

Saúde Mental Infantojuvenil: Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil

Mental Health in Childhood and Adolescence: Challenges Due to the Regionalisation of Care in Brazil

Salud Mental Infantojuvenil: Desafíos de la Regionalización de la Asistencia en Brasil

João Paulo Macedo

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI, Brasil.

Mayara Gomes Fontenele

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI, Brasil.

Magda Dimenstein

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil.

Resumo: Esse trabalho teve como foco a atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil, a qual historicamente tem sido marcada pela prática da tutela e da institucionalização. Constatamos por meio de metodologia de cruzamento de informações acerca dos serviços voltados à essa população na RAPS, incluindo dados das regiões de saúde, que os mesmos são insuficientes e desigualmente distribuídos. Existem muitos vazios assistenciais no país, em todas as regiões. Essa situação pode ser atribuída à fatores políticos, deficiência na formação de recursos humanos especializados, problemas na proposta da regionalização em saúde, dentre outros. Destacamos, a necessidade de articulação entre os diversos níveis que compõem a atenção em saúde mental na RAPS, bem como com outros dispositivos do território na perspectiva da intersetorialidade e gestão territorial das necessidades em saúde mental de crianças e adolescentes.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Atenção Psicossocial Infantojuvenil; Regionalização; CAPSi.

Abstract: This article focuses on psychosocial care for children and adolescents in Brazil, which, historically, has been characterised by guardianship and institutionalisation practices. Through a methodology of cross-referencing information on the services provided to this population within the Psychosocial Care Network (RAPS), which included data from health care regions, we note that these services are inadequate and unevenly distributed. There are many gaps in the provision of care in all regions within the country and this can be attributed

to political factors, shortcomings in specialised human resources, and problems with the proposal of regionalisation of health care—among other reasons. We highlight the need for coordination between the different levels that make up mental health care in the RAPS, and with other assemblages within the territory in terms of intersectoriality and the management of local needs in the provision of mental health for children and adolescents.

Keywords: Mental Health; Psychosocial Care of Children and Adolescents; Regionalisation; CAPSi.

Resumen: Este trabajo tuvo como foco la atención psicosocial infantojuvenil en Brasil, la cual históricamente ha sido marcada por la práctica de la tutela y de la institucionalización. Se constató por medio de metodología de cruzamiento de informaciones sobre los servicios dirigidos a esa población en la RAPS, incluyendo datos de las regiones de salud, que los mismos son insuficientes y desigualmente distribuidos. Hay muchos vacíos asistenciales en el país, en todas las regiones. Esta situación puede ser atribuida a factores políticos, deficiencia en la formación de recursos humanos especializados, problemas en la propuesta de la regionalización en salud, entre otros. Destacamos, la necesidad de articulación entre los diversos niveles que componen la atención en salud mental en la RAPS, así como con otros dispositivos del territorio en la perspectiva de la intersectorialidad y gestión territorial de las necesidades en salud mental de niños y adolescentes.

Palabras claves: Salud Mental; Atención Psicosocial Infantojuvenil; Regionalización; CAPSi.

Introdução

Os estudos que tratam sobre o campo da infância e adolescência no Brasil são unânimes ao referirem que as políticas para este público foram pautadas historicamente pelo Estado, ancoradas em um modelo assistencial orientado para a institucionalização com quase nenhum ponto de integração entre os serviços e equipes profissionais (Rizzini, 2004;

Brasil, 2005). Na perspectiva de romper com esse padrão e instituir um novo paradigma de proteção para crianças e adolescentes no país, reconhecendo-os enquanto sujeitos de direitos, registra-se a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, importante dispositivo na redefinição da posição do Estado quanto à assistência e à elaboração de políticas públicas voltadas para este público (Delfini & Reis, 2012).

No que concerne à saúde mental, estes autores destacam que a preocupação com este público não esteve presente na agenda de debates até a década de 1990, ficando silenciado em documentos oficiais. Couto, Duarte e Delgado (2008), acreditam que a inclusão tardia da atenção ao público infantojuvenil na agenda das políticas de saúde mental no país e no mundo tem relação com a própria especificidade do tema, pois inclui situações que envolvem desde os “transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo ou do espectro autista), até fenômenos de externalização (transtornos de conduta, hiperatividade), internalização (depressão, transtornos de ansiedade) e uso abusivo de substâncias” (p. 391).

Além disso, há questões relacionadas ao universo da vida escolar como situações de sofrimento decorrentes de problemas de aprendizagem e déficit de inteligência, e situações associadas à violência social, à prática do bullying e problemas de personalidade. Sendo que, os autores referem que há diferenças consideráveis quanto à sintomatologia dos transtornos e casos de sofrimento psíquico no período de incidência entre crianças e adolescentes. De acordo com Garcia, Santos e Machado (2015), “o perfil nosológico obtido pelos atendimentos realizados nos CAPSi demonstra elevados percentuais de transtornos de

comportamento e de retardo mental, evidenciando a importância da integração da rede especializada com a atenção básica e da articulação intersetorial no território” (p. 2653). Todas essas situações acarretam impactos de ordem familiar e social.

O marco inaugural de políticas mais específicas para crianças e adolescentes no âmbito da saúde mental se deu a partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira 10.216/2001 (Zaniani & Luzio, 2014). Nesse ano ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), cujo relatório final alertou para a urgência do redirecionamento do modelo assistencial para esse segmento, cobrando do Estado a tomada de responsabilidade e o atendimento oferecido em dispositivos de base comunitária, na perspectiva do trabalho territorial e em rede (Couto & Delgado, 2015).

