

Rede de Atenção Psicossocial: Análise da Cobertura no Rio Grande do Sul em 2023

Psychosocial Care Network: Analysis of Coverage in Rio Grande do Sul in 2023

Red de Atención Psicosocial: Análisis de la Cobertura en Rio Grande do Sul en 2023

RESUMO

Objetivo: analisar a distribuição dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Rio Grande do Sul, em suas Regiões de Saúde, de acordo com a legislação vigente e sua correlação com os indicadores em saúde mental. **Método:** Trata-se de estudo transversal, exploratório, quantitativo com dados secundários de 2023. Foram analisados os componentes da RAPS e sua correlação com os indicadores de saúde mental. **Resultados:** o Estado apresenta uma distribuição heterogênea dos Serviços de Saúde Mental, gerando iniquidades na assistência. As análises de correlação realizadas sugerem impacto negativo nas taxas de internações e suicídio pela oferta de CAPS com equipes multiprofissionais. **Conclusão:** Desigualdades regionais, equipes incompletas e baixa integração entre APS e Atenção Especializada sugerem porque o Estado tenha a maior taxa de suicídio do país, apontando a necessidade de melhor integração na RAPS, com uma distribuição de serviços mais equânime entre suas Regiões de Saúde.

DESCRIPTORIOS: Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Atenção à Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the distribution of services that comprise the Psychosocial Care Network (RAPS) in Rio Grande do Sul, in its Health Regions, in accordance with current legislation and its correlation with mental health indicators. **Method:** This is a cross-sectional, exploratory, quantitative study with secondary data from 2023. The components of RAPS and their correlation with mental health indicators were analyzed. **Results:** The state has a heterogeneous distribution of Mental Health Services, generating inequalities in care. The correlation analyses performed suggest a negative impact on hospitalization and suicide rates due to the provision of CAPS with multidisciplinary teams. **Conclusion:** Regional inequalities, incomplete teams, and low integration between PHC and Specialized Care suggest why the state has the highest suicide rate in the country, pointing to the need for better integration in the RAPS, with a more equitable distribution of services among its Health Regions.

DESCRIPTORS: Mental Health; Mental Health Assistance; Mental Health Services; Delivery of Health Care; Health Policy.

RESUMEN

Objetivo: analizar la distribución de los servicios que componen la Red de Atención Psicosocial (RAPS) en Rio Grande do Sul, en sus Regiones Sanitarias, de acuerdo con la legislación vigente y su correlación con los indicadores de salud mental. **Método:** Se trata de un estudio transversal, exploratorio y cuantitativo con datos secundarios de 2023. Se analizaron los componentes de la RAPS y su correlación con los indicadores de salud mental. **Resultados:** el estado presenta una distribución heterogénea de los servicios de salud mental, lo que genera desigualdades en la asistencia. Los análisis de correlación realizados sugieren un impacto negativo en las tasas de hospitalización y suicidio por la oferta de CAPS con equipos multiprofesionales. **Conclusión:** Las desigualdades regionales, los equipos incompletos y la baja integración entre la APS y la Atención Especializada sugieren por qué el estado tiene la tasa de suicidio más altas del país, lo que apunta a la necesidad de una mejor integración en la RAPS, con una distribución más equitativa de los servicios entre sus Regiones de Salud.

DESCRIPTORIOS: Salud Mental; Atención a la Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Atención a la Salud; Política de Salud.

RECEBIDO EM: 02/10/2025 APROVADO EM: 20/10/2025

Como citar este artigo: Naciuk FF. Rede de Atenção Psicossocial: Análise da Cobertura no Rio Grande do Sul em 2023 Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(102):18064-18079. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i102p18064-18079

ID Fernando Fredo Naciuk

Enfermeiro Assistencial no Centro Intensivo de Atenção Psicossocial (CIAPS) para Adolescentes do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) e Docente do Núcleo de Enfermagem da Residência (Multiprofissional) Integrada em Saúde Mental e Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP RS). Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS - PPG ATS-SUS GHC (2025). Especialista em Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2022), Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2019). Graduado Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (2005). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6183-8355>

INTRODUÇÃO

A discussão sobre a loucura tem sido uma constante ao longo da história da sociedade, embora as políticas públicas em saúde mental sejam relativamente recentes e frequentemente marcadas por negligência e invisibilidade. A mobilização da sociedade civil nas décadas de 1970 e 1980 possibilitou a Reforma Psiquiátrica brasileira, um marco significativo que propôs transformações no modelo de assistência a pessoas com transtornos mentais⁽¹⁾.

