

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

Ana Carolina Hornos Carneiro

Psicóloga

Especialista em Direitos da Criança e do Adolescente/FMP e em Gestão em Saúde/UFRGS

Prefeitura Municipal de Porto Alegre - Secretaria Municipal de Saúde

Assessora Técnica da Coordenação de Atenção à Saúde Mental

E-mail: anahornoscarneiro@gmail.com

Rita de Cassia Nagem

Doutora em epidemiologia, saúde pública e administração

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Departamento de Medicina Social

E-mail: rcnugem@gmail.com

Porto Alegre  
2022

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

Ana Carolina Hornos Carneiro

Rita de Cassia Nagem

### **INTRODUÇÃO**

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

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

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

de atenção em saúde mental territorial, podendo desta forma, ao invés de excluir, incluir os usuários às suas famílias e comunidades (FORTES, 2010).

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

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

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

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) brasileiro surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, e foi denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira. O espaço da antiga Divisão de Ambulatório, responsável pela assistência psiquiátrica extra hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde, foi transformado no CAPS, que acolhia os egressos dos hospitais psiquiátricos, buscando evitar novas internações e ofertando atendimento intensivo

para portadores de doença mental. Além deste, ainda nos anos 1980, outras experiências regionais foram marcantes, como

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

Os CAPS foram se estruturando como serviços de atendimento diário, pois devido às condições clínicas dos usuários, associadas muitas vezes às suas condições sociais, necessitavam de um acompanhamento mais sistemático. Portanto, sempre que assim o desejasse, o usuário poderia acessar o Centro, onde lhe eram ofertadas atividades terapêuticas diversas, em uma proposta de acolhimento por equipe interdisciplinar. A intenção era de que, através das diversas atividades e profissionais, o usuário pudesse se vincular com aquilo ou com aquele com quem se identificasse, algo que lhe desse sentido (RIBEIRO, 2004). Os CAPS, portanto, ao ofertar diversas atividades terapêuticas, incluindo o atendimento por equipe multidisciplinar, buscam possibilitar ao usuário uma diversidade de potenciais vínculos, “tanto no que diz respeito às pessoas com quem ele possa se vincular, quanto às atividades em que possa se engajar” (TENÓRIO, 2002, p. 40). Assim, o cuidado em saúde mental é visto de forma ampliada, buscando, através das redes de apoio, território e cuidado cotidiano, uma ampliação dos cuidados:

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

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

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

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

O atendimento nos CAPS inclui as seguintes atividades: atendimento individual (incluindo avaliação medicamentosa, psicoterapia, atendimentos de orientação), grupal (psicoterapia grupal, grupo operativo, atividades de suporte), participação em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimentos à família do usuário, além de atividades que visem a integração do usuário à comunidade, sua inserção social e familiar (BRASIL, 2011a).

As Portarias nº 3.088 (Brasil, 2011a), nº 130 (Brasil, 2012a), e 3.588 (Brasil, 2017) descrevem as modalidades de tratamento oferecidas pelos CAPS, as quais incluem: acompanhamento intensivo (que em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário), semi-intensivo (usuários que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS) e não intensivo (em função do quadro clínico, o usuário pode ter uma frequência menor) (BRASIL, 2002).

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem avançando significativamente como política pública. Conforme Almeida (2019) a investigação científica já validou a forma de atendimento com foco em cuidados comunitários, e atualmente há uma anuência quanto à

importância do modelo de base territorial e comunitária, que deve contar com equipes de saúde mental, sendo as internações indicadas apenas em casos agudos, e realizadas em leitos de hospitais gerais, sempre na perspectiva de uma articulação com a atenção primária e os serviços de reabilitação psicossocial.

Desta forma, a questão que esse estudo buscou responder foi: A implementação dos CAPS repercutiu na diminuição de internações psiquiátricas hospitalares no Brasil? Questão que foi operacionalizada no seguinte objetivo: comparar a quantidade de internações psiquiátricas hospitalares com os atendimentos realizados em CAPS nas regiões brasileiras, de 1995 a 2020 - antes e após a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001).