Em nível mundial há uma ausência de políticas oficiais de saúde mental infantojuvenil na maioria dos países (Couto, Duarte & Delgado, 2008). O relatório *Child and adolescent mental health policies and plans*, da Organização Mundial de Saúde, publicado em 2005, relatou políticas de saúde mental voltadas para crianças e adolescentes somente em 34 países (07%) em todo o mundo (WHO, 2005). Como principais entraves destaca: a falta de uma rede de serviços que integre não apenas as ações em saúde, mas no

âmbito da educação, da assistência social, justiça e no campo de direitos; e o fato de que as ações em saúde mental estão predominantemente voltadas à população adulta. Há uma invisibilidade para as demandas específicas do público infantojuvenil, sendo na maioria das vezes compreendida a partir da referência das estratégias de cuidado voltadas à população adulta (Couto e cols., 2008).

Nesse sentido, a atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer. Há um déficit assistencial já que por muito tempo o cuidado em saúde mental foi delegado à educação e assistência social, com destaque para instituições de natureza privada e filantrópica (Hoffmann, Santos & Mota, 2008). Por outro lado, essa construção requer delineamentos éticos, clínicos, assistenciais, políticos, de produção de conhecimento, formação de recursos humanos e de planejamento para superar o histórico de desassistência ou de uma assistência marcada pela prática da tutela e da institucionalização (Couto, 2004).

Como desdobramento da III CNSM, foi aprovada a Portaria nº 336, de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, sendo o CAPS do tipo infantil, o serviço voltado prioritariamente para crianças e

adolescentes, de atenção diária, com o cuidado pautado no território (Maia & Avellar, 2013). Em 2004, a Portaria nº 1.608 instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil objetivando constituir-se como espaço de discussão e articulação intersetorial para subsidiar a construção de políticas públicas nesta área (Brasil, 2014).

Não há dúvida sobre os avanços na implementação de serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, especialmente voltados para o público adulto. Quando se trata da assistência à crianças e adolescentes, esse avanço é mais tímido (Teixeira & Jucá, 2014). A partir da Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabeleceu os critérios de organização e implementação em todo o país, integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS, pode-se notar alguns movimentos em direção à ampliação e articulação dos serviços existentes e implantação de novos, no sentido de garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado e evitar a institucionalização infantojuvenil no Brasil, população que demanda ações específicas no âmbito da promoção em saúde por integrar o grupo dos mais vulneráveis (Brasil, 2011a).

Deste modo, os pontos de acesso ao público infantojuvenil na RAPS, além da

Atenção Primária, é realizado pela Atenção Psicossocial Especializada, com os CAPSi, mas também inclui CAPS I e II, além dos CAPS AD e AD III, que atendem adultos ou crianças e adolescentes que apresentem necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Na Atenção Hospitalar foi prevista implantação do Serviço Hospitalar de Referência destinados a adultos, mas também leitos de pediatria qualificados para o atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Na Atenção Residencial de Caráter Transitório há as Unidades de Acolhimento destinadas a adolescentes e jovens (entre 10 e 18 anos incompletos) com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo por 24h.

A ampliação e melhor distribuição dos pontos de acesso em saúde mental para o público infantojuvenil deve-se à redução do critério populacional de implantação do CAPSi, por meio da publicação da Portaria da RAPS em 2013, que estabeleceu a instalação do serviço em localidades com 70 mil habitantes (Brasil, 2011b), resultando em uma maior capilarização do

serviço pelo país, medida orientada pelo debate da regionalização da saúde.

A regionalização da política de saúde foi estruturada como uma estratégia não apenas para ampliar a capacidade de oferta e cobertura da rede de serviços, mas especialmente para superar a fragmentação da assistência e o acompanhamento do cuidado, por meio da ação cooperativa entre municípios, aumentando o acesso e a eficiência do sistema. Para tanto, o Decreto nº 7.508/2011 sedimentou uma nova perspectiva para o processo de regionalização do SUS, com a organização territorial dos serviços a partir das regiões de saúde (CIR) (Brasil, 2011c).

As regiões de saúde são recortes territoriais constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, com características culturais, econômicas e sociais semelhantes, e composto por redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Cada região de saúde, por esta perspectiva, tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, envolvendo diferentes níveis e pontos de atenção (atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde) (Brasil, 2011c).

A organização da RAPS, a partir das regiões de saúde, ampliou

sobremaneira os pontos de acesso e suporte psicossocial à população, a qual passou a contar com maior diversidade de serviços nas regiões do país. Destaca-se a tendência à interiorização da assistência para municípios de médio e pequeno portes com a crescente participação da atenção primária, a descentralização da rede CAPS, bem como dos leitos de atenção psicossocial em hospital geral, unidades de acolhimento e serviços residenciais terapêuticos. Diante desse cenário, objetivamos mapear a rede de assistência à saúde mental infantojuvenil no Brasil e detectar seus problemas à luz do debate da regionalização da Atenção Psicossocial. A importância deste estudo justifica-se pela carência de investigações acerca da assistência à saúde mental de crianças e adolescentes no país, e pela possibilidade de contribuir com sua organização e regionalização.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal, com a elaboração de uma base de dados a partir das informações disponibilizadas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental em janeiro de 2016, concernente aos serviços que compõem os principais pontos de atenção da RAPS no âmbito do SUS. Filtramos as informações relativas à atenção

psicossocial infantojuvenil: atenção primária, atenção especializada (CAPSi), atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento Infantojuvenil/UAI) e atenção hospitalar (leitos psicossociais em hospital geral). Ademais, incluímos no banco de dados informações reconstruídas a partir dos indicadores da plataforma Regiões e Redes¹, baseado nas 438 regiões de saúde (Comissões Intergestores Regionais – CIR) existentes no país. O intuito foi relacionar com as informações da RAPS voltadas para atenção psicossocial infantojuvenil.