A Lei 10.216/01, ao instituir a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) em 2001, representou um marco fundamental na abordagem do tratamento de saúde mental no Brasil. Rompendo com o paradigma manicomial, a PNSM propõe um modelo de atenção aberto e comunitário, cuja essência reside na desinstitucionalização e reintegração social do indivíduo⁽²⁾.

No entanto, o contexto político e as constantes disputas ideológicas dificultaram a implementação efetiva dessa reforma. Em resposta, o Governo Federal publicou, em 2010 e 2011, uma série de portarias e decretos visando à reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a

criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS engloba um conjunto de serviços, dos diferentes níveis de atenção do SUS, incluindo desde os cuidados na APS até a atenção hospitalar, organizados em uma rede territorializada, reforçando sua articulação como forma de garantir a efetividade do cuidado integral e ressocialização do usuário. Caso necessário a RAPS pode indicar a internação do usuário, a qual deve ser de curta duração até a estabilidade clínica do usuário^(3,4).

A oferta de atenção integrada em saúde mental, sustentada pelo trabalho multidisciplinar e pela clínica ampliada, tal como norteia a RAPS, representaram um grande avanço na assistência em saúde mental, contudo, demandam um esforço substancial devido à sua complexidade. Neste sentido é importante alertar que estudos anteriores, evidenciam a existência de lacunas entre as diretrizes político-assistenciais e a prática cotidiana⁽¹⁾.

As mudanças no perfil do público-alvo e suas necessidades, bem como as variáveis epidemiológicas, limitações orçamentárias e financeiras, somadas às emergências em saúde pública, como a provocada pela pandemia da Covid-19, evidenciam a necessidade de ajustes ágeis nas políticas de saúde, visando à adequação dos

serviços prestados à população. A dinâmica desses fatores requer uma revisão constante das estratégias e ações da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), assegurando uma resposta eficaz e adequada às demandas emergentes e às circunstâncias imprevistas⁽⁵⁾.

Desta forma, tal realidade provoca questionamentos acerca da eficácia das mudanças implementadas. Portanto, se faz necessária a aplicação de ferramentas para análises e avaliações adequadas a fim de compreender e enfrentar tais desafios no sistema de saúde e da atenção em Saúde Mental (SM)⁽⁶⁾.

Portanto, este estudo é atual e necessário, uma vez que buscou avaliar como se apresentou a distribuição da oferta dos serviços de da RAPS à população gaúcha, em 2023. Tais avaliações foram feitas a partir das informações contidas na base dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) através da plataforma Tabnet, e de informações divulgadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES RS), através da plataforma Portal BI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de abordagem quanti-

tativa, a partir de um estudo de caso em específico, centrado na análise da RAPS nas 30 Regiões de Saúde do estado do RS, abrangendo, portanto, os 497 municípios do estado no ano de 2023.

A coleta de dados ocorreu exclusivamente através de dados secundários, por meio de levantamento documental, nas plataformas digitais oficiais disponíveis para este fim, sendo eles: a) Sistema de Legislação da Saúde (SLEGIS), b) Resoluções CIB RS, c) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), d) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e) DATASUS, f) e-Gestor Atenção Primária à Saúde, g) Portal BI RS, e h) Painel de Indicadores do Rio Grande do Sul.

Inicialmente, foi realizado o levantamento atualizado do arcabouço legal, que regem a RAPS em nosso país, no ano de 2023. Assim como das peculiaridades referentes a esta normatização, no âmbito estadual.

Tendo em vista que a população de cada município é um parâmetro crucial para a definição dos quantitativos e modalidades de serviços ofertados, foi realizada a coleta de informações referentes aos dados populacionais dos municípios gaúchos. Foram empregados os dados de referência utilizados pelo Ministério da Saúde, os quais se fundamentam no documento Relação da População dos Municípios, encaminhada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ao Tribunal de Contas da União (TCU) no ano de 2023⁽⁷⁾.

A coleta de dados seguiu com o levantamento censitário, junto ao CNES. Foram coletados os dados referentes aos estabelecimentos de saúde que compunham a RAPS em 2023 e a análise dos Recursos Humanos (RH) ofertados nos CAPS do RS. Já os dados referentes à cobertura da APS, foram extraídos da plataforma e-Gestor APS. No Portal BI RS e no Painel de Indicadores do RS foram

coletados os dados relativos aos indicadores de saúde, isto é, (A) Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica e (B) Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC), e (C) Índice de Suicídio.

$$\text{Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS I} \times 0,15) + (\text{Número CAPS II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPS IV} \times 5) + (\text{Número CAPS i} \times 0,7) + (\text{Número CAPS AD II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS AD III} \times 1,5)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes = $[(\text{Número CAPS I} \times 0,15) + (\text{Número CAPS II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPS IV} \times 5) + (\text{Número CAPS i} \times 0,7) + (\text{Número CAPS AD II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS AD III} \times 1,5)] / \text{população} \times 100.000$

Foram utilizados os parâmetros do Ministério da Saúde⁽⁹⁾, o indicador taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes classificado em: a) muito bom (acima de 0,71), b) bom (0,51 a 0,70), c) regular (0,36 a 0,50), d) baixo (0,21 a 0,35), e) insuficiente (0,01 a 0,20) e f) vazio assistencial.