Foram coletados os dados referentes ao número de CAPS em todos os estados brasileiros, através do sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2021), destacando o período em que tais serviços foram cadastrados no CNES, o que sugere a sua data de sua implementação. Não foram considerados os CAPS que, ao longo dos anos, foram desativados. O número de CAPS nos estados brasileiros foi organizado de forma a considerar a taxa de ocupação, conforme Silva et al. (2019), empregando a seguinte fórmula:

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

Para o cálculo da população, os dados foram coletados através do sítio do IBGE (2021), usando o fator de multiplicação 100.000, tendo em vista o parâmetro de proporção de um (1) CAPS para cada 100.000 habitantes. Após, foram realizadas as médias simples entre as taxas dos estados das regiões brasileiras.

As informações quantitativas sobre procedimentos ambulatoriais realizados por CAPS foram coletadas para cada estado brasileiro no DATASUS (2021), da seguinte forma: Início (<http://tabnet.datasus.gov.br/>) – Informações em Saúde (TABNET) – Assistência à Saúde – Produção Ambulatorial (SIA/SUS) - por local de atendimento; de janeiro de 1992 a dezembro de 2007; e, por local de atendimento, a partir de janeiro de 2008 até dezembro de 2020. Escolheu-se no campo “linha” o ano de processamento; no campo “coluna” a unidade de federação e no campo “conteúdo” a “quantidade aprovada”. Após, todos os procedimentos

foram somados e organizados por região. Cabe salientar que houve mudança no site do DATASUS em relação aos procedimentos nos períodos selecionados.

As internações hospitalares por motivos psiquiátricos nas regiões brasileiras foram coletadas através do site DATASUS (2021), no período de 1995 a 2020. As modalidades de atendimento em Hospital Dia e os atendimentos em serviços de urgências e emergências não foram considerados neste estudo, tendo em vista a necessidade de separar os atendimentos ambulatoriais realizados em CAPS das internações psiquiátricas, de forma mais específica.

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

Para verificar se a implementação dos CAPS produziu impacto no número de internações psiquiátricas hospitalares no Brasil, foi realizada a comparação da média simples dos números de atendimentos em CAPS e de internações psiquiátricas nas regiões brasileiras.

## COMPARANDO OS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO BRASIL

Quando se descreveu historicamente o período em que os Centros de Atenção Psicossocial dos estados brasileiros foram cadastrados no CNES, percebeu-se o aumento progressivo de CAPS (Tabela 1). Brasil (2015) confirmou tal resultado, afirmando que a implementação de CAPS aumentou em todas as regiões do Brasil entre os anos 2002 e 2014. Isso indica que houve um comprometimento nacional na ampliação dos serviços. Ao descrever e quantificar os atendimentos ambulatoriais prestados em CAPS nas regiões brasileiras, identificou-se que no período entre 1995 e 2000 não havia a implementação oficial dos CAPS, que se deu após a Lei de 2001. Entretanto, muitos atendimentos já vinham sendo realizados na modalidade multidisciplinar, a exemplo do primeiro CAPS brasileiro, Professor

Luís da Rocha Cerqueira, que surgiu em 1986 em São Paulo, bem como outras experiências regionais (RIBEIRO, 2004).

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

Tabela 1 – CAPS implementados, quantidade de atendimentos em CAPS e quantidade de internações psiquiátricas realizadas entre 1995 e 2020 no Brasil

Ano	CAPS implementados	Quantidade de atendimentos realizados em CAPS	Quantidade de internações psiquiátricas
1995	-	524.375	448.187
1996	-	697.424	425.977
1997	-	882.340	423.361
1998	-	1.011.688	409.120
1999	-	1.213.981	409.635
2000	-	1.497.863	407.717
2001	28	1.669.550	371.384
2002	114	2.107.224	295.017
2003	360	4.734.015	328.511
2004	166	6.653.364	279.840
2005	184	9.324.451	289.478
2006	332	13.176.590	299.307
2007	176	17.794.358	272.999
2008	159	21.894.499	269.569
2009	167	24.234.556	246.143
2010	171	26.325.946	250.748
2011	139	27.814.096	248.383