Na análise foram observadas as frequências e as modalidades de serviços instalados em termos de cobertura nacional, passíveis de serem desagregados em nível municipal, inclusive considerando as respectivas regiões de saúde que cada município integra. A base de dados resultante foi analisada com base no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 20. A análise ainda contou com o uso do software *Quantum GIS* (QGIS), que trata de um sistema de informação geográfica (SIG) para elaboração de mapas temáticos para dimensionar o processo de regionalização da saúde mental infantojuvenil.

Resultados e Discussão

A assistência à saúde mental infantojuvenil no Brasil está estruturado a partir do seguinte quadro: a) Atenção Primária – composta por 332.289 Agentes Comunitários de Saúde, 48.410 Equipes da Estratégia Saúde da Família, 5.067 Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e 135 Equipes de Consultório na Rua; b) Atenção Psicossocial Especializada – 210 Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; c) Atenção Residencial de Caráter Transitório – 31 Unidades de Acolhimento Infantojuvenil; e d) Atenção Hospitalar – 997 Leitos Psicossociais em Hospitais Gerais. Apesar do aparente quadro de expansão e da diversidade de serviços que compõem a assistência à saúde mental infantojuvenil é notória a necessidade de investimento público para garantir uma melhor distribuição em todas as regiões do país, em especial no Norte e Centro-Oeste como veremos a seguir, diminuindo as desigualdades de acesso e ampliando a cobertura em áreas que não contam com serviços especializados.

No que concerne a Atenção Hospitalar, por exemplo, para retaguarda de casos agudos ou em situação de crise e que demandam urgência psiquiátrica, a rede conta com 997 leitos psicossociais, distribuídos em 193 municípios. Isso indica apenas 3,5% de cobertura dos municípios de todo o país. Tais serviços estão concentrados principalmente nos

estados da região Sul do Brasil (39,4%), seguido do Sudeste (35%), Nordeste (13,34%), Centro-Oeste (6,21%) e Norte (5,1%). Se focamos nas localidades que contam com pelo menos três pontos da rede de atenção psicossocial infantojuvenil, ou seja, com atenção primária (ACS, ESF, NASF e/ou ECR), atenção psicossocial especializada (CAPSi) e atenção hospitalar (leitos psicossociais), observa-se que somente 34 municípios são cobertos, dos quais 45,2% estão na região Sul; 38,2% no Sudeste; 17,6% no Nordeste; e 2,9% no Centro-Oeste. Trata-se de um quadro preocupante (menos de 1% dos municípios do país), pois consideramos que esses três pontos de atenção juntos constituem um “padrão mínimo” de uma rede com capacidade de acompanhamento e realização de cuidados de forma continuada e integral no território.

No caso da Atenção Residencial de Caráter Transitório, aqui representada por 31 Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), estão situadas principalmente nas regiões Sudeste (45,2%) e Nordeste (35,5%). Sendo que os estados da região Sul contam com somente quatro equipamentos, o Centro-Oeste com dois e o Norte com nenhum serviço do tipo UAI. Há pelo menos 117 municípios que possuem população acima de 200.00 mil habitantes, que obedecem ao critério de implantação, mas ainda não contam com

esse serviço. As localidades que contam com pontos de acesso na atenção primária, atenção psicossocial especializada e atenção residencial de caráter transitório voltados para o público infantojuvenil, são apenas 17 municípios, demonstrando gritantes fragilidades do processo de implantação da RAPS.

Já as localidades que contam com quatro pontos de atenção, ou seja, com uma rede de atenção psicossocial infantojuvenil mais robusta por possuir no território equipes de atenção primária (ACS, ESF, NASF e/ou ECR), CAPSi, UAI e leitos psicossociais, registra-se, até o momento, somente três municípios no país: Janaúba (MG), Sorocaba (SP) e Teresina (PI). Esse cenário é devastador, pois em pelo menos 144 municípios brasileiros já seria possível a implantação desses serviços, conseqüentemente, a oferta de uma melhor retaguarda e possibilidade de respostas à população.

Não podemos deixar de destacar o papel do CAPSi dentre os demais serviços da RAPS, pois ocupa lugar central na assistência à crianças e adolescentes. As razões para tanto são: a) ter inaugurado o campo da atenção psicossocial infantojuvenil em 2002; b) ter assumido o papel central na política de saúde mental para este público figurando como “porta de entrada” no SUS; c) em função da especificidade da demanda, acaba sendo

lugar de referência e encaminhamento pelas unidades de atenção primária e entidades como Associação dos Amigos dos Autistas (AMA) e Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), além da rede escolar e da demanda espontânea que chega ao serviço. A seguir apresentamos o mapa para representar as localidades que contam com critério de implantação para o CAPSi no país e aquelas que contam ou não com o respectivo serviço. Há 210 serviços em funcionamento em todo território nacional, presentes em 172 municípios, cobrindo somente 40,7% das localidades dentre aquelas que cumprem com o critério de implantação de 70 mil habitantes.

