foi um período de grande aporte financeiro para essas instituições. É possível considerar que houve um crescimento no cadastramento desses estabelecimentos no CNES após a regulamentação legal, mas a partir da Nova Política de Drogas seu fortalecimento se dá via outras políticas e Ministérios.

Entre 2012 e 2022, o número de CAPS aumentou a cada ano, com taxa de crescimento maior que 6% até 2016. A partir de 2017, o crescimento não superou 4,4%. Dividindo a série em dois períodos, 2012-2016 e 2017-2022, obtém-se uma taxa de crescimento do ano inicial até o final de 36,67% para o primeiro e 12,81% para o segundo. Os hospitais psiquiátricos cadastrados no CNES apresentaram pouca variação quantitativa para todo o período de 2012 a 2022 (gráfico 11).

Gráfico 11 – Comparação do quantitativo de CAPS e Hospitais Psiquiátricos cadastrados no CNES



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

Os dados sobre esses serviços são congruentes com as intenções explicitadas na atual Política de Saúde Mental, que defende o fim da lógica de substituição do modelo manicomial pelo de atenção psicossocial. Há tanto a estagnação no crescimento do número de CAPS quanto na diminuição do número de hospitais

psiquiátricos. O número de hospitais psiquiátricos apresenta pouca variação para todos os anos da série, não apenas após a contrarreforma de saúde mental, indicando que, mesmo sob uma legislação explicitamente mais comprometida com a reforma psiquiátrica, a lógica manicomial permanecia atuante no período anterior a 2017.

Apesar do crescimento indicado no gráfico 9 no número de serviços cadastrados como “Atendimento Psicossocial”, não parece haver uma correspondência com o crescimento de serviços representativos da Atenção Psicossocial, como os CAPS. É possível que outros tipos de estabelecimentos, que não trabalhem da forma que a Atenção Psicossocial é conceituada no campo da reforma psiquiátrica, estejam se credenciando nessa modalidade.

Apesar da diminuição (ainda que pequena) no quantitativo total de hospitais psiquiátricos do país, a análise por regiões revela que alguns locais tiveram crescimento numérico destes serviços (tabela 4).

Tabela 4 - Quantitativo de hospitais psiquiátricos cadastrados no CNES por região do Brasil 2012-2022

	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
2012	3	49	21	128	29
2013	4	46	24	128	28
2014	3	47	25	130	30
2015	3	45	23	123	28
2016	3	48	23	114	27
2017	3	49	32	106	34
2018	2	44	31	104	33
2019	2	48	26	101	33
2020	2	48	30	98	35
2021	2	58	32	100	36
2022	2	55	30	97	37

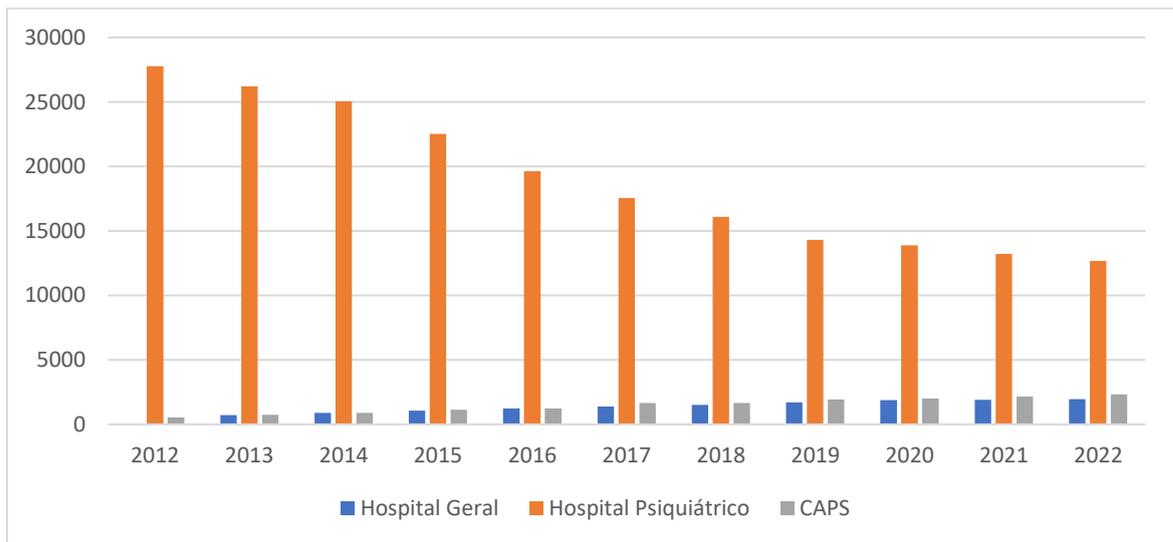
Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2022)

Apenas Norte e Sudeste registraram diminuição no número de hospitais psiquiátricos cadastrados, as demais regiões registraram aumento destes serviços, com destaque para o centro Oeste, que passou de 21 para 30 instituições. O aumento mais expressivo ocorre no ano de 2017 para as regiões Centro-Oeste e Sul, e no ano de 2021 para o Nordeste.

Apesar da pouca variação no número de hospitais psiquiátricos cadastrados no

CNES, o número de leitos diminuiu significativamente ao longo da série (gráfico 12). A partir de 2019 se observa taxa de decréscimo bem menos expressiva. De 2012 a 2018 o decréscimo no número de leitos foi de 42,08%. Para o período de 2018 a 2022 o decréscimo foi de 21,31%. Após 2019 a taxa anual de decréscimo não atinge 5% em nenhum dos anos. Já para os CAPS, as maiores taxas de crescimento estão nos anos entre 2012 e 2017. O crescimento total para essa série é de 210%. Na comparação entre 2017 e 2022 o crescimento total é de 40,75%, mais de 5 vezes menor. Para os hospitais gerais, o crescimento do número de leitos esteve até 2020 sempre acima dos 9% ao ano. Para 2021 e 2022, entretanto, o crescimento foi de 0,42% e 3,06%, respectivamente.