2012	171	26.832.353	235.884
2013	156	13.449.911	216.931
2014	213	15.792.278	208.734
2015	155	17.028.998	197.041
2016	80	17.294.213	186.735
2017	101	18.174.097	189.169
2018	92	20.283.765	208.142
2019	72	23.734.314	209.862
2020	68	16.908.238	175.504

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

Ao quantificar os CAPS em todo o território brasileiro, depreendeu-se que, ao comparar o número de Centros às populações das regiões estudadas, o número de Centros se encontra em proporção em relação às populações dos territórios. A região Sudeste apresenta o maior número de CAPS (1.182), e também a maior população do Brasil (89.012.240 hab.), sendo a região pioneira na implementação dos Centros de Atenção Psicossocial. A segunda região com mais CAPS implementados é a Nordeste (1.049), que é a segunda com maior população (57.374.243 hab.), seguida pela região Sul (485 CAPS), a terceira em número populacional (30.192.315 hab.). As regiões Norte (201 CAPS) e Centro Oeste (187 CAPS) têm menores índices populacionais: 18.672.591 e 16.504.303 habitantes, respectivamente (DATASUS, 2021; IBGE, 2021).

Entretanto, ao analisar a extensão territorial, percebeu-se que as regiões brasileiras que apresentam menos Centros possuem as maiores áreas em extensão: a região Norte possui área de 3.850.516,282 km<sup>2</sup> e a Centro Oeste de 1.606.358,683 km<sup>2</sup> (IBGE, 2021). O fato de apresentarem menor população não impede a ocorrência de vazios de atendimento, devido às longas distâncias que os usuários devem percorrer para o acesso aos serviços de saúde. Brasil (2015) faz um apontamento específico em relação à região Norte, que vai ao encontro dos resultados desta Pesquisa. Devido à extensão territorial, bem como às dificuldades de acesso e às diversidades étnico-culturais, tal região possui contexto desafiador para a implantação dos serviços e ter o acesso a eles garantido (BRASIL, 2015).

No que se refere à cobertura de CAPS, conforme Brasil (2008), o indicador CAPS/100.000 habitantes foi regulado em 2007 como principal elemento indicador da saúde

mental no Pacto pela Vida, compromisso firmado entre os gestores do SUS sobre situações prioritárias que impactam sobre a saúde da população brasileira (BRASIL, 2006). De acordo com Brasil (2005) tal indicador foi criado a fim de evidenciar a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária de forma longitudinal, ao mesmo tempo em que possibilita subsidiar a definição de prioridades aos gestores.

“(…) A taxa de cobertura do CAPS reflete o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de Saúde Mental ao longo do tempo. Como regra geral, tem sido considerada como parâmetro para uma conformação ideal da rede a proporção de um CAPS para cada 100.000 habitantes” (MACEDO, 2020, p. 38).

Os parâmetros do indicador CAPS/100 mil habitantes são: “Cobertura muito boa (acima de 0,70); Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69); Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49); Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34) e Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)” (BRASIL, 2015, p. 11). De forma geral, os dados encontrados sugerem que o Brasil conta com cobertura de CAPS suficiente. Entretanto, tais dados isoladamente podem não refletir a realidade. Silva et al. (2019) corroboram com o exposto, trazendo conclusões a respeito do estudo realizado sobre a cobertura de CAPS no município de Porto Alegre (RS):

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

Um outro aspecto a ser apontado é a importância do cálculo da taxa de ocupação de CAPS por município, que pode evidenciar os vazios de atendimento. A pesquisa sobre a cobertura de CAPS no estado de Minas Gerais realizada por Macedo (2020) contemplou este aspecto, trazendo visibilidade às regiões do estado que necessitam maior atenção dos gestores.