Observa-se na figura 1, presente no anexo A, que a maioria dos CAPSi está localizada na Região Sudeste e Nordeste, pois concentram 51,4% e 21,4% dos serviços respectivamente, seguido da Região Sul com 20%, enquanto o Centro-Oeste conta com 4,2% e o Norte com somente com 2,9% dos serviços. Essa distribuição mostra-se extremamente desigual entre as regiões do país. Dos 423 municípios que obedecem ao critério de implantação do CAPSi, há pelo menos 275 localidades (65%) que não contam com este dispositivo, até o momento. A carência é maior nos municípios da região Norte, pois dentre os municípios que tecnicamente atendem ao critério de

implantação nesta região, 84,2% não contam com este serviço. No Centro-oeste este índice chega a 67,9% dos municípios, no Nordeste é 66% e no Sudeste é 64,9%. Se comparado aos demais, a região Sul é a que apresenta menor déficit de implantação de CAPSi (52,2%).

Por outro lado, ao dimensionarmos as localidades que apresentam fragilidade na rede local de serviços com a falta de CAPSi, destacam-se os municípios do interior, especialmente os de médio porte populacional (65,2%), sendo este um dos pontos mais críticos do processo de interiorização da atenção psicossocial infantojuvenil no país. Nas localidades de médio e grande porte, incluindo capitais e interior, há carência desse tipo de serviço em 36,6% dos municípios. No caso dos municípios de grande porte a carência é bem menor (5,3%) se comparado com os demais tipos. Ressalta-se que houve maior investimento na ampliação da cobertura de CAPSi nos grandes centros urbanos e capitais do país, se comparado à realidade da década passada, referida por Couto et al. (2008). Contudo, apesar das capitais e dos grandes centros urbanos terem alguma unidade CAPS do tipo infantojuvenil, são poucos os que contam com mais de uma unidade desse serviço (somente Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Campinas, Sorocaba, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre). O destaque vai para cidade

de São Paulo que sozinha concentra 29,5% do total desses serviços no Brasil.

Não obstante os avanços, trata-se de um quadro cheio de furos em termos de cobertura, especialmente se considerarmos a centralidade que o CAPSi ainda possui na atenção psicossocial infantojuvenil. A população dos 275 municípios que não contam com CAPSi precisa recorrer aos demais tipos de CAPS (I, II, III, AD) quando estes serviços existem em seus municípios. Destes 275 municípios: 36 têm CAPS I e 04 contam com CAPS II também; b) 198 têm CAPS II e 02 contam também com CAPS III; c) 13 têm CAPS III e 100 municípios que não contam com CAPSi, mas possuem CAPS AD.

Apesar da possibilidade de retaguarda pelo outros CAPS, ambulatórios e outros recursos intersetoriais disponíveis nos territórios dos 275 municípios que não contam com CAPSi, sabemos da especificidade da atenção psicossocial infanto-juvenil. Em razão disso, os serviços anteriormente referidos acabam tendo dificuldade de cobrir a demanda, seja por falta de recursos específicos, seja de qualificação técnico-profissional por meio da formação permanente de recursos humanos. Assim, “a saúde mental infantil e juvenil tem na própria saúde mental geral um setor a ser conquistado e integrado às suas necessidades” (Couto et al., 2008, p. 396).

Esse cenário fica ainda mais problemático nas localidades que obedecem ao critério de implantação para o CAPSi, mas não possuem e, ademais, não contam com qualquer serviço de atenção psicossocial especializada (ou seja, nenhum tipo de CAPS) ou demais pontos da rede (unidades de acolhimento e leitos de atenção psicossocial). É a situação de 24 municípios distribuídos nas regiões Norte (n=2), Centro Oeste (n=1) Nordeste (n=3), Sul (n=1) e Sudeste (n=17). Este é um ponto de parada dos mais preocupantes do processo de consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, não apenas no âmbito da assistência infantojuvenil, mas para população adulta como um todo, seja para os casos de sofrimento psíquico/transtorno mental, seja para aqueles com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, pois contam somente com serviços da atenção primária em saúde nos territórios, mesmo depois de mais de 15 anos de aprovação da Lei 10.2016/2001.

Daí a importância de investir, de um lado, no planejamento com previsão de financiamento para cobrir as áreas desassistidas de serviços mais especializados, e por outro, em práticas de educação permanente e demais dispositivos de suporte e apoio clínico institucional e/ou de redes, a exemplo das ações de matriciamento entre equipes mais

especializadas em atenção psicossocial infantojuvenil (CAPS i e ambulatorios de saúde mental) e as equipes dos demais tipos de CAPS, NASF e ESF. O matriciamento em saúde mental tem o objetivo de ajudar as equipes multiprofissionais a superar as dificuldades de atuação nesse campo, corresponsabilizando-se pela acolhida dos casos no território, bem como pelas ações de cuidado continuado e em rede.

A Atenção Primária enquanto ponto de atenção da RAPS abrange quatro componentes, contando até o momento com 332.289 Agentes Comunitários de Saúde, 48.410 Equipes de Saúde da Família, 5.067 Núcleos de Apoio à Saúde da Família e 135 Equipes de Consultório na Rua. Os três primeiros (ACS, ESF e NASF) estão situados em maior número nas cidades de pequeno porte (46,2%, 47,2% e 67,7%) e na região Nordeste (35,3%, 36,4% e 39,4%). As equipes na rua estão concentradas no Sudeste (52,6%) e Nordeste (21,5%) e em cidades de médio e médio grande portes. O fortalecimento da APS no âmbito da atenção psicossocial como forma de ampliação do cuidado para acolher crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico ainda se constitui um grande desafio (Taño, 2014).