Posteriormente, foi realizada uma análise da oferta de Recursos Humanos nos CAPS de cada RS, utilizando como referência a relação da média anual, do quantitativo de profissionais de nível superior e a quantidade destes nos serviços ofertados.

Com relação ao componente da Atenção Hospitalar, foram coletadas informações relativas ao total de leitos disponíveis no RS para o tratamento dos Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC), assim como de dados referentes as suas taxas de internação por TMC geradas em 2023, a partir do local de internação e do local de moradia do usuário, mantendo a proporção da taxa de internações para cada 100.000 (cem) mil habitantes, de acordo com cada uma das Região de Saúde.

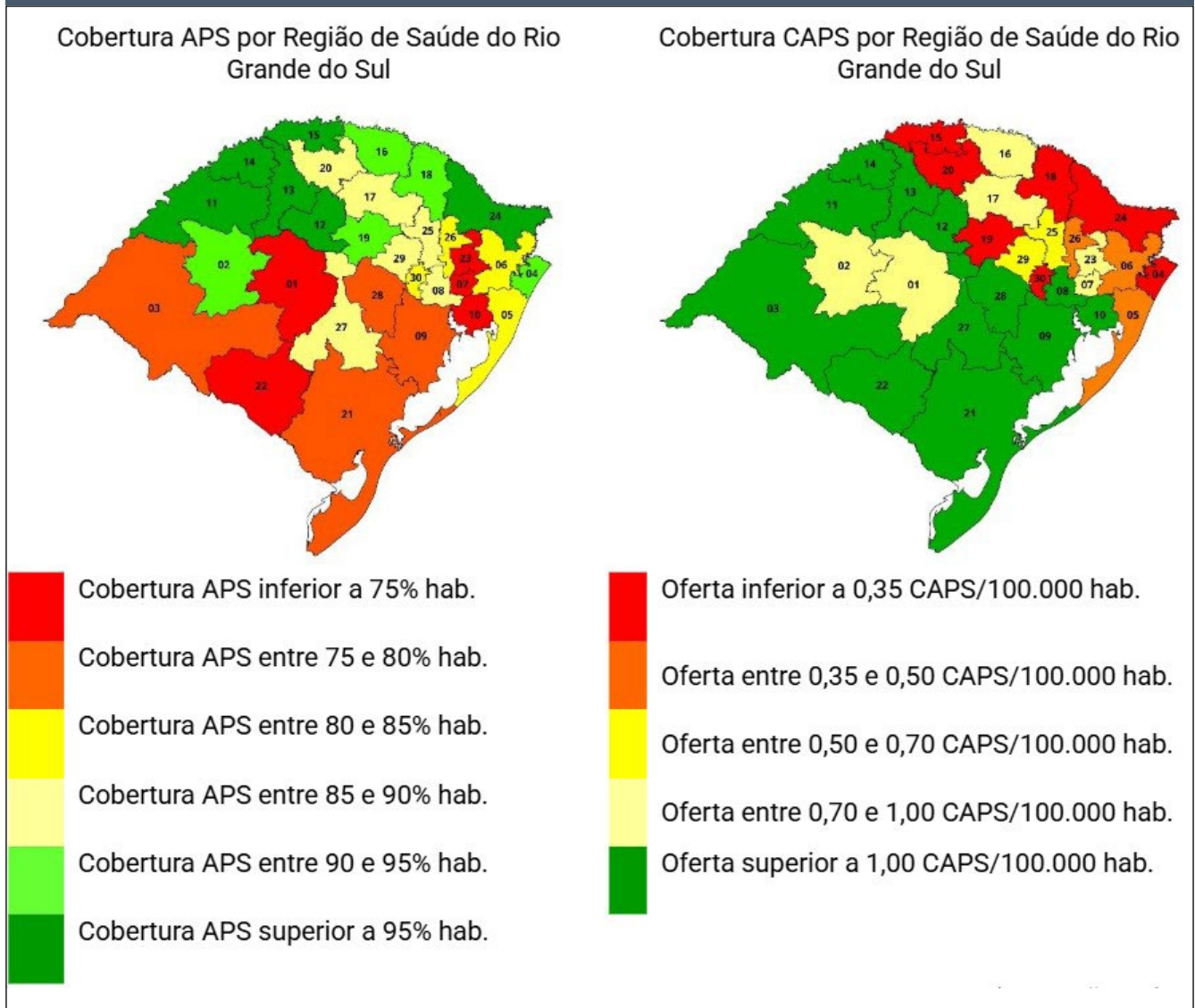
Para análise da quantitativo de CAPS foi utilizada a fórmula proposto por Borges et al.⁽⁸⁾ adaptada para a inclusão da modalidade CAPS IV a qual tem como base a taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, expressa no seguinte algoritmo:

Para análise estatística, foi realizada a partir das correlações de Spearman foram realizadas nas 30 Regiões de Saúde do Estado, com os indicadores em saúde mental pré-estabelecidos: (A) Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica e (B) Índice de internações por Transtornos.

RESULTADOS

O Rio Grande do Sul apresenta um nítido desequilíbrio na estrutura de serviços de saúde mental: nas Regiões de Saúde com maior concentração de municípios pequenos (até 15 mil habitantes) observa-se elevada cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) concomitante a deficiências na oferta de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto nas regiões de maior densidade populacional verifica-se, em geral, a situação inversa. (FIGURA 1).

Figura 1 – Comparativo entre os mapas de saúde dos dados de cobertura da APS Municípios x cobertura de CAPS no Rio Grande do Sul



Fonte: DATASUS 2023 (Produção Própria)

O Rio Grande do Sul, possui uma taxa de cobertura geral de 1,06 CAPS para cada 100 mil habitantes, sendo que tempos 0,44 CAPS/100 mil habitantes, para assistência da população adulta com Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC), 0,41 CAPS/100 mil habitantes para assistência da população adulta com Dependência Química (DQ) e 0,21 CAPS/100 mil habitantes para assistência da população infanto juvenil.

Importante salientar, que o Ministério da Saúde, preconiza a necessidade de 1 (um) Centros de Atenção Psicossocial para 100.000 habitantes⁽¹⁰⁾. Desta forma, sinaliza que a cobertura geral dos CAPS estadual está adequada conforme a legislação em vigor, e é considerada pelo Ministério da Saúde como muito boa⁽⁹⁾.

Entretanto, a distribuição dos CAPS é extremamente heterogênea, apresentando uma enorme variação da taxa de cobertura entre as regiões de saúde,

apresentando valores que vão de 0,13 CAPS para cada 100 mil habitantes, em Botucaraí (Região 19), que indica Cobertura insuficiente/crítica, até 1,97 CAPS para cada 100 mil habitantes, na região Sete Povos das Missões (Região 11), que indica cobertura muito boa.

Apesar dos CAPS também serem reconhecidos como portas de entrada para o SUS, eles são parte integrante da atenção especializada. Sua classificação é determinada predominante pelo público-alvo e pela capacidade de

atendimento, levando em consideração, o quantitativo populacional do município ou região. Não sendo utilizado para sua classificação, o nível de gravidade do caso.

No entanto, a Legislação não prevê obrigatoriedade de Médico Psiquiatra não estabelece a obrigatoriedade da presença de um médico psiquiatra. Permitindo dessa forma a continuidade do tratamento por médico generalista, com experiência e/ou formação em saúde mental, mesmo tendo o usuário sido referenciado para a atenção especializada.

Com relação ao componente hospitalar, estado do Rio Grande do Sul no ano de 2023 possuía 3.811 leitos destinados à TMC. Dentre esses, 2.462 leitos estão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse montante representa, em números absolutos, a segunda maior oferta de leitos para TMC do Brasil, tanto relacionado ao total de leitos para TMC, quanto relacionado aos leitos para TMC vinculados ao SUS. Com relação a proporcionalidade, o Rio Grande do Sul, com 0,21 leitos/1.000 habitantes, possui a maior oferta de Leitos para TMC vinculados ao SUS, e este valor é o dobro da média nacional⁽¹¹⁾.

Com uma taxa de 357,18 internações a cada 100.000 habitantes, em 2023. o Rio Grande do Sul destacou-se como o estado brasileiro com a maior taxa de internações. Entretanto, apresentou

uma taxa de ocupação estadual para as internações por TMC, estimada em 77,36%. Valor abaixo dos 80% (oitenta por cento) preconizado pelo MS, para ocupação dos leitos para TMC no Brasil⁽¹²⁾.

