

Razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares: um indicador para a área de saúde mental*

Giovanni Francioni Kuhn¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2756-5226>

Roger dos Santos Rosa¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7315-1200>

Objetivo: construir um indicador de razão matemática entre os atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental no SUS. **Metodologia:** foi utilizada uma abordagem quantitativa dos dados secundários do DATASUS (SIH/SUS e SIA/SUS) de residentes na Região Metropolitana de Porto Alegre – RS no período 2015-2017. **Resultados:** obteve-se uma razão de 12,9 atendimentos ambulatoriais (0,2 a 1248,2/10 mil hab./ano) por hospitalização (4,9 a 77,1/10 mil hab./ano) em saúde mental para todos os residentes no território estudado e média de 17,1 (IC95% 10,5-23,7) considerando por município (amplitude de 0,0 a 82,3). A razão foi maior para o sexo feminino (14,4) em relação ao masculino (11,8) em 22%. Há uma distribuição bimodal com maiores razões entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares nas faixas etárias de 0-19 anos (20,0) e 45-59 anos (17,3). **Conclusão:** os dados do DATASUS evidenciaram grande disparidade nos resultados, mas podem contribuir para melhor organização e gestão da Rede de Atenção Psicossocial no SUS. Há necessidade de maior cuidado e vigilância perante a correção das informações fornecidas pelos municípios. Nesse sentido, a razão construída pode vir a representar um indicador de qualidade da informação.

Descritores: Saúde Mental; Sistema Único de Saúde; Qualidade dos Dados; Indicadores de Saúde.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares: um indicador para a área de saúde mental na região metropolitana de Porto Alegre", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Kuhn GF, Rosa RS. Ratio between outpatient and inpatient care: An indicator for mental health. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2023 Jul.-Sept.;19(3):17-27 [cited _____. Available from: _____].
<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.190175>

Ratio between outpatient and inpatient care: An indicator for mental health

Objective: to create a mathematical ratio indicator between outpatient and inpatient care in mental health in the SUS. **Methodology:** a quantitative approach of secondary data from DATASUS (SIH/SUS and SIA/SUS) of residents in the Metropolitan Region of Porto Alegre – RS in the 2015-2017 period was used. **Results:** there was a ratio of 12.9 outpatient visits (from 0.2 to 1,248.2/10,000 inhabitants/year) per hospitalization (from 4.9 to 77.1/10,000 inhabitants/year) in mental health for all residents in the territory studied and a mean of 17.1 (95% CI: 10.5-23.7) considering by municipality (range from 0.0 to 82.3). The ratio was higher for females (14.4) when compared to males (11.8) in 22%. There is a bimodal distribution with higher ratios between outpatient and inpatient care in the age groups of 0-19 (20.0) and 45-59 (17.3) years old. **Conclusion:** the DATASUS data showed significant disparity in results, but they can contribute to a better organization and management of the Psychosocial Care Network in the SUS. There is a need for greater care and surveillance when correcting the information provided by the municipalities. In this sense, the ratio that was created may come to represent an indicator of information quality.

Descriptors: Mental Health; Unified Health System; Data Accuracy; Health Status Indicators.

Razón entre atención ambulatoria y hospitalaria: un indicador para el área de salud mental

Objetivo: formular un indicador a partir de la razón matemática entre atención ambulatoria y hospitalaria en salud mental en el SUS. **Metodología:** se utilizó un enfoque cuantitativo para los datos secundarios del DATASUS (SIH/SUS y SIA/SUS) de residentes de la Región Metropolitana de Porto Alegre - RS en el período 2015-2017. **Resultados:** se obtuvo una razón de 12,9 atenciones ambulatorias (0,2 a 1248,2/10 mil habitantes/año) por hospitalización (4,9 a 77,1/10 mil habitantes/año) en salud mental para todos los residentes en el territorio estudiado y una media de 17,1 (IC 95% 10,5-23,7) por municipio (rango de 0,0 a 82,3). El valor de la razón fue 22% mayor para el sexo femenino (14,4) que para el masculino (11,8). Existe una distribución bimodal con valores mayores de razón entre atención ambulatoria y hospitalaria para las franjas etarias de 0-19 años (20,0) y de 45-59 años (17,3). **Conclusión:** los datos del DATASUS muestran una gran disparidad en los resultados, pero pueden contribuir a mejorar la organización y gestión de la Red de Atención Psicosocial en el SUS. Es necesario un mayor cuidado y vigilancia para corregir la información proporcionada por los municipios. Por lo tanto, la razón formulada, puede ser un indicador de la calidad de la información.