Para esse autor, os serviços territoriais convivem historicamente com dois extremos: há tanto o problema da

invisibilidade das demandas em saúde mental infantojuvenil nos territórios, quanto o fato de que pais e escolas vêm apresentando sistematicamente às equipes de saúde queixas acerca do comportamento e processo de aprendizagem dos filhos. Apesar de serem situações muito comuns e que precisam ser problematizadas pelas equipes da APS, no cotidiano, o que se nota, são os sucessivos encaminhamentos para os ambulatórios de saúde mental e CAPSi, estrangulando a capacidade deste último de realizar uma atenção mais efetiva no território.

E nas localidades em que as equipes da APS não contam com CAPSi (ou qualquer outro tipo de CAPS) em sua rede, como é o caso de 2.518 municípios, os desafios se intensificam mais ainda: 945 municípios localizados no Nordeste (37,5%), 652 no Sudeste (25,9%), 488 no Sul (19,4%), 239 no Centro-oeste (9,5%) e 216 no Norte (7,7%). Há ainda outra situação complicada, pois em 13 desses municípios a assistência à saúde mental é feita apenas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Esses 13 municípios estão localizados nas regiões Sul (30,8%) e Sudeste (69,2%), em cidades de pequeno porte (92,3%). Com relação às ESF, 31 municípios não possuem estas equipes e 1.798 localidades não possuem qualquer tipo de NASF no país.

Além do quadro de desigualdades extremas quanto à distribuição dos serviços de saúde mental sinalizado neste estudo, não podemos esquecer de outra fragilidade que é a histórica fragmentação e dificuldade de integração das ações entre os serviços e seus respectivos pontos de atenção em um mesmo território e/ou região de saúde. No âmbito da atenção psicossocial infantojuvenil, tais aspectos são ainda mais evidentes. As dificuldades principais estão relacionadas aos “vazios assistenciais” presentes em certas localidades que contam com poucos ou mesmo nenhum ponto de atenção da RAPS, ou no máximo com equipes/serviços da atenção primária (Santos, Martins, Lima, Machado & Pessoa, 2014). Isso obriga a população a recorrer à rede de atenção psicossocial de municípios vizinhos ou mais distantes que contam em seu território com uma maior diversidade e complexidade de serviços (Viacava, Xavier, Bellido, Matos, Magalhães e Velasco, 2014).

Esses vazios assistenciais indicam que não basta organizar a RAPS focando apenas na implantação de mais serviços e ter como unidade de referência o município isolado e desvinculado de um plano de modelagem de redes regionalizadas de atenção. Considerar as peculiaridades sócio territoriais de cada localidade ou grupos de municípios de uma

determinada região de saúde é fundamental para o trabalho de organização das redes de atenção, tendo como base as materialidades, os fluxos dos territórios e o perfil epidemiológico da população, a fim de aumentar a capacidade de acesso e efetivação do cuidado de maneira integral e contínua.

Para analisar a expansão da rede de atenção psicossocial no país sob o prisma da Regionalização do SUS recorremos ao modelo analítico proposto por Viana, Bousquat, Pereira, Uchimura, Mota, Demarzo e Ferreira (2015), que leva em conta o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde no contexto regional. Os autores estabelecem em seu modelo cinco grupos como parâmetro de análise para as 438 Regiões de Saúde/CIR no Brasil. O Grupo 1, caracterizado com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, conta com 175 regiões, 2.151 municípios e 22,5% da população brasileira, predominantemente no Nordeste; o Grupo 2, caracterizado com médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, conta com 47 regiões, 482 municípios e 5,7% da população, sendo a maioria nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte; o Grupo 3, caracterizado com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços, conta com

129 regiões, 1.891 municípios e 20,3% da população, predominantemente nas regiões Sudeste e Sul; o Grupo 4, com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços, conta com 27 regiões, 300 municípios e 10,6% da população, sendo a grande maioria da região Sudeste; e o Grupo 5, com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços, conta com 60 regiões, 746 municípios e 40,9% da população, predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

Sobre as regiões de saúde que contam com pelo menos três pontos de atenção na RAPS (equipes de APS, CAPS e serviços de leitos psicossociais), observa-se que ainda há muito para avançar no âmbito da regionalização da RAPS, pois das 438 CIR existentes no Brasil, somente 103 CIR (23,5%) atendem a este critério. Trata-se de um número bem aquém do esperado, dada a necessidade de ampliação e aprofundamento do processo de desinstitucionalização. Contar com pelo menos três pontos de atenção na RAPS em uma mesma região de saúde possibilita uma assistência de caráter territorial e comunitário ancorada na garantia da continuidade do cuidado e acompanhamento do suporte à crise nos casos mais agudos. A falta disso reforça a prática dos usuários circularem de forma desordenada pelo sistema de saúde, encontrando inúmeros obstáculos de

acesso e acolhimento às demandas em saúde mental.