Gráfico 12 – Comparação de leitos por tipo de serviço 2012-2022



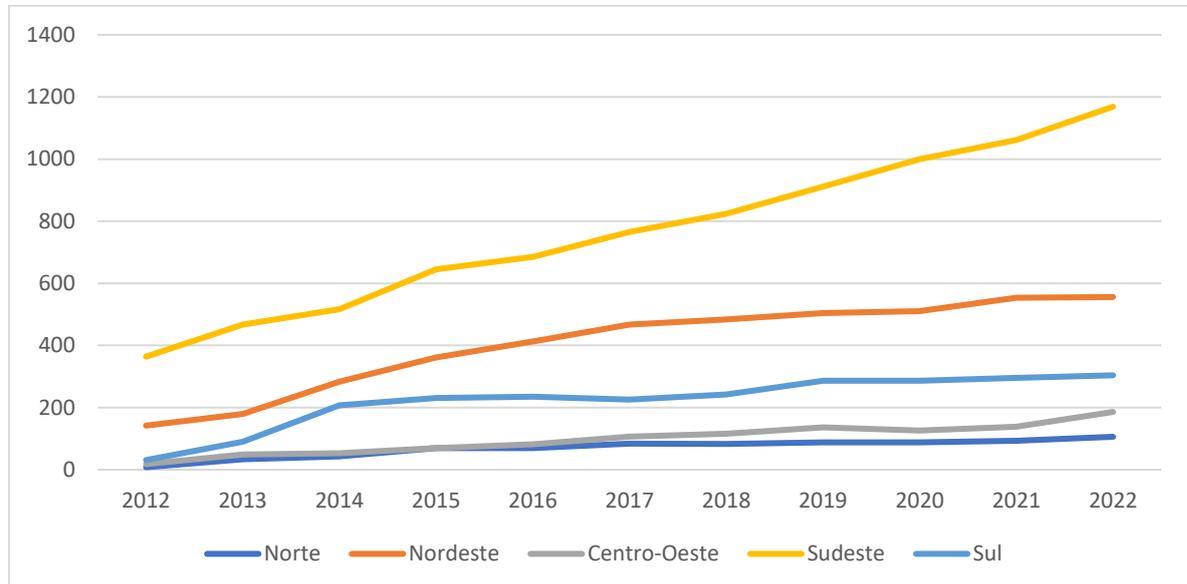
Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2022)

A estagnação no decréscimo dos leitos em hospitais psiquiátricos pode ser observada a partir de 2020, alguns anos após a publicação da Nova Política de Saúde Mental, que preconizou o fortalecimento da assistência hospitalar. Como correlação temporal possível, destaca-se a publicação da Nota Técnica 11, pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas que assume a posição de desincentivo do fechamento de leitos psiquiátricos.

Analisando o quantitativo de leitos CAPS por região, observou-se que tanto o maior quantitativo quanto a maior taxa de crescimento se concentraram na região Sudeste (gráfico 13), que manteve um crescimento quase linear. Com exceção do

Centro-Oeste, as demais regiões tiveram crescimento pouco significativo nos últimos anos da série.

Gráfico 13 – Quantitativo de leitos CAPS por região do Brasil 2012-2022



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do CNES (2023)

As diferenças regionais observadas indicam ser muito significativa a influência das políticas estaduais na assistência ofertada, não apenas no quantitativo de serviços, mas no tipo de atenção. A diminuição no número de hospitais psiquiátricos no Sudeste pode mascarar o crescimento em quase todas as outras regiões do Brasil, já que tornam negativo o saldo nacional. Do mesmo modo, o crescimento do número de leitos de acolhimento em CAPS, apesar de ser observado em todas as regiões, foi bem mais expressivo na região Sudeste, aumentando o crescimento geral nacional.

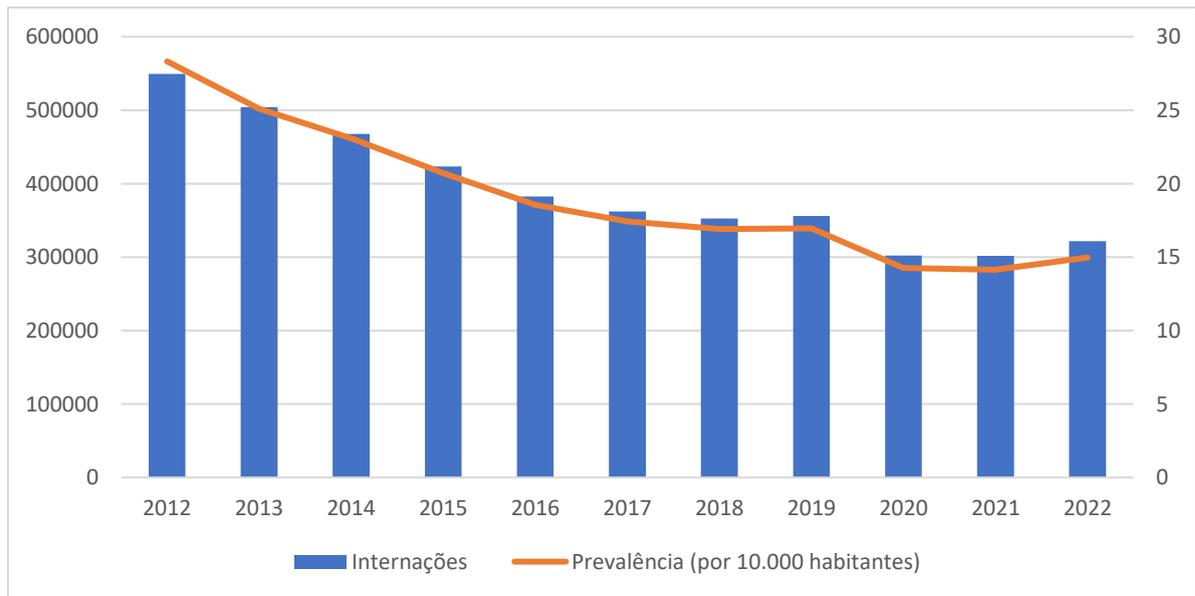
5.3 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