Descriptores: Salud Mental; Sistema Único de Salud; Exactitud de los Datos; Indicadores de Salud.

Introdução

As demandas de saúde mental têm aumentado consideravelmente em todo o mundo. Estima-se que globalmente mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão – houve um aumento de 18% de 2005 para 2015 – sendo 11,5 milhões no Brasil (5,8% da população). O suicídio é o segundo fator que mais mata os jovens (entre 15 e 29 anos), atingindo 800 mil mortes anuais no mundo, o que representa 1,4% de todas as mortes⁽¹⁾. Os transtornos mentais estão entre as seis principais cargas de doenças no mundo, sendo a terceira no Brasil. Já em relação à incapacidade, os transtornos mentais ocupam a segunda colocação globalmente desde os anos 1990, enquanto no Brasil chegaram ao primeiro lugar⁽²⁾. Dentre os dez problemas de saúde que mais causam deficiências, os transtornos de ansiedade e os depressivos ocupam, respectivamente, a terceira e a quarta posições no país. Em relação aos fatores de risco que provocam mortes e incapacidades (de forma combinada), o tabagismo e o álcool ocupam a primeira e a quinta posições⁽¹⁾.

Todavia, não é fato recente a sociedade deparar-se com os transtornos mentais e há muito tenta-se lidar com as pessoas que sofrem tais condições. Porém, a forma como os enfrentou – e ainda enfrenta – varia bastante, como o afastamento e o encarceramento, a medicalização, a reaproximação daqueles em sofrimento com a sociedade e o cuidado em liberdade. Na história, os ditos anormais, ou ainda, loucos, já foram tratados como problema particular das famílias, ficando trancafiados dentro de suas residências⁽³⁾. Muitos foram tidos como magos, prostitutas, alquimistas, andarilhos, vagabundos, marginais e incapazes para funções laborais⁽⁴⁻⁵⁾. As instituições de reclusão e a proliferação de medidas de repressão marcam a história da saúde mental no mundo e no Brasil. Aqui, durante o regime militar de 1964, observou-se um período prolongado de predomínio do enclausuramento em hospitais (grande parte privados), não só dos ditos loucos, mas de uma massa de trabalhadores do país, consolidando a privatização da assistência e o modelo asilar de tratamento⁽³⁾. Tal cenário só começou a mudar a partir do contexto internacional de luta contra a violência asilar e outras formas de desrespeito aos direitos humanos, o qual, somado ao movimento de resistência ao regime militar brasileiro e alavancado pelo movimento sanitário, impulsionou a reforma psiquiátrica no país.

Foi a partir desse contexto que na Constituição Federal de 1988 criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de algumas experiências que já vinham sendo colocadas em prática no país – como a dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na década de 1980 – surgiram leis estaduais em prol da reforma psiquiátrica, levando mais adiante

à promulgação da Lei nº 10.216/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país.

Ao longo dos mais de 30 anos de existência do SUS, um dos poucos sistemas de saúde no mundo que é público, universal e integral, pode-se destacar a implantação de várias políticas de cuidados em saúde, sendo uma delas a de saúde mental. A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, em 2011, teve o intuito de reafirmar a política de saúde mental no país, por meio da qual já se vinham implantando dispositivos substitutivos aos manicômios e hospitais psiquiátricos. Dessa forma, se propôs a seguir a linha da reforma psiquiátrica brasileira, com um olhar mais humanizado, com foco no cuidado territorial, comunitário e em liberdade⁽⁶⁾. Um dos objetivos da RAPS é integrar serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as oficinas de trabalho e geração de renda, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os ambulatórios de saúde mental e os hospitais gerais em uma rede de cuidados em torno de seus usuários⁽⁶⁾.