Em 2023, o Rio Grande do Sul registrou 1.659 óbitos por suicídio, o que representa uma taxa de mortalidade de aproximadamente 14,47 por 100 mil habitantes, valor que é o dobro da média nacional e indicativo de um aumento de 32,17% na taxa do estado desde 2015. A maioria dos suicídios ocorreu entre homens (80,04%), com a taxa aumentando progressivamente com a idade, especialmente em idosos acima de 80 anos⁽¹³⁾.

Ao analisarmos a correlação das variáveis (TABELA 1), a APS apresentou uma forte correlação positiva com as taxas de suicídio (+0,73) e uma correlação positiva de moderada a forte com internações por TMC (+0,46). No entanto, ao considerar outras variáveis associadas a esse fenômeno, evidencia-se uma relação negativa forte, entre a cobertura da APS e a oferta de equipes multiprofissionais em CAPS, onde temos médicos psiquiatras (-0,46), psicólogos (-0,53) e enfermeiros (-0,63), além de uma correlação negativa moderada, com relação aos terapeutas ocupacionais (-0,29).

A taxa de suicídio com a oferta de recursos humanos disponíveis nos CAPS,

observa-se uma forte correlação negativa, entre taxa de suicídio e a presença de equipe multiprofissional, as quais ganham destaque os Enfermeiro (-0,63), Médico Psiquiatra (-0,46) e Psicólogos (-0,53), e uma correlação moderada negativa entre os Terapeutas Ocupacionais (-0,29), e fraca entre os Assistentes Sociais (-0,17).

As taxas de internações regionais por TMC apresentaram correlação negativa fraca com a oferta de CAPS (-0,15). No entanto, quando analisamos a correlação deste indicador com a oferta de recursos humanos disponíveis nos CAPS, a presença de médico psiquiatra nos CAPS, segue com forte correlação negativa (-0,69), assim como a presença associada de médico psiquiatras com outros médicos (-0,61).

Com relação a oferta geral de leitos para TMC, essa apresentou correlação negativa fraca (-0,09) com relação a taxa de suicídio, porém correlação positiva de fraca a moderada, quando correlacionada apenas com a oferta de leitos para TMC SUS (+0,19). Já com relação as taxas de internações, a oferta geral de leitos para TMC apresentou correlação positiva de moderada a forte (+0,48), e correlação positiva forte, quando correlacionada apenas a oferta de leitos para TMC SUS (+0,82).

TABELA 1 - Valores das Correlações de Spearman¹ (Variáveis x Região de Saúde)

	Taxa de Suicídio	Cobertura APS	CAPS	CAPS Ad	CAPS i	CAPS Total	Leitos TMC Total	Leitos TMC SUS	Internações TMC	Matriciamento (CAPS)	Psiquiatra (CAPS)	Outros Méd. (CAPS)	Médico Total (CAPS)	Enfermeiro (CAPS)	Psicólogo (CAPS)	As. Social (CAPS)	T. Ocupacional (CAPS)
Taxa de Suicídio	1																
Cobertura APS	0,73	1															

¹ Conforme sugeridos por Cohen (10), foram utilizados os seguintes pontos de corte: (A) correlação fraca (RS = ± 0,10), (B) correlação moderada (RS = ± 0,30), (C) correlação forte (RS = ± 0,50). Onde valores positivos indicam que o aumento de uma variável está associado ao aumento da outra, e valores negativos, o aumento de uma variável está associado ao decréscimo da outra variável. As sugestões de ponto de cortes não são prescritivas, quer dizer, portanto, que pesquisadores devem sempre interpretar seus valores à luz da literatura de suas respectivas áreas de pesquisa⁽¹¹⁾. Foi utilizado a ferramenta de análises de dados estatístico para as ciências sociais, o Statistical Package for the Social Sciences da International Business Machines (IBM SPSS Statistics).