5.3.1 Internações hospitalares psiquiátricas

O número total de internações hospitalares aprovadas com o Código Internacional de Doenças (CID) de Transtornos Mentais e Comportamentais diminuiu grandemente entre 2012 e 2022, passando de 549246 em 2012 para 321560 em 2021. A prevalência de internações psiquiátricas, calculada para a população brasileira estimada, teve variação um pouco maior, passando de 28,33 para cada 10.000 pessoas para 14,97. Há uma diminuição quase linear até 2017, que em seguida

desacelera. A queda no quantitativo em 2020 e posterior crescimento pode ser atribuída aos efeitos da crise sanitária provada pela pandemia de COVID-19, em que vários atendimentos e procedimentos não-relacionados foram suspensos.

Gráfico 14 – Quantitativo e prevalência de internações psiquiátricas no Brasil 2012-2022



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

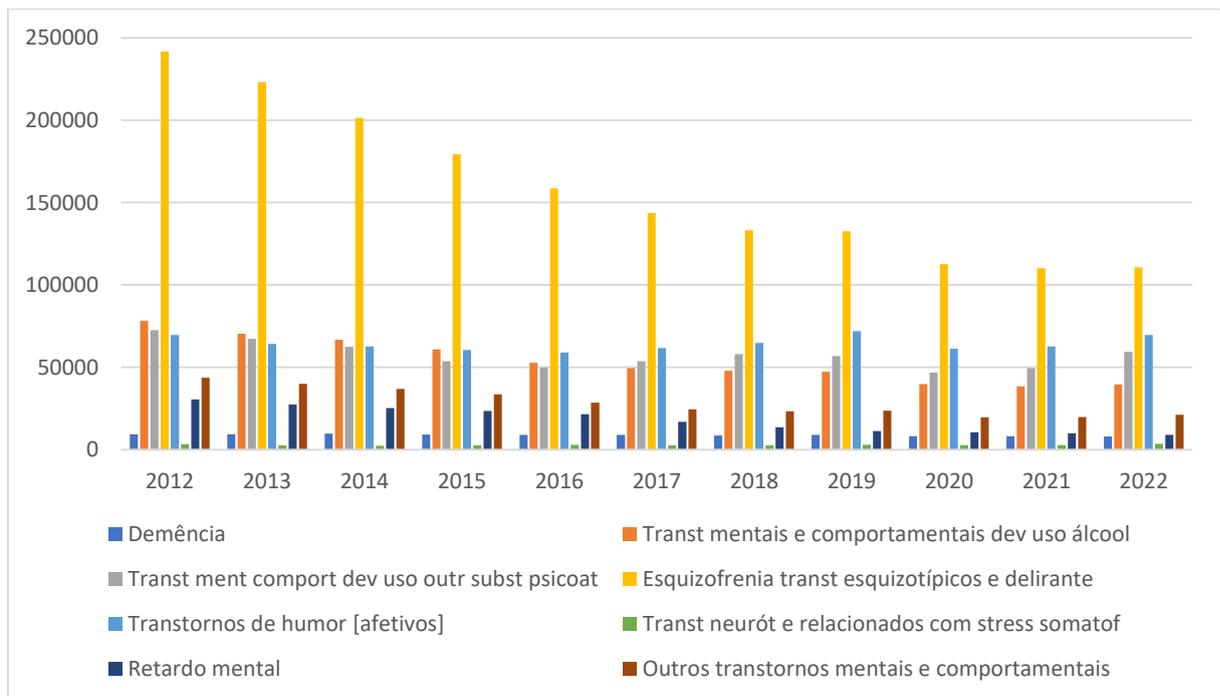
O estudo de Rocha et al (2021) analisou as internações psiquiátricas pelo SUS que ocorreram entre 2000 e 2014. Os autores identificaram uma correlação positiva entre o número de pacientes internados e ofertas de leitos psiquiátricos, e negativa para o número de internações e crescimento de CAPS credenciados para a região. Os autores empregaram para a coleta de dados uma metodologia que considerava apenas os pacientes adultos e buscava diminuir registros duplicados, considerando como objeto de contagem cada indivíduo, e não o registro de internação (que pode ser múltiplo para cada indivíduo, se internado com recorrência ou por longo tempo). Assim, diferente do presente estudo, que analisou a prevalência de internações, a pesquisa de Rocha et al (2021) investigou a taxa de pacientes internados, que foi, portanto, menor. Apesar da diferença no objeto, a tendência de decréscimo para os anos que coincidem é observada em ambos os estudos. Não foi objetivo deste estudo averiguar correlação entre o número de serviços CAPS e a taxa de internação, mas observa-se tendências opostas (de crescimento para CAPS e decréscimo para internações) para os primeiros anos da série e menor variação para ambos nos últimos

anos da série.

Visualizando os dados de internação pela categoria “Lista de Morbidades”, conforme gráfico 17, observou-se que em 2012 as internações por diagnósticos de esquizofrenia representavam 44% do total de internações psiquiátricas, passando para 34,5% em 2022. Seu decréscimo é mais acentuado até 2017 e em seguida desacelera. Assim como para o número de internações gerais, conjectura-se que a queda e posterior ascensão no quantitativo entre 2020 e 2022 se deve a circunstâncias do contexto de crise sanitária pela pandemia de COVID-19. Apresentaram redução importante também as internações por transtornos mentais devido ao uso de álcool. As internações motivadas por transtornos de humor permaneceram em quantidade com pouca variação ao longo da série.