Desde a criação da RAPS, nota-se um incremento significativo na rede de serviços, principalmente especializada, na qual os CAPS somavam 2.462 unidades em todo o país no ano de 2017⁽⁷⁾. Os CAPS são os principais serviços da atenção secundária responsáveis pelo cuidado de base territorial, buscando evitar e diminuir as internações de saúde mental em hospitais⁽⁸⁾. O número de CAPS se elevou bastante desde 2011, principalmente nos municípios de médio e pequeno porte, com destaque para a interiorização desses serviços. O Nordeste é a região com a maior concentração de CAPS, enquanto o Centro-Oeste tem a mais baixa. Sudeste e Nordeste concentram o maior número de CAPS III, CAPSi, CAPS AD e AD III. Porém, se observa que os CAPS III não estão presentes em vários estados ainda, o que prejudica o processo de continuidade da reforma psiquiátrica, fragilizando a atenção psicossocial⁽⁹⁾.

Há um perfil de usuários bem variado em relação a RAPS como um todo, sendo diferente para cada tipo de serviço. Em relação aos CAPS da região Sul do Brasil, foi apontado que a maioria dos usuários era do sexo feminino (63,9%), com média de idade de 42 anos⁽¹⁰⁾. Todavia já há estudos demonstrando que nos CAPS do tipo I e nos CAPS AD a maioria dos usuários é do sexo masculino⁽¹¹⁻¹²⁾, enquanto nos CAPS II é feminina a maior presença⁽¹³⁻¹⁴⁾. Infelizmente os quesitos raça e cor têm tido pouca visibilidade nos estudos e pouca discussão também, apesar de ser um importante marcador de cunho social⁽¹⁵⁾.

Sobre o atendimento hospitalar na área de saúde mental, pesquisa recente mostrou que economicamente 70% dos usuários internados pertenciam à classe C e 40% não recebiam nenhum tipo de auxílio financeiro. Também demonstrou que mais de 50% dos usuários com primeira internação utilizaram o hospital como porta de entrada para o cuidado em saúde mental, o que foi estatisticamente significativo. Destacam-se as reinternações frequentes, que atingiam 36,5%, considerado um número inferior em comparação a outras publicações brasileiras⁽¹⁶⁾. Há de se ressaltar que, apesar de objetivar a não internação de usuários de saúde mental, o uso da internação em hospital geral é recomendado e deve ser utilizado quando necessário, conforme preconiza a Lei nº 10.216/2001⁽¹⁷⁾. Existem 263 hospitais cadastrados, com 1.163 leitos de saúde mental habilitados em todo o país⁽⁷⁾.

Tanto o cuidado ambulatorial como o hospitalar devem manter um diálogo constante para conseguirem trabalhar de forma coesa, seja para as situações de internações, seja para o cuidado nos CAPS, UBS, SRT, entre outros componentes da RAPS nos quais se dará o prosseguimento pós alta hospitalar. Estudar a relação existente entre esses componentes de atenção é importante para o acompanhamento de uma política de saúde mental que vise trabalhar e dialogar no cuidado em rede para seus usuários. E é com esse intuito que objetivamos construir um indicador de razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental para o SUS.