Quando focamos nas regiões de saúde constituídas por somente dois pontos de atenção (APS e Psicossocial Especializada) identificamos melhores níveis de cobertura, pois 418 CIR (95,43%) estão cobertas pela RAPS. Apesar de aparentemente expressivo, se consideramos esse dimensionamento por tipo de CAPS e seus parâmetros populacionais, observam-se determinados vazios assistenciais que podem trazer prejuízos importantes para o acesso aos casos de saúde mental nesses territórios. Por exemplo, nas regiões de saúde com critério de implantação para CAPS I (entre 15 e 70 mil habitantes), identificamos 19 CIR que deveriam ser constituídas por esses dois pontos de atenção (APS e CAPS I), porém, em pelo menos quatro regiões (21,05%) não há registro de qualquer serviço tipo CAPS para retaguarda dos casos, somente serviços da atenção primária. Nas regiões com critério de implantação para CAPS II (entre 70 e 150 mil habitantes), identificamos 77 CIR que deveriam contar com os mesmos dois pontos de atenção (APS e CAPS II), sendo que em pelo menos 58 regiões (75,32%) não há registro deste serviço, apesar de contarem com outras modalidades de CAPS, especialmente do tipo I. Naquelas com critério de implantação para CAPS III

(acima de 150 mil habitantes), identificamos 342 CIR que deveriam ser constituídas pelo menos por dois pontos de atenção (APS e CAPS III), porém, 296 regiões (86,55%) não contam com este serviço, apesar de registrarem outras modalidades de CAPS nos territórios. Esse é um dado que precisa ser considerado nas ações de planejamento e construção dos Planos de Ação Regionais, dada a importância dos CAPS III para avançar no processo de desinstitucionalização. A carência dessa modalidade de CAPS nas regiões de saúde para municípios de menor porte populacional acaba por fragilizar as ações de retaguarda e de garantia de cuidados contínuos e gestão da crise no território. Trata-se, deste modo, de mais um ponto crítico no processo de expansão e regionalização da RAPS no país para responder de forma substitutiva e efetiva às necessidades de internação em hospitais psiquiátricos.

Quanto à atenção psicossocial infanto-juvenil, somente 115 CIR contam com pelo menos dois pontos de atenção (ESF/NASF e CAPSi) na rede, sendo que em 297 CIR não há CAPSi. Se a proposta da regionalização é fortalecer a capacidade de acesso e a efetivação do cuidado continuado em um território, de modo que os municípios possam responder a certas necessidades em saúde da população que vive nas várias localidades de uma mesma

região de saúde, o que foi aqui exposto mostra a impossibilidade de oferecer tal cobertura no âmbito da atenção psicossocial infantojuvenil, pois há regiões que não contam com nenhum serviço especializado voltados para este público.

Ao dimensionar essas 297 regiões de saúde que não contam com CAPSi com base no agrupamento realizado por Viana e cols. (2015), observou-se que 47,1% situam-se no Grupo 1, 12,8% no Grupo 2, 30,7% no Grupo 3, 4% no Grupo 4 e 5% no Grupo 5. O destaque é para regiões de saúde com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, localizados em sua maioria nos estados da Região Nordeste (33,7%), e médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços, localizados na região Sudeste (31,6%). Sintetizando o que foi exposto, a figura 2 traz a distribuição dos serviços considerando a capacidade instalada com base nos pontos de atenção da RAPS.

A Figura 2, presente no anexo B, indica o quanto ainda há para avançar em termos de cobertura e garantia de acesso à saúde mental para o público infantojuvenil, considerando o problema da falta de retaguarda especializada. Ainda não consolidamos uma cultura institucional no Brasil no âmbito das políticas de saúde voltadas para os processos de planejamento regional como instrumento de definição e

ordenamento do SUS. Inúmeros são os problemas que vão desde o subfinanciamento, a fragmentação institucional, a imprecisão normativa, o mix público-privado na oferta de serviços, a falta de poder de governança local e a fragilidade dos órgãos colegiados de gestão (colegiados intergestores regionais/CIR-CGR e grupos condutores de cada rede temática), como também à baixa capacidade técnica dos gestores, seguido da falta de mecanismos e instrumentos de gestão e regulação (Mello, 2017).

Como resultado, o que se vê, é uma rede de serviços insuficiente e pouco organizada, devido a uma “expansão errante, que não considera o planejamento e a pactuação regional necessários para a sustentabilidade do sistema” (Reis, Sóter, Furtado & Pereira, 2017, p. 1049). Para esses autores é necessário superar, como eles próprios costumam denominar, as “formas cartoriais” de funcionamento das CIR e dos próprios grupos condutores da RAPS, com Planos de Ação Regionais que visem o planejamento dos sistemas regionais a médio e longo prazos, indicando não apenas a necessidade de novos serviços, ampliações, reestruturação da rede, mas a construção das chamadas redes vivas de cuidado entre os serviços articulando os seus vários pontos. Isso “requer ir além da estruturação da rede física e de regras de acesso e uso, e

considerar a dinâmica micropolítica da rede de cuidados, que desafia os espaços de gestão do SUS e pede um olhar singular regionalizado” (Reis e cols., 2017, p. 1050).

Deste modo, além dos aspectos macropolíticos que envolvem o processo de regionalização, por meio das normativas, portarias ministeriais e estabelecimento dos termos e contratos de pactuação, a exemplo do Contrato de Organização da Ação Pública da Saúde (COAP)², é de suma importância o investimento em ações e estratégias de educação permanente envolvendo os trabalhadores, possibilitando processos de aprendizagem que estejam conectados com os territórios onde atuam nesses contextos específicos. Experiências como o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde), ou ainda iniciativas recentes na Pós-Graduação como as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental e, no âmbito *stricto sensu*, com os mestrados profissionais em Saúde Mental e cursos de atualização oferecidos pela Rede UNASUS, demonstram ser iniciativas exitosas de qualificação, pois transversalizam o debate em torno da clínica e da reabilitação psicossocial com o da gestão dos processos de trabalho nos serviços e da rede (Cirilo Neto, 2016).