No que se refere aos atendimentos em CAPS, a região que mais os realizou foi a Sudeste (151.220.564), seguida pela região Nordeste (103.150.688). Após, a região Sul (50.440.755), seguida pelas regiões Norte (14.412.496) e a Centro Oeste (12.896.154) (CNES, 2021), o que se relacionou com o número de CAPS nessas regiões. A região que realizou mais atendimentos, portanto, é a mais populosa e a que possui mais CAPS. Conforme Neto (2014), as regiões Sul e Sudeste possuem maior acesso aos serviços de saúde, na medida em que apresentam maior desenvolvimento econômico. O autor compara inversamente as regiões Norte e Nordeste, as quais apresentam os piores indicadores sociais e de saúde.

De acordo com a Tabela 1, percebeu-se um crescimento mais expressivo dos atendimentos em CAPS a partir de 2002, tendo seu ápice em 2012: no período de 2002 a 2012 foram implementados 2.139 CAPS em território nacional (CNES, 2021). De acordo com Brasil (2015), as Portarias 3.089 (Brasil, 2011b), 3.099 (Brasil, 2011c) e 1.966 (Brasil, 2013) possibilitaram um acréscimo significativo no financiamento dos serviços substitutivos. Já o decréscimo de atendimentos entre 2019 e 2020 (Tabela 1) pode estar relacionado ao que trazem Dimenstein et al. (2021) sobre a grave fragilização institucional e crise política que o Brasil vem enfrentando desde 2016. Segundo os autores, tal crise vem repercutindo na forma de operacionalização do Ministério da Saúde, traduzindo-se em uma precarização da rede de serviços ofertados à população devido aos cortes dos gastos públicos, como por exemplo, o congelamento de vinte anos dos gastos com saúde e políticas sociais, bem como o rigor da política fiscal. Segundo os autores, há uma ameaça real que já vem aumentando as desigualdades entre a população, agravando quadros de vulnerabilidade. Sampaio e Bispo (2021) corroboram com Dimenstein et al. (2021) trazendo a mesma crítica ao período. Os autores explicitam alterações realizadas, que são contrárias à política da Reforma Psiquiátrica, tais como a inclusão de hospitais psiquiátricos como pontos da RAPS e aumento de repasse financeiro aos hospitais, entre outros.

No que se refere às internações por motivos psiquiátricos, percebeu-se, no decorrer de 1995 a 2020, que a região Sudeste apresentou o maior número de internações (3.483.344), seguida pela região Sul (1.711.981). Em terceiro lugar a região Nordeste (1.571.239), seguida pelas regiões Centro Oeste (573.836) e Norte (162.978) (DATASUS, 2021). Este dado foi confirmado por Rocha et al. (2021), que ressaltaram serem as regiões Sudeste e Norte as que possuem maior e menor número de internações por motivos psiquiátricos, respectivamente. Tais dados podem se relacionar ao fator populacional, pois a região Sudeste é a mais populosa, sendo a região Norte uma das duas regiões com menor população (IBGE, 2021). Outro indicador se refere às condições de vida na região Sudeste, que apresentam influências de problemas graves referentes à violência urbana, vulnerabilidades e desigualdades importantes (BRASIL, 2016).

Quando se comparou a quantidade de internações psiquiátricas e atendimentos em CAPS, antes e após a Lei da Reforma Psiquiátrica, evidenciou-se que, na região Norte houve um aumento de 44,23% entre 2001 e 2020 (média de 6.171,78 internações/ano) em relação à

média de internações psiquiátricas no período de 1995 a 2000 (4.677). O aumento de internações pode ter relação com a dificuldade de acesso aos serviços ofertados pelos CAPS, devido à grande extensão territorial. Conforme Brasil (2005), a distribuição dos CAPS nos territórios ainda retrata as desigualdades existentes entre as regiões brasileiras, a nível estrutural.