Metodologia

Realizou-se uma pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quantitativa. Foram analisados dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e subsidiariamente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que servem como registro da produção de atividades e atendimentos prestados nos serviços de saúde, além de elencar os estabelecimentos de saúde existentes. O território estudado abrangeu os municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre – RS (RMPA/RS) e o período foi de 2015 a 2017. Para a produção hospitalar, foram selecionadas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas e foi utilizado o filtro relativo aos códigos CID-10 do capítulo F como

diagnóstico principal de internação. Já para a produção ambulatorial foram selecionados os procedimentos aprovados referentes à atendimento/acompanhamento psicossocial, conforme códigos do grupo 03.01.08 do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). A partir dos dados coletados relativos aos residentes na RMPA/RS elaborou-se um indicador, obtido pelo cálculo da razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalizações em saúde mental realizados. A razão é o tipo de fração em que pelo menos parte dos elementos estudados do numerador não está contida no denominador⁽¹⁸⁾. Assim, o numerador não é subconjunto do denominador. Também foram calculados os coeficientes anuais por 10 mil habitantes para cada município componente da amostra, médias, desvios-padrão e intervalos de confiança (95%) para algumas razões. Para o cálculo do coeficiente populacional utilizou-se no numerador a média aritmética simples do período e no denominador a população projetada para o ano intermediário do período, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Os municípios que fizeram parte do estudo foram todos os 34 que correspondem a RMPA/RS, região geográfica de maior concentração populacional do estado do Rio Grande do Sul, com mais de 4 milhões de habitantes (37,7% da população total do estado). A RMPA/RS caracteriza-se por ter a quarta maior concentração urbana e econômica do Brasil⁽¹⁹⁾. A pesquisa orientou-se pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, não havendo a necessidade de submeter este estudo ao sistema CEP/CONEP por utilizarem-se dados secundários de domínio público.

Resultados

Foram identificados 413.129 atendimentos realizados ambulatorialmente nas redes de atenção psicossocial no SUS por residentes na Região Metropolitana de Porto Alegre-RS (RMPA/RS), no período de 2015 a 2017. Para o mesmo período, foram encontradas 31.941 internações hospitalares por transtornos mentais no SUS de residentes no mesmo território de acordo com os códigos analisados. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos atendimentos ambulatoriais e das hospitalizações relativos à saúde mental por município de residência da RMPA/RS, além da razão entre esses atendimentos e as internações como um todo.

Tabela 1 - Atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) por município de residência*. Região Metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil, 2015-2017

Município de residência	Atendimentos ambulatoriais (A)	Coefficiente anual por 10 mil habitantes	Internações hospitalares (B)	Coefficiente anual por 10 mil habitantes	Razão (A/B)
Alvorada	4962	79,8	607	9,8	8,2
Araricá	3	1,9	58	36,1	0,1
Arroio dos Ratos	1	0,2	86	20,1	0,0

(continua na próxima página...)

Município de residência	Atendimentos ambulatoriais (A)	Coefficiente anual por 10 mil habitantes	Internações hospitalares (B)	Coefficiente anual por 10 mil habitantes	Razão (A/B)
Cachoeirinha	4.241	111,6	346	9,1	12,3
Campo Bom	6.969	359,9	177	9,1	39,4
Canoas	71.977	700,2	875	8,5	82,3
Capela de Santana	2	0,6	119	34,9	0,0
Charqueadas	9.061	782,5	213	18,4	42,5
Dois Irmãos	180	19,7	186	20,3	1,0
Eldorado do Sul	8	0,7	88	7,7	0,1
Estância Velha	17.554	1248,2	431	30,6	40,7
Esteio	26.784	1061,4	1.031	40,9	26,0
Glorinha	3	1,3	28	12,3	0,1
Gravataí	2.605	31,7	570	6,9	4,6
Guaíba	9.632	323,7	298	10,0	32,3
Igrejinha	9.447	909,3	801	77,1	11,8
Ivoti	1.193	178,6	301	45,1	4,0
Montenegro	12.179	638,8	803	42,1	15,2
Nova Hartz	6	1,0	144	23,7	0,0
Nova Santa Rita	2.936	375,2	76	9,7	38,6
Novo Hamburgo	63.873	854,7	2.347	31,4	27,2
Parobé	6.168	367,8	403	24,0	15,3
Portão	27	2,6	370	35,9	0,1
Porto Alegre	97.802	220,1	15.952	35,9	6,1
Rolante	3.304	529,0	110	17,6	30,0
Santo Antônio da Patrulha	12.240	967,7	193	15,3	63,4
São Jerônimo	2114	298,0	178	25,1	11,9
São Leopoldo	20958	304,2	625	9,1	33,5
São Sebastião do Cai	1690	226,9	409	54,9	4,1
Sapiranga	2750	114,7	675	28,1	4,1
Sapucaia do Sul	13929	334,2	1.589	38,1	8,8
Taquara	5172	300,4	369	21,4	14,0
Triunfo	185	22,0	155	18,4	1,2
Viamão	3174	41,8	1.328	17,5	2,4
Total	413.129	322,0	31.941	24,9	12,9