Chamamos atenção que a questão da regionalização precisa ser inserida nessa

agenda de discussão para que trabalhadores e gestores possam se apropriar desse debate, que não está limitado, de forma alguma, ao campo da assistência em saúde e à habilitação de serviços de maior complexidade e captura de recursos. É preciso articular agendas de modo a fortalecer em cada região de saúde ações voltadas à mudança do modelo tecnoassistencial em saúde, ações de promoção, das vigilâncias, da qualificação da assistência farmacêutica, da educação permanente e da formação para o SUS.

Considerações Finais

Esse trabalho teve como foco a atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil. Tal como Garcia e cols. (2015), apontamos que a lacuna entre as necessidades de tratamento e o acesso aos serviços de saúde mental é mundialmente reconhecida. Constatamos por meio de metodologia de cruzamento de informações acerca dos serviços voltados a essa população com dados das regiões de saúde, que os mesmos são insuficientes e desigualmente distribuídos. Como justificativa tem-se “a ausência de decisão política e de investimento para ampliação dos serviços” (Garcia e cols., 2015, p. 2651), acompanhado da escassez de profissionais e especialistas em psiquiatria infantojuvenil, por concentrarem-se em

grandes centros urbanos, especialmente no Sudeste. Destacamos, a necessidade de articulação entre os diversos níveis que compõem a atenção em saúde mental na RAPS, bem como com outros dispositivos do território tal como apontado por Kantorski, Nunes, Sperb, Pavani, Jardim e Coimbra (2014) na perspectiva da intersetorialidade. Ademais, alertamos que acompanhado da necessidade de expansão dos serviços, é preciso um compromisso ético-político de gestores locais e regionais, assim como da sociedade em geral em relação aos problemas de saúde mental desta população e a consequente carga a eles associada; isto inclui maior incentivo em programas de formação para qualificação dos trabalhadores e que haja o aumento e regularidade dos recursos financeiros, além da gestão territorial das demandas.

Notas

¹ Página de acesso: <http://www.resbr.net.br/>

² O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na Região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população (Brasil, 2011d).

Referências

- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, DF.
- Brasil. (2011). Decreto de nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências à Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília.
- Brasil. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília.
- Brasil. (2011). Decreto nº 7508, de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a

- organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília.
- Brasil. (2012). Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. *Diário Oficial da União*. Brasília.
- Brasil. (2012). Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*. Brasília.
- Brasil. (2013). Republicação da Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*. Brasília.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012. Brasília, DF.
- Carlos Maia, C. & Zacché Avellar, L. (2013). Concepções de saúde e doença mental para profissionais de um CAPSi. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 725-735.
- Cirilo Neto, M.; Dimenstein, M.; Leite, J. F.; Macedo, J. P.; Dantas, C. M. B.; Torquato, J.; Silva, M. (2016) Ordenamento da rede e oferta de cuidados psicossociais no meio rural. Em M. Dimenstein; J. Leite; J. P. Macedo & C. Dantas. (Orgs.), *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais* (pp. 369-419). São Paulo: Intermeios.
- Couto, M. C. V.; Duarte, C. S. & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 390-8.
- Couto, M. C. V. & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40.

- Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. Em T. Ferreira. (Org.), *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política* (pp. 61-74). Belo Horizonte: Autêntica/FHC-Fumec.
- Delfini, P. S. D. S. & Reis, A. O. A. (2012). Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 357-366.
- Garcia, G. Y. C.; Santos, D. N. & Machado, D. B. (2015). Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), 2649-2654.
- Hoffmann, M. C. C. L.; Santos, D. N. & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 633-642.
- Kantorski, L.; Nunes, C.; Sperb, L.; Pavani, F.; Jardim, V. & Coimbra, V. (2014). The intersectorality in the psychosocial attention of children and adolescent. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 6(2), 651-662.
- Mello, G. A.; Pereira, A. P. C. M.; Uchimura, L. Y. T.; Iozzi, F. L.; Demarzo, M. M. P. & Viana, A. L. D. (2017). O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1291-1310.
- Reis, A. A. C.; Sóter, A. P. M.; Furtado, L. A. C. & Pereira, S. S. S. (2017). Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1045-1054.
- Santos, I. S.; Martins, A. C. M.; Lima, C. R. A.; Machado, & J. P. & Pessôa, L. R. (2014). Relatório de pesquisa sobre os recursos físicos de saúde no Brasil. *Relatório de Pesquisa do Projeto Brasil Saúde Amanhã*.
- Taño, B. L. (2014). *Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, SP.
- Teixeira, R. M. & Jucá, V. J. D. S. (2014). Caracterização dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil do município de Salvador (BA). *Revista de Psicologia*, 5(2), 70-84.

Viacava, F.; Xavier, D. R.; Bellido, J. G.; Matos, V. P.; Magalhães, M. A. F. M. & Velasco, W. (2014). Relatório de Pesquisa sobre internações na esfera municipal. *Relatório de Pesquisa do Projeto Brasil Saúde Amanhã*.

Viana, A. L. D.; Bousquat, A., Pereira; A. P. C. D. M.; Uchimura, L. Y. T.; Albuquerque, M. V. D.; Mota, P. H. D. S. & Ferreira, M. P. (2015). Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 413-422.