No que se refere aos atendimentos realizados a nível nacional, de 1995 a 2020, foram realizados, em média, 971.278,50/ano. De 2001 a 2020 foi realizada uma média anual de 16.314.649,30 atendimentos, significando um aumento total na média anual de atendimentos nas regiões brasileiras de 1.679,70% (DATASUS, 2021). Através da Pesquisa realizada, observou-se que, à medida que os CAPS foram sendo implementados no território brasileiro, as internações apresentaram queda. Contabilizando os dados de internação a nível nacional, estas apresentaram redução de 40,95% em relação ao período de 1995 a 2000, anterior à Reforma Psiquiátrica. A média total de internações anuais, referente às cinco regiões brasileiras, de 1995 a 2000 era de 420.666,16. Já a média total em relação ao período de 2001 a 2020 foi de 248.394,93.

Baseado no trabalho de cientistas da Fiocruz (2015), apesar dos inúmeros progressos que a sociedade obteve através da Reforma Psiquiátrica, existem dificuldades e desafios consideráveis em relação à implementação da Política, especialmente no que se refere à ampliação do acesso aos serviços de saúde mental. Isso se relaciona ao que traz Amarante (1996), quando afirma que para fechar o manicômio faz-se necessário abrir uma instituição. O autor traz o conceito de abertura, de forma concreta e também simbólica, ao problematizar sobre a necessidade de abertura de mais Centros e especialmente sobre as relações de poder envolvidas no processo. Os mesmos cientistas (Fiocruz, 2015) tratam sobre a importância de haver melhorias em termos de financiamento e da qualidade das informações produzidas pelos serviços, entre outras. Barbosa e Forster (2010) trazem a importância do uso da informação para o planejamento, de forma que a realidade seja retratada da forma mais fidedigna, sendo a informação confiável. Desta forma, as informações sobre o impacto das ações antimanicomiais podem ser mais claras e, assim, ganhar força para manter e ampliar as conquistas obtidas neste processo.

## CONCLUSÃO

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

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

Ao descrever e quantificar as internações por motivos psiquiátricos nas regiões brasileiras de 1995 a 2020, constatou-se que a região Sudeste apresentou o maior número de internações por motivos psiquiátricos, seguida pelas regiões Sul, Nordeste, Centro Oeste e Norte.

Portanto, ao verificar se a implementação dos CAPS, através da Reforma Psiquiátrica, produziu impacto em relação ao número de internações psiquiátricas hospitalares no Brasil, concluiu-se que houve um aumento de 1.679,70% em relação aos atendimentos realizados no período de 1995 a 2000. À medida que os CAPS foram sendo implementados, as internações apresentaram queda a nível nacional: 40,95% em relação ao período de 1995 a 2000. Desta

forma, concluiu-se que o número de internações psiquiátricas apresentou redução à medida em que os CAPS foram implementados no território brasileiro e, que a implementação dos Centros, através da oferta de múltiplos atendimentos e, inseridos em uma Rede de Atenção Psicossocial, produz impacto no número de internações psiquiátricas, garantindo o cuidado em meio aberto.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 35. p. 1-6. 2019.

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

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

BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro. v. 18, p. 424-433, 2010.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).

BRASIL. Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>.

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011a). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

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

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

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

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

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em:  
<http://tabnet.datasus.gov.br>.

DIMENSTEIN, M. et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1727-1738, 2021.

FIOCRUZ. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/DESINSTITUCIONALIZACAO-E-ATENCAO-COMUNITARIA-FIOCRUZ-GULBENKIAN.pdf>.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 10, supl. 2, p. s321-s330, 2010.

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

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

NETO, A. M. Desigualdades regionais no Brasil: características e tendências recentes. *Boletim regional, urbano e ambiental*, v. 9, p. 67-81, 2014.

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

PEREIRA, P. K. et al. Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2010. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 482-491, 2020.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

ROCHA, H. A. et al. Psychiatric hospitalizations by the Unified Health System in Brazil between 2000 and 2014. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p.1-11, 2021.



SAMPAIO, M. L.; BISPO, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, p.1-18, 2021.

SILVA, C. C. et al. Análise da taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre de 2002 a 2015. Revista Eletrônica Científica Da UERGS, v. 5, n. 2, p. 113-127, 2019.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist. cienc. Saúde-Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.