O estudo de Rocha et al (2021) verificou que os transtornos decorrentes do uso de drogas foram os principais motivos para internamento psiquiátrico de adultos entre 2000 e 2014. Esta pesquisa identificou prevalência maior do diagnóstico de esquizofrenia e transtornos esquizotípicos nas internações para todos os anos de 2012 a 2014, com redução significativa de prevalências deste diagnóstico e de transtornos decorrentes do uso de drogas.

Gráfico 15 – Internações psiquiátricas por diagnóstico no Brasil 2012-2022

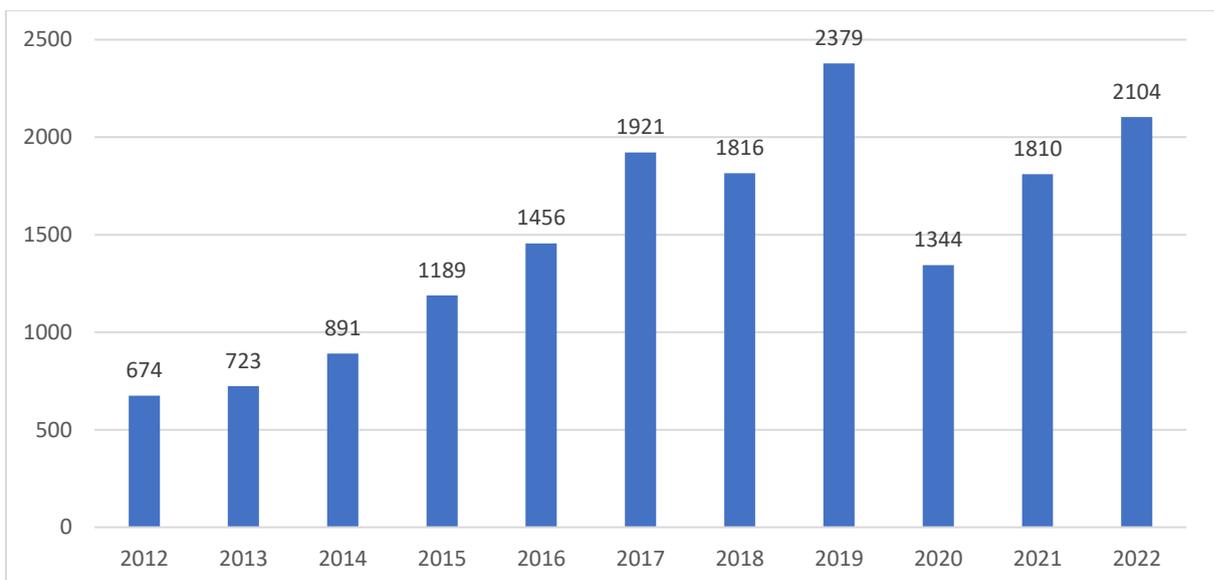


Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

5.3.2 Saúde do trabalhador

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho são registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da Ficha de Notificação/Investigação (FNI). Sua notificação é obrigatória e é feita quando há o diagnóstico de transtorno mental e suspeita ou estabelecimento de nexos causal com o trabalho (BRASIL, 2012). De acordo com a Portaria 104 de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c), os notificadores são profissionais de saúde que atuam nos serviços sentinela da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST). Estes serviços incluem Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Programa de Saúde do Trabalhador e serviços da Atenção Básica, Média e Alta complexidade (BRASIL, 2016). Alguns estados estabelecem como notificadoras todas as unidades de saúde. No gráfico a seguir é apresentada a série histórica do quantitativo de notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho. Observe-se aumento no número de notificações até 2017, queda seguida de aumento para 2018 e 2019 e nova sequência de queda e crescimento de 2020 a 2022. Considere-se que o comportamento da série no último período tem como fator de influência determinante o contexto pandêmico e as consequentes subnotificações de agravos e doenças.

Gráfico 16 – Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil 2012-2022



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

Ao se analisar um fenômeno como a saúde mental dos trabalhadores por meio das notificações registradas é importante considerar que o quantitativo de notificações registradas não corresponde necessariamente à frequência do evento. Assim, uma crescente no número de notificações pode significar tanto maior frequência de ocorrência quanto maior cobertura de notificações. Santos e Lacaz (2011) consideram que agravos em saúde mental do trabalhador são questões invisibilizadas, devido à complexidade de se estabelecer nexo causal com as formas de organização do trabalho. Para os autores, isso contribui para a subnotificação e o conseqüente não estabelecimento de ações de vigilância e prevenção.

Em relação aos diagnósticos específicos, observou-se que o diagnóstico mais frequente foi o de transtornos neuróticos, relacionados com stress e somatoformes (CID F40-F48), seguido dos transtornos de humor (F30-39). A síndrome de Burnout, que em 2012 representava menos de 2% das notificações, atingiu 9,27% em 2022.

Tabela 5 – Prevalência de diagnósticos específicos na totalidade de notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil 2012-2022

Ano	Transtornos do humor [afetivos] (F30-F39)	Transtornos neuróticos, relacionados com stress e somatoformes F40-F48	Síndrome de Burnout (Esgotamento) (Z73.0)
2012	25,96%	55,34%	1,93%
2013	26,97%	50,35%	2,35%
2014	25,81%	59,15%	1,68%
2015	24,56%	60,72%	2,02%
2016	26,79%	55,77%	1,65%
2017	25,40%	55,28%	2,50%
2018	20,04%	44,71%	2,53%
2019	20,55%	42,37%	2,48%
2020	21,80%	43,82%	3,20%
2021	19,06%	49,12%	8,34%
2022	20,48%	47,15%	9,27%