*Elaborada a partir de dados brutos do Ministério da Saúde - DATASUS

Os coeficientes de atendimentos ambulatoriais variaram de 0,2 em Arroio dos Ratos a 1.248,2/10 mil hab./ano em Estância Velha, com média entre os municípios de 335,6 (IC95% 217,5-453,7) e desvio-padrão populacional de 351,5 (coeficiente de variação de 104,7%). Os coeficientes de internações hospitalares variaram de 6,9 em Gravataí a 77,1/10 mil hab./ano em Igrejinha com média entre os municípios de 24,2 (IC95% 19,7-30,1) e desvio-padrão de 15,5 (coeficiente de

variação de 62,2%). A razão entre todos os atendimentos ambulatoriais e todas as hospitalizações relacionadas a saúde mental da RMPA/RS foi de 12,9. Entretanto, essa mesma razão, como média entre os 34 municípios, devido aos diferentes pesos populacionais, resultou em 17,1 (IC95% 10,5-23,7). O desvio-padrão populacional foi de 19,7 (coeficiente de variação de 115,2%).

A Tabela 2 apresenta as razões em subpopulações específicas segundo faixa etária e sexo.

Tabela 2 - Razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalizações em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) segundo faixa etária e sexo, por município de residência*. Região Metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil, 2015-2017

Município de residência	0-19 anos	20-44 anos	45-59 anos	60-74 anos	75+ anos	Sexo		Total
						Masculino	Feminino	
Alvorada	12,2	6,7	9,4	8,6	3,5	8,6	7,6	8,1
Araricá	0,4	-	-	-	-	0,1	-	0

(continua na próxima página...)

Município de residência	0-19 anos	20-44 anos	45-59 anos	60-74 anos	75+ anos	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
Arroio dos Ratos	0,1	-	-	-	-	-	0	0
Cachoeirinha	5,4	8,9	17,6	24,4	21,3	7,9	17,1	12,2
Campo Bom	23,6	23,8	75,2	86,5	-	24,5	63,3	39,3
Canoas	68,4	71	121,4	104,3	18,6	56,9	130,8	82,3
Capela de Santana	-	-	0	-	-	0	-	0
Charqueadas	24,9	27,4	97,8	120,4	-	26,9	77,5	42,5
Dois Irmãos	4,6	0,7	0,6	1,3	2,5	0,7	1,4	0,9
Eldorado do Sul	0,1	0	0,2	-	-	0,1	0,1	0
Estância Velha	10	44	45,7	26,7	4,1	38,1	43,8	40,7
Esteio	3,1	18	52,1	27,6	9,1	25,1	27,3	25,9
Glorinha	0,3	0,1	-	-	-	0,2	-	0,1
Gravataí	12,9	3,7	3,3	4,7	1	5	4,1	4,5
Guaíba	15,4	27	53,7	32	6	21,8	47,7	32,3
Igrejinha	3,8	11,6	16,7	12,5	-	9,4	13,8	11,7
Ivoti	3,4	3,2	5,7	3,2	3,4	2,1	6,4	3,9
Montenegro	7,2	14	23,7	9,6	7,4	13,2	18,5	15,1
Nova Hartz	0,3	-	0	-	-	0,1	0	0
Nova Santa Rita	23,1	30,1	68	97,3	29	28,7	47,6	38,6
Novo Hamburgo	86,5	17,8	29,9	38,8	9,2	25,5	29,2	27,2
Parobé	10,2	12	21,6	33,5	8	10,9	18,6	15,3
Portão	0,1	0,1	0	-	-	0,1	0	0
Porto Alegre	17,1	4,4	7,2	5,5	0,8	7,5	4,4	6,1
Rolante	59,6	26,6	29,5	15	-	22,2	38,8	30
Santo Antônio da Patrulha	6	47,9	97,3	94,7	11	48,6	88,4	63,4
São Jerônimo	9,3	8,3	15,8	19	-	7,7	21,6	11,8
São Leopoldo	23,6	26	57,1	43,8	2,3	21,9	47,5	33,5
São Sebastião do Caí	8	3,2	5,7	1,8	1,2	3,2	5,2	4,1
Sapiranga	2,1	3,3	6,2	9	0,2	2,5	5,7	4
Sapucaia do Sul	2	8,8	11,1	9,4	3,3	7,2	10,7	8,7
Taquara	27,4	12,4	16,9	7,4	1,7	12,7	15,1	14
Triunfo	2,2	0,8	1,5	2	-	0,7	2,1	1,1
Viamão	2,4	1,7	4	3,2	1	2,4	2,3	2,3
TOTAL	20	9,8	17,3	14,4	4,1	11,8	14,4	12,9