CAPS	-0,20	-0,09	1															
CAPS Ad	-0,37	-0,30	0,50	1														
CAPS i	-0,30	-0,07	0,55	0,57	1													
CAPS Total	-0,27	-0,09	0,81	0,80	0,83	1												
Leitos TMC Total	-0,09	0,00	-0,08	0,14	0,00	0,00	1											
Leitos TMC SUS	0,19	0,14	0,04	0,07	-0,16	0,00	0,82	1										
Internações TMC	0,33	0,46	-0,15	-0,20	-0,15	-0,12	0,48	0,68	1									
Matriciamento (CAPS)	-0,03	-0,22	-0,20	-0,17	0,13	-0,12	-0,07	-0,25	-0,26	1								
Psiquiatra (CAPS)	-0,46	-0,55	0,26	0,36	0,39	0,36	-0,19	-0,41	-0,69	0,32	1							
Outros Méd. (CAPS)	-0,21	-0,13	0,08	0,03	0,37	0,14	0,18	-0,09	-0,23	-0,02	0,25	1						
Médico Total (CAPS)	-0,47	-0,50	0,19	0,23	0,43	0,28	0,01	-0,31	-0,61	0,20	0,80	0,75	1					
Enfermeiro (CAPS)	-0,63	-0,54	-0,02	0,29	0,07	0,07	0,26	-0,03	-0,34	-0,03	0,37	0,22	0,45	1				
Psicólogo (CAPS)	-0,53	-0,48	0,26	0,10	0,19	0,15	-0,10	-0,32	-0,47	0,11	0,53	0,28	0,50	0,57	1			
As. Social (CAPS)	-0,17	-0,22	-0,24	-0,09	0,03	-0,18	0,25	-0,10	-0,26	0,36	0,32	0,20	0,40	0,47	0,29	1		
T. Ocupacional (CAPS)	-0,29	-0,30	0,29	0,15	0,15	0,24	-0,04	-0,27	-0,33	0,14	0,35	0,27	0,44	0,35	0,30	0,29	1	

Fonte: Elaborado pelo autor com base em IBGE (2023), DATASUS (2023) e SES RS (2024)

DISCUSSÃO

A distribuição dos serviços que compõem a RAPS no RS, em 2023, revela uma realidade complexa e preocupante, marcada por uma forte relação de heterogeneidade e iniquidades em todos os seus componentes. Onde observou-se nos grandes centros urbanos cobertura insuficiente da Atenção Primária à Saúde (APS), em contraste com a oferta excessiva de serviços na Atenção Especializada, em especial na atenção hospitalar, por sua vez, nas regiões com populações menos densas, ocorrendo o inverso.

É possível observar que, ao longo dos anos, a implantação da PNSM não ocorreu de forma homogênea no estado do Rio Grande do Sul, gerando conformações bastante divergentes da normatização da política entre suas Regiões de Saúde. O Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015, elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde, já apontava para essa realidade desigual desde 2013⁽¹⁴⁾, evidenciando que a atual situação não corrigiu as iniquidades já

apontadas anteriormente.

O total de indivíduos sem acesso adequado à Atenção Primária à Saúde (APS) em 2023, no Rio Grande do Sul é alarmante, atingindo a estimativa de 2.308.604 habitantes. Este número expressa 20,13% da população gaúcha, evidenciando um significativo vazio assistencial neste importante indicador⁽¹⁵⁾, que requer a continuidade das intervenções que garantam a manutenção da política de ampliação da cobertura da APS no estado.

É importante destacar que a legislação que regulamenta a RAPS, não prevê a habilitação de CAPS, em municípios com até 15.000 habitantes⁽¹⁶⁾. O que direciona o atendimento dos TMC, na própria APS destas localidades. No contexto estadual, há 370 municípios nessa situação, o que corresponde a 74,45% do total dos municípios do Rio Grande do Sul.

É consenso internacional que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ser baseados numa APS forte e resolutiva⁽¹⁷⁾, contudo, apesar do Ministério da Saúde direcionar parte do financiamento da APS, a partir de dados correlacionados a cobertura da APS, desde 2019 com a

instituição do Programa Previne Brasil²⁽¹⁸⁾ não existe disposição legal que defina um valor mínimo de cobertura da APS em nosso País, prejudicando desta forma, a análise desse componente da RAPS.

De acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde⁽⁹⁾ a cobertura geral dos CAPS no estado é considerada muito boa, entretanto, a distribuição geográfica dessa oferta, revela enormes disparidades, caracterizadas por uma heterogeneidade significativa. Observa-se uma variação expressiva de até 15 vezes na oferta de CAPS entre as Regiões de Saúde do estado.

A ausência de CAPS i em 11 regiões e de CAPS AD em 8, demonstra uma fragilidade no sistema de saúde mental, comprometendo o acesso a serviços especializados para populações vulneráveis, como crianças, adolescentes e indivíduos com transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Em 2023, o Rio Grande do Sul destacou-se como o estado brasileiro com a maior taxa de internações. Este índice

² Programa descontinuado, a partir da publicação da Portaria GM/MS 3.493, de 10 de Abril de 2024.

é 37,54% superior ao segundo colocado, Santa Catarina, que registra 259,69 internações por 100.000 habitantes, e expressa um alarmante 201,9% a mais que a média nacional, que é de 118,32 internações para cada 100.000 habitantes. A meta Estadual para 2023 era de 290,80 internações para cada 100.000 habitantes⁽¹¹⁾.