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

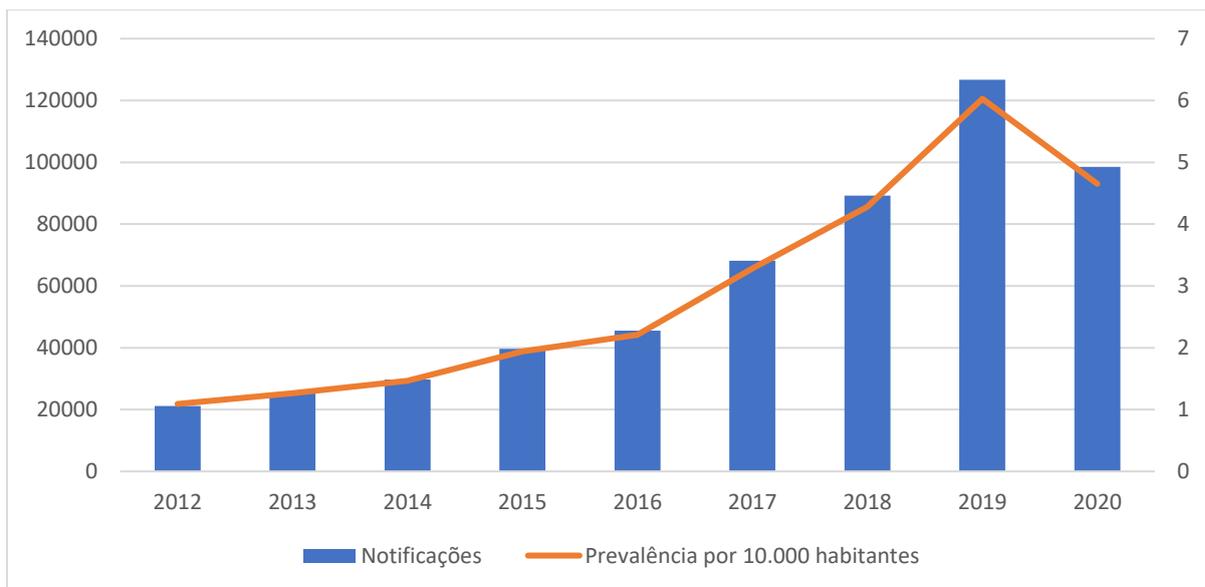
O aumento na prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho foi um dos argumentos utilizados pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para a mudança na Política de Saúde Mental (BRASIL, 2019b). A Coordenação parece, entretanto, ter desconsiderado o fator notificação/subnotificação nessa análise, considerando que uma das metas da Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o período era aumentar a cobertura de

notificações e municípios notificadores, o que, de acordo com relatório do RENAST (BRASIL, 2016) de fato ocorreu.

5.3.3 Tentativas de suicídio

As tentativas de suicídio são eventos de notificação obrigatória, registrada por qualquer profissional de saúde por meio da Notificação de Violência Interpessoal/Auto Provocada e computada no SINAN. Os dados foram compilados para o período de 2012 a 2020, pois estão disponíveis no SINAN os dados referentes até setembro de 2021 apenas. Houve aumento expressivo da prevalência de notificações em 2017, com um segundo pico em 2019 (gráfico 17).

Gráfico 17 – Quantitativo e prevalência de notificações de suicídio Brasil 2012-2020

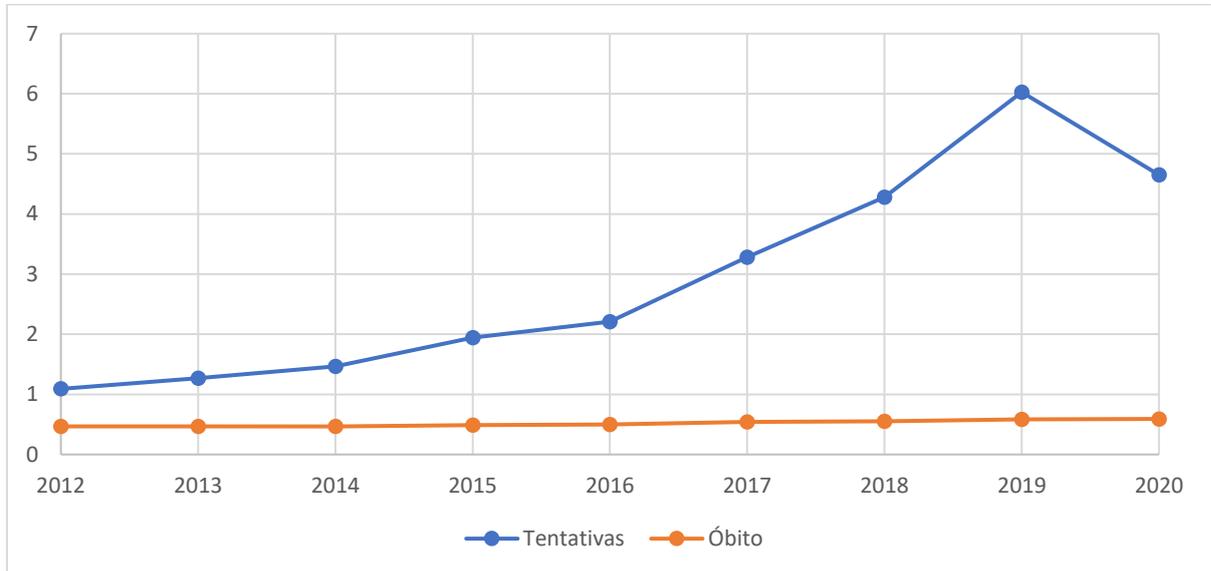


Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

Assim como os dados de transtornos mentais relacionados ao trabalho, a mensuração da ocorrência de tentativas de suicídio sofre influência da cobertura da notificação. O gráfico a seguir demonstra que a prevalência de óbitos por suicídio aumentou no mesmo período, mas em proporção muito menor do que as notificações. Tal dado embasa a hipótese de que houve tanto um aumento no número de tentativas de suicídio, mas também o aumento da cobertura de notificações nos casos de tentativa de suicídio. Os maiores crescimentos nas taxas de óbitos por suicídio foram

registrados para os anos de 2015, 2017 e 2019.