*Elaborada a partir de dados brutos do Ministério da Saúde - DATASUS

Observa-se que a razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares como um todo para a RMPA/RS foi maior para o sexo feminino (14,4) em relação ao masculino (11,8) em 22%. Para homens, a razão variou de 0,0 em Arroio dos Ratos a 56,9 em Canoas, com média 13,4 (IC95% 8,6-18,3) e desvio-padrão populacional de 14,5 (coeficiente de variação de 107,8%). Para mulheres, variou de 0,0 em Araricá, Capela de Santana e Glorinha a 130,8 em Canoas, com média 25,7 (IC95% 15,5-35,9) e desvio-padrão populacional de 30,3 (coeficiente de variação de 117,9%).

Em relação à faixa etária, há uma distribuição bimodal com os picos da razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares nas faixas etárias de 0 a 19 anos, onde atinge 20,0, e de 45 a 59 anos, com valor muito semelhante de 17,3. A razão na faixa etária mais

idosa, de 75 anos e mais, é menor que a metade da razão da faixa etária de 20 a 44 anos.

Discussão

A grande heterogeneidade entre as razões chama a atenção, vez que se encontraram municípios com valor de 0,0 até 82,3 na mesma região metropolitana. Uma grande amplitude também foi encontrada em pesquisa que analisou, porém, apenas atendimentos ambulatoriais realizados nos CAPS de uma região de Minas Gerais, os quais variaram de 20 a 3.000 atendimentos mensais nos serviços analisados⁽²⁰⁾.

Acerca das razões situadas abaixo da média dos municípios (17,1), podem ser devidas a sub-registro de atividades pelos serviços componentes da RAPS.

O município de Viamão pode servir de exemplo, tendo em vista que possui uma rede que inclui 4 CAPS e 2 SRT, contudo apresentou valores muito pequenos quando comparados com municípios de porte semelhante. Acrescente-se que Viamão foi incluído na lista de devedores de informações do Ministério da Saúde, acarretando cortes de financiamento por não registrar sua produtividade⁽²¹⁾. Já em relação a Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul e que atingiu a razão de 6,1, além do fator já mencionado do possível sub-registro, também pode refletir a forma de acesso e permanência nos CAPS do município. Esse acesso, na capital, não é por livre demanda dos usuários em todos os CAPS, sendo necessário encaminhamento de algum outro serviço de saúde - algo que não ocorre com os CAPS de Canoas (que atingiu a razão de 82,3). O baixo valor da razão de Porto Alegre também pode ser devido a dificuldades de vinculação de usuários aos atendimentos realizados, e aos tipos de atividades disponibilizadas por estes serviços, principalmente atividades realizadas em grupo.

Em relação ao sexo, de forma geral, há uma maior procura na região metropolitana estudada como um todo de atendimentos