No total de internações por TMC pelo SUS, observou-se que 14,13% delas foram realizadas em hospitais psiquiátricos. Contudo, quando observamos o total de diárias geradas por TMC, nota-se que 26,15% ocorreram nesse mesmo tipo de instituição, refletindo, de forma quase proporcional, a disponibilidade de leitos SUS para TMC em hospitais psiquiátricos no estado, que atinge 27,78%. Destaca-se, ainda, que 1,78% das diárias de internação para TMC foram registradas em hospitais gerais não habilitados para tal tratamento⁽¹¹⁾.

Embora não haja definição legal ou diretriz formal do Ministério da Saúde sobre valores de referência para a Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recomenda mantê-la entre 75% e 85%. O acompanhamento deste indicador é crucial para a gestão da oferta de leitos, pois TOHs elevadas podem sinalizar uma insuficiência de leitos frente à demanda⁽¹⁹⁾. Sendo assim, destaca-se que 11 regiões de saúde apresentaram taxas superiores a 85%, indicando uma pressão significativa sobre a capacidade assistencial local.

Essa ênfase excessiva na atenção hospitalar, sem a devida sustentação de políticas que fortaleçam a APS, propicia uma rede fragmentada e conflituosa, com fragilidades na comunicação e centralização do cuidado em saúde mental nos serviços especializados⁽²⁰⁾, resultando em um ciclo vicioso que perpetua a vulnerabilidade da população à desigualdade no acesso à saúde mental, tal como vem ocorrendo entre as Regiões de Saúde do RS.

Essa disparidade reflete um descompasso entre os diferentes níveis de

atendimento, prejudicando, particularmente, os usuários que necessitam de serviços mais próximos e acessíveis⁽²¹⁾. Somados a isso, as dificuldades de integração da atenção primária à rede, dificultam a garantia da continuidade e coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁽²²⁾.

Destaca-se que a elevada incidência de suicídios no RS embora de etiologia complexa e multifacetada, relaciona-se com essa fragmentação observada na RAPS gaúcha. A dificuldade de acesso da população aos componentes da RAPS, resultante dessa desarticulação, agrava as condições dos indivíduos com transtornos mentais prévios e com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas, as quais estão intrinsecamente associadas à ideação suicida⁽²³⁾.

As áreas do Rio Grande do Sul que apresentam maior risco de suicídio são principalmente o interior do estado, com destaque para regiões rurais e pequenos municípios. A região norte do estado apresentou as maiores taxas de mortalidade por suicídio. O fenômeno no RS é multifatorial, envolvendo questões sociais, econômicas, culturais e ambientais, refletindo a complexidade do problema de saúde pública que o estado enfrenta⁽¹³⁾.

As principais causas associadas a taxas elevadas de suicídio incluem uma combinação complexa de fatores psicológicos, sociais e de saúde mental. A maioria dos casos de suicídio está ligada à presença de transtornos mentais, especialmente depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline, e abuso de substâncias como álcool e drogas⁽²⁴⁾.

O maior risco de suicídio nessas áreas está associado a múltiplos fatores, como menor acesso a serviços de saúde mental, alta prevalência de uso abusivo de álcool e outras drogas, desigualdades econômicas e sociais, isolamento social, e questões culturais específicas, como a exposição a ambientes de trabalho na agropecuária e pesca que também estão vinculados a maiores coeficientes de

mortalidade por suicídio. A aculturação e dificuldades enfrentadas por populações indígenas e minoritárias também agravam esse quadro. O estigma em torno da busca de ajuda psicológica e fatores ambientais e sociais nessas regiões contribuem para ampliar o risco de suicídio^(13,25).

Sendo assim, se faz necessário destacar, que as alterações legais ocorridas em 2017, com a publicação da Portaria GM/MS 3.588, apesar de não terem gerado alterações significativas nas bases assistenciais já estabelecidas, geraram uma importante mudança no financiamento da RAPS, com o redirecionamento de recursos da saúde mental, em especial com a ampliação do financiamento da atenção hospitalar em detrimento das ações de base comunitária, reforçando novamente, a lógica da assistência individualizada, especializada e hospitalocêntrica na Saúde Mental⁽⁶⁾. Consolidando ainda mais, o atual e preocupante cenário da RAPS do RS.

A sua revogação, com a publicação da Portaria GM/MS 757/2023, não foi suficiente para restaurar o lento e gradual processo de avanços e conquistas na área da Saúde Mental. A simples repristinação de alguns pontos da legislação anterior, não foram capazes de reduzir as incertezas em relação ao futuro da PNSM, e isso se deve ao fato de que numerosos elementos dessa política ficaram omissos nas disposições legais atuais, em virtude de até o momento, não ter ocorrido nenhuma nova regulamentação comprometendo assim a clareza e a efetividade das diretrizes estabelecidas.