Zaniani, E. J. M. & Luzio, C. A. (2014). A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Psicologia em Revista*, 20(1), 56-77.

World Health Organization. (2005). *Mental Health Policy Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva, SWI.

Faculdade Santo Agostinho (2004), Mestre (2007) e Doutor (2011) em Psicologia pela UFRN. Atua na área da Saúde Coletiva e Saúde Mental, com foco na formação e prática do psicólogo nas políticas públicas e aspectos relacionados à interiorização da profissão e atuação em contextos rurais.

E-mail: jpmacedo@ufpi.edu.br

Mayara Gomes Fontenele: Aluna do Curso de Psicologia da UFPI. Bolsista PIBIC CNPQ.

E-mail: may.fontenele@gmail.com

Magda Dimenstein: Professora Titular. Graduada em Psicologia pela UFPE (1986), Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/RJ (1994) e Doutora em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (1998). Realizou Estágio Pós-Doutoral na Universidad Alcalá de Henares /Espanha. Atua na área de Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental, Atenção Primária e Psicossocial, em cenários urbanos e rurais.

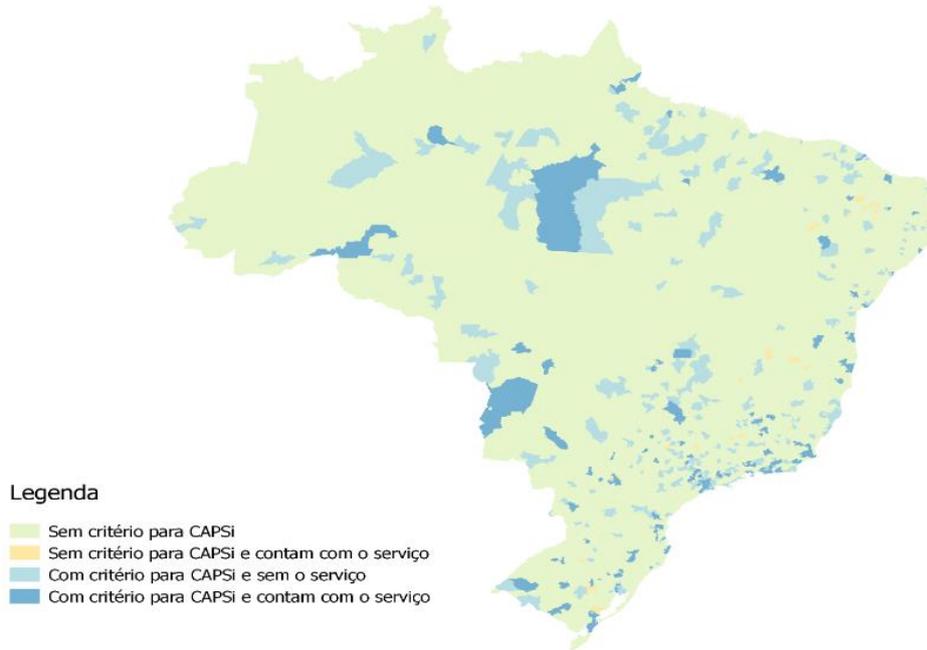
E-mail: mgdimenstein@gmail.com

Enviado em: 12/12/16 – **Aceito em:** 09/05/17

João Paulo Macedo: Professor Adjunto IV. Graduado em Psicologia pela

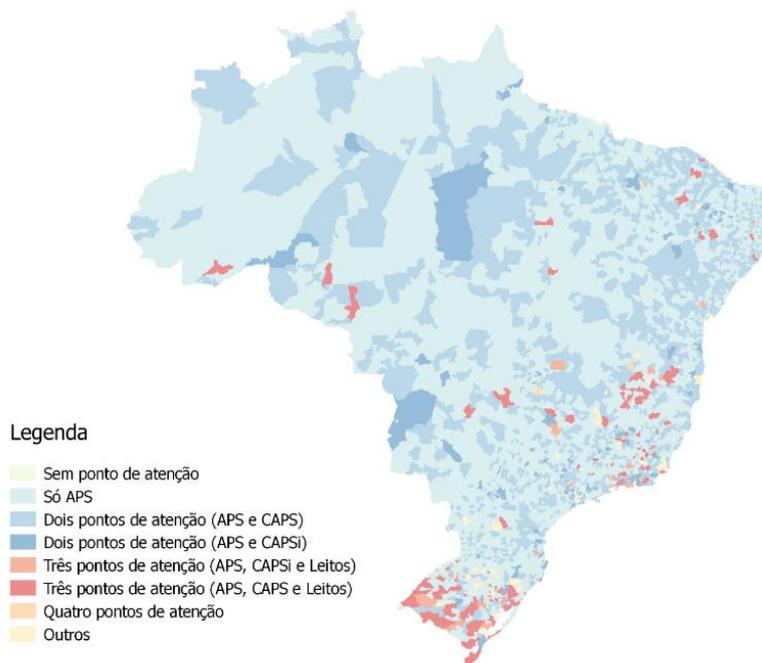
Anexos

Anexo A - Figura 1: Mapa com as Localidades Aptas e não Aptas para Implantação do CAPSi e Localidades que Contam ou não com o Respeetivo Serviço



Fonte: Elaboração própria com base no QGIS.

Anexo B - Figura 2: Mapa com a Capacidade Instalada dos Serviços da RAPS



Fonte: Elaboração própria com base no QGIS.