Gráfico 18 – Comparação prevalência de tentativas e óbitos por suicídio 2012-2020



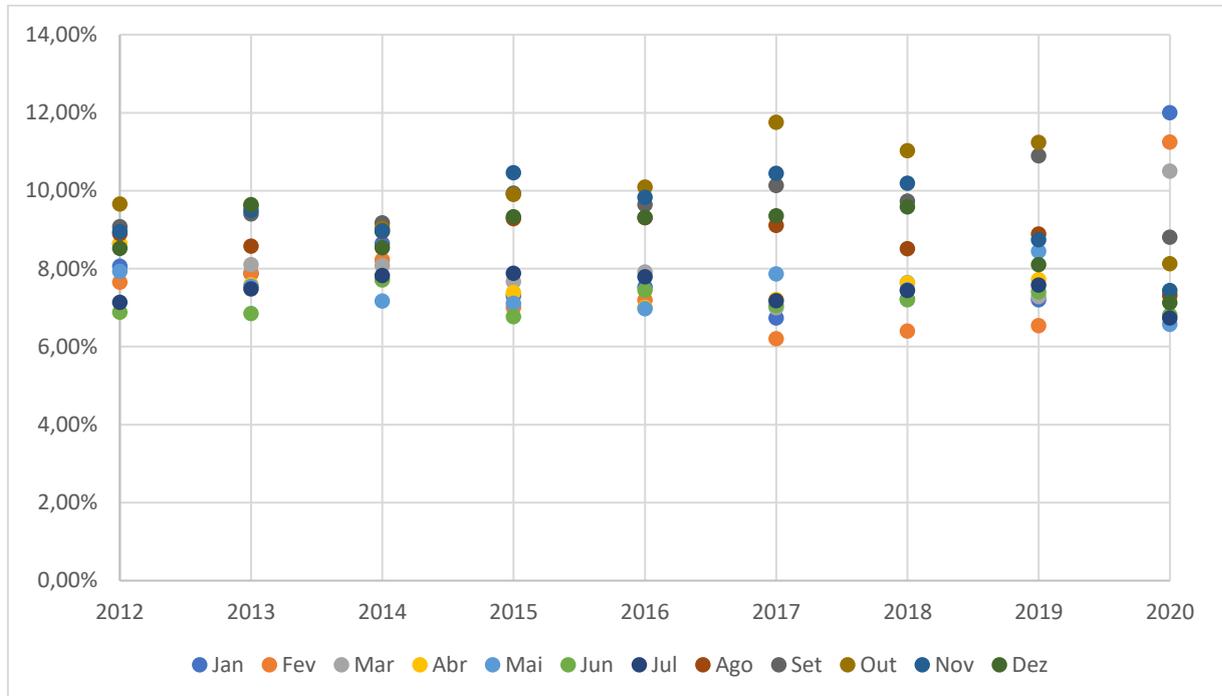
Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

No relatório técnico publicado pelo Ministério da Saúde em 2019, que justifica as mudanças na Política de Saúde Mental, o aumento das taxas de suicídio foi apontado como indicadores da ineficiência da política anterior BRASIL, 2019b). Contudo, o crescimento médio anual da prevalência de óbitos por suicídio para o período posterior à publicação da nova política (2017-2022) foi ligeiramente maior que o observado para o período anterior (2012-2017).

Analisando os dados mês a mês, observou-se que há certo padrão na prevalência de notificações. Os meses de fevereiro, maio, junho e julho estiveram abaixo dos 8% de participação no número de notificações em quase todos os anos da série. Outubro foi o mês que registrou o maior número de notificações em 5 dos 9 anos analisados, tendo liderado em quantidade dos anos de 2016 a 2019. O mês de setembro computou sempre acima de 9% do total de notificações de cada ano até 2019. Chama atenção a concentração de notificações nos meses de setembro e outubro, considerando a existência da campanha “Setembro Amarelo”, encabeçada pelo Centro de Valorização da Vida (CVV) e endossada pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria. A campanha tem como objetivo a prevenção ao suicídio e foi lançada em 2014. O ano de 2020 se constitui como

exceção, pela queda no número de notificações a partir de abril, correspondendo com o período de início da pandemia de COVID-19.

Gráfico 19 – Distribuição do número de notificações de suicídio por mês no Brasil 2012-2020



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do DataSUS (2023)

Oliveira *et al* (2020) analisam a prevalência de suicídios para o período de 2013 a 2017, que compreende anos anteriores e posteriores ao início da campanha Setembro Amarelo, e põem em questão a eficácia da campanha, ao identificar aumento na taxa de suicídios após sua instalação. Garcia (2019) argumenta que a campanha do Setembro Amarelo faz parte de uma série de ações que partem de um paradigma medicalizante sobre o suicídio. O autor analisa as proposições e materiais da campanha e extrai deles uma concepção do suicídio como um desfecho do transtorno mental, ignorando seu caráter de fato social, que é atravessado por determinantes como gênero, orientação sexual, raça e classe.

Depreende-se da literatura sobre o tema, que a campanha do Setembro Amarelo já obtinha relevância social e apoio institucional desde seu lançamento. A partir de 2017, todavia, ela passa a incorporar as políticas públicas de Saúde Mental, apontando para uma preferência pela lógica preventivista e campanhista de cuidado

em saúde. Ainda que seja uma estratégia muito eficiente para políticas como a de imunização, a lógica epidemiológica das doenças infectocontagiosas não pode ser transposta para a saúde mental.

Os dados epidemiológicos sobre suicídio aqui analisados podem ser interpretados como demonstração da ineficácia das mudanças adotadas para prevenção ao suicídio na Nova Política de Saúde Mental. A pouca variação, todavia, pode confirmar a hipótese de que o suicídio está mais sob controle de determinantes sociais (como exploração econômica, desemprego, discriminação e violência) do que ações específicas de políticas de saúde.

Por fim, chama atenção a indisponibilidade de dados para os anos de 2021 e 2022 na base de dados DATASUS, tanto para as notificações de tentativas suicídio, provenientes do SINAN, quanto notificações de óbitos por suicídio, provenientes do SIM. O SIM disponibiliza a base de registros para os anos de 2021 e 2022 em planilhas codificadas, tornando o acesso às informações imensamente mais complexo e inviável para esta pesquisa. Nesse caso, a falta de dados é também um dado importante, que revela o interesse governamental em demonstrar transparência e estimular atividades de pesquisa e desenvolvimento científico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo analisar indicadores de saúde mental no contexto de reformulações nas políticas públicas que dispõem sobre a RAPS no período de 2017 a 2021. Esse período corresponde a mudanças importantes no governo federal e nas políticas executadas, em um cenário de crise político-institucional. Para tanto, foram analisados dados deste período e do anterior (2012 a 2016), sobre aspectos de financiamento, assistência e epidemiologia.

Observou-se que vários dos resultados obtidos estão em consonância com as mudanças propostas na política, como a despriorização do modelo de atenção psicossocial de base comunitária e territorial e o incentivo ao modelo ambulatorial, hospitalar e a instituições como as comunidades terapêuticas. Isso verificou-se tanto no nível de financiamento quanto da assistência. Todavia, averiguou-se que, no período anterior (em que operavam as políticas precedentes de saúde e saúde mental) o fortalecimento de modelos concorrentes era algo já presente. Pondera-se que, ainda que sem a suplantação de um modelo pelo outro, houve mudança na correlação de forças, com acúmulo de poder e legitimidade jurídico-política para as instituições ligadas a setores conservadores (hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas) e perda para instituições e movimentos que compõem o campo da saúde mental coletiva, reforma psiquiátrica e atenção psicossocial.

Apesar de ambulatórios, comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos serem serviços que se contrapõem ao modo de atenção psicossocial de base territorial e comunitária, esses três tipos de serviço não se reduzem a um mesmo modelo. Paradigmas distintos, como a psiquiatria clássica, o modelo biomédico moderno e a religião embasam as práticas nesses serviços e se relacionam a interesses de setores distintos, como igrejas, instituições privadas de saúde e indústria farmacêutica. Destaca-se o crescimento das comunidades terapêuticas que, diferente dos hospitais psiquiátricos e ambulatórios, conquistou lugar nas políticas públicas em tempo relativamente recente, justamente no período em que a reforma psiquiátrica estaria aparentemente se consolidando. Ao mesmo tempo que a Política de Saúde Mental construiu uma base epistemológica e político-jurídica que preconizava o cuidado em liberdade, a Política de Drogas se manteve em um continuum conservador, baseada no proibicionismo. Estratégias como a redução de danos foram incorporadas a

versões mais progressistas da política, mas não perderam seu status marginalizado na realidade.

Percebem-se efeitos das mudanças nas políticas nacionais na organização, gestão e execução do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, certa continuidade em vários aspectos. A atenção psicossocial, ainda que eleita como modelo ordenador do cuidado em saúde mental nas últimas décadas, não chegou a ocupar status de hegemonia. Outros modelos, por mais que descontinuados em alguns aspectos (como o quantitativo de leitos em hospitais psiquiátricos), permaneceram sendo fortalecidos em outros e, com a mudança política, ganham mais potência.

Alguns resultados não apresentaram mudanças significativas com a implantação das novas políticas, é o caso da taxa de cobertura da Atenção Básica, que se manteve estável desde 2014. A cobertura da ESF de fato cresceu após implementação do Programa Previne Brasil, contrariando a hipótese de que, dada a opção mais barata, os gestores locais escolheriam cadastrar equipes de Atenção Básica em vez de Saúde da Família. Salienta-se, contudo, que essa cobertura se refere apenas ao cadastro de uma população sob responsabilidade de uma equipe, e não à efetivação da assistência às necessidades de saúde dessa população. Ainda, observou-se variação regional importante para alguns dados, indicando que a política de saúde mental está sob influência determinante também das políticas estaduais.

Em relação aos dados que demonstram aspectos da saúde mental da população, como é o caso dos indicadores epidemiológicos, observou-se que houve mudança em variáveis que dependem de ações executadas pelo SUS, como internações e notificações. As internações representam não apenas a quantidade de pessoas acometidas de transtornos mentais, mas principalmente a resposta que o sistema de saúde oferece frente a expressões do sofrimento que são lidas como transtornos mentais. Os óbitos por suicídio, ainda que também dependam de uma leitura social (se vão ser notificados ou não como suicídio, por exemplo), constituem evento mais objetivo, e apresentaram pouca variação para todo o período estudado. Considera-se, portanto, que as condições de saúde de uma população não dependem apenas da política de saúde que é executada. No caso da saúde mental, as políticas de saúde podem ter bem menos influência que as condições gerais de vida (renda, emprego, moradia, acesso a lazer e cultura) e outros determinantes sociais, como raça, gênero, orientação sexual e classe.

Alguns dados analisados ficaram incompletos devido à indisponibilidade das fontes, seja porque sua compilação não é usualmente realizada pelo governo federal (como é o caso dos dados sobre as comunidades terapêuticas, que são objeto de diversas pastas) ou pela falha na alimentação do banco de dados. Além da ampliação das variáveis investigadas em um estudo quantitativo, com a adição de perfis epidemiológicos para os indicadores estudados, uma análise mais profunda da temática poderia contar com uma abordagem qualitativa, investigando os impactos das mudanças nas políticas nacionais conforme experienciados pelos trabalhadores e usuários da RAPS.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BASAGLIA, Franco. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria psiquiátrica. In P. Amarante (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamon, 2005.
- BASAGLIA, Franco *et al.* Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2014.
- BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41 - 72.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938**. Aprova a lei de fiscalização de entorpecentes. Rio de Janeiro: Câmara dos Deputados, 1938.
- BRASIL. **Lei nº 6368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1976.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 7ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da 8ª conferência nacional de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 15 dez. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Regulamento Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3925, de 13 de novembro de 1998**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Financiamento da Assistência Social no Brasil. *In: Caderno SUAS*, ano 3, nº 3, Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2008a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1190, 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Decreto nº 7179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de humanização: PNH.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório da RENAST 2016:** implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora avaliação das ações desenvolvidas no período de janeiro de 2015 a março de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 2979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. **Decreto nº 9761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, 2019c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS.** Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa

Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 2979, de 3 de setembro de 2021.** Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BENTES. A política de enfrentamento como produtora de dano: a epidemia de crack no contexto da saúde pública contemporânea. **Drogas, Saúde & Contemporaneidade**, v. 18, n.1, p.41-47, jul.2017. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.2017.v18.34804>. Acesso em: 25 fev. 2023.

CASTELLANOS, Pedro Luis. O ecológico na epidemiologia. *In: ALMEIDA FILHO, Naomar de et al (org.). Teoria Epidemiológica Hoje: Fundamento, Interfaces e Tendências.* Rio de Janeiro: Abrasco, 1998. p. 129-147.

CNES. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.** Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CONAD. **Resolução CONAD nº3 de 27/10/2005.** Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília: CONAD, 2005

CONAD. **Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas: 2022-2027.** Brasília: CONAD, 2022.

CONASS. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde.** Brasília: CONASS, 2015.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. Crack, é possível vencer. **Estudos Técnicos/CNM**, v7, p.131-151, dez. 2014

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, Alma-Ata: 1978. Disponível em: <https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em: 15 dez. 2022.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP (2021). **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.** São Paulo: Conectas, 2021.

COSTA, Nilson do Rosário; JATOBÁ, Alessandro; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. **A avaliação de desempenho na política de atenção primária: balanço e perspectiva para o programa “previne brasil”.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. (Nota técnica).

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In: AMARANTE, Paulo (org.). Ensaio: subjetividade,*

saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, Abílio.; LUZIO, Cristina Amélia.; YASUI, Sílvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante, Paulo (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 3 fev. 2023.

DATASUS. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2023.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.

FIORATI, Regina Célia. Acompanhamento terapêutico, clínica e atenção psicossocial: uma relação possível? reflexão crítica segundo a hermenêutica dialética de Jürgen Habermas. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 82-89, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600011>. Acesso em: 2 mar. 2022.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. Tradução de Eduardo Brandão. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. Políticas de prevenção ao suicídio no Brasil e seus impactos sobre as escolas. **Revista Práxis Educacional**, Bahia, v. 15, n. 36, p.43-60, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v15i36.5859>. Acesso em: 30 mar. 2023

GLOBAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE. **Declaration of Astana**, Atana: 2018. Disponível em: www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf. Acesso em: 15 dez. 2022.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>. Acesso em: 2 fev. 2023.

ALVES GUIMARÃES, Thaís de Andrade; SANTOS ROSA, Lucia Cristina. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, v. 21, n. 44, p.11-138, maio 2019.

KINOSHITA, Roberto Tikanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; CARDOSO, Maria Regina Alves. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.4, n.3, p.145-152, nov. 2001.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MATTOS, Mauricio Pereira de; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; CAMPOS; Gastão Wagner de Sousa. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n.9, p.3503-3516, set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>. Acesso em: 20 fev. 2023.

MEDEIROS, Regina. A epidemia do crack: a quem interessa? In: Sudbrack *et al* (orgs.). **ABRAMD: compartilhando saberes**. Brasília: Technopolitik, 2015.

MEDRONHO, Roberto de Andrade. Estudos ecológicos. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade *et al*. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 265-174.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, set. 2018. DOI 10.1590/0103-11042018S103. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2022.

MILIAUSKAS, Claudia Reis *et al*. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1935-1944, maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>. Acesso em: 2 fev. 2023.

MOROSONI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan - março 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 25 jan. 2023.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al*. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>. Acesso em: 12 fev. 2023.

OLIVEIRA, Milena Edite Casé de *et al.* Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o Setembro Amarelo? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 48, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3191.2020>. Acesso em: 30 mar. 2023.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em: 12 jan. 2023.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19- 26.

RAMOS, Dandara *et al.* Conditional cash transfer program and child mortality: a cross-sectional analysis nested within the 100 million brazilian cohort. **PLOS Medicine**, v. 18, n. 9, p. 1-20, 28 set. 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

ROCHA, Hugo André da *et al.* Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 14, p. 1-11, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>. Acesso em 02 fev. 2023.

RODRIGUES, Rafael Coelho; SILVA, Cristiane Moreira da. Atenção à saúde no território como prática democrática: ações em cenas de uso de drogas como analisadores da democracia brasileira. **Interface**, v. 25, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200484>. Acesso em: 15 fev. 2023.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégia e desafios. In: GOMEZ, Carlos Minayo *et al* (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 87-105.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 13-18.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

SASSE, Thiago Vieira; SILVEIRA, Igor Lino Cintra; VILLELA, Edlaine Faria De Moura. Estudos ecológicos: o todo pela parte. In: VILLELA, Edlaine Faria de Moura; OLIVEIRA; Fábio Morato de. **Epidemiologia sem mistérios**: tudo aquilo que você precisa saber. Jundiaí: Paco Editorial, 2017, p. 188-196.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, dez. 2001. DOI 10.1590/S0104-12902001000200005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xbT9QBLhKC6TyKwKRng7KfL/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SILVA, Everlane Suane de Araújo da; PAES, Neir Antunes. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 623-630, fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.04782017>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das imagens**. São Paulo: Ática, 1992.

SISAB. **Sistema de Informação em em saúde para a atenção básica**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 10 mar. 2023.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 19, p. 1-8, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>. Acesso em: 20 mar. 2023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, 2016. (Nota Técnica, n.3).