Importante destacar, a importância de uma APS qualificada neste processo, a qual deve ter ampla cobertura, acesso facilitado, e não menos importante, equipe qualificada para a assistência em saúde mental, permitindo desta forma, a coordenação do cuidado, a fim de dar continuidade de forma integral, no seu nível de competência, assim como, se necessário encaminhar ao nível de atenção mais adequado a necessidade dos

indivíduos, tanto na atenção especializada ambulatorial, como na atenção hospitalar.

É preciso avançar no enfrentamento do modelo hospitalocêntrico, invertendo a lógica da internação, consolidando a diversificação das ações de estratégias de cuidado com base no Plano Terapêutico Singular, favorecendo desta forma, a inclusão social através da promoção de autonomia e do exercício da cidadania.⁴

CONCLUSÃO

Após mais de uma década da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é possível notar que a PNSM apresentou, ao longo dos anos, avanços significativos. Contudo, as alterações em sua legislação, vivenciadas nesse mesmo período, geraram significativos conflitos de ordem jurídica, além de lacunas legais, que comprometem a continuação da PNSM, como estratégia

de consolidação de alteração do modelo assistencial em Saúde Mental. Ademias, a atual legislação da RAPS está sendo incapaz de garantir uma distribuição equitativa dos serviços previstos legalmente, entres as Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul.

Desta forma, a ausência de uma nova regulamentação, que reflita as necessidades sociais contemporâneas e utilize evidências atualizadas, perpetua um cenário de indefinição que prejudica a implementação de estratégias eficazes para a saúde mental no Brasil⁽¹⁾. Portanto, a elaboração de diretrizes claras e abrangentes é urgentemente necessária para assegurar a continuidade dos progressos já conquistados, além da continuidade da real consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

É importante destacar, que as correlações apresentadas, sugerem que o fortalecimento da atenção especializada ambulatorial, com a implantação de

CAPS com equipes multiprofissionais, em quantitativos adequados às necessidades locais, e qualificadas, com a presença de profissionais especialistas em suas áreas de atuação, em especial de médicos Psiquiatras, Enfermeiros, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais, indicam um processo mais adequado na consolidação da RAPS no estado.

E indicam apresentar redução das altas taxas de suicídio e internação, além de, potencializar as ações em saúde mental na APS. Da mesma forma que a oferta insuficiente fragmentada de CAPS, sugere levar a APS a um colapso de toda a RAPS, gerando um represamento dos encaminhamentos a atenção especializada, desta forma comprometendo o atendimento em saúde mental como um todo, elevando assim a taxas regionais de suicídio e internações por TMC.

REFERÊNCIAS

1. SES RS. Plano Estadual de Saúde (PES) 2012 / 2015 [Internet]. Secretaria Estadual de Saúde, organizador. Vol. II, Rio Grande do Sul - Secretaria Estadual da Saúde. Porto Alegre; 2013 [citado 31 de março de 2024]. p. 250 p. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28101537-pes-2012-2015.pdf>
2. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) Ministério da Saúde - Brasil: Versão Profissionais de Saúde e Gestores [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília; 2019 dez [citado 15 de dezembro de 2024]. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf
3. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.979, de 12 de novembro de 2019 [Internet]. Ministério da Saúde Brasil; nov 12, 2019. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
4. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12 [Internet]. Ano 10. Ministério da Saúde. Brasília; 2015 [citado 27 de outubro de 2024]. 11 p. (Ano 10; vol. 12). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-12-outubro-de-2015/view>
5. ANS. Taxa de Ocupação Operacional Geral [Internet]. Agência Nacional de Saúde Suplementar, organizador. Vol. 1, Ministério da Saúde. Brasília; 2012 [citado 17 de novembro de 2024]. p. 1–4. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-01.pdf>
6. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2021;37.
7. Bousquat A, Giovanela L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM de, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017;33(8):e00037316. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. [Internet]. 2a. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 19 de julho de 2023]. 549 p. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
9. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde, organizador. Vol. 55. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 10 de janeiro de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>
10. Almeida JMC de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019;35(11). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=pt
11. Fiocruz, Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Em Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2015 [citado 27 de novembro de 2023]. p. 90. Disponível em: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/DESINSTITUCIONALIZACAO-E-ATENCAO-COMUNITARIA-FIOCRUZ-GULBENKIAN.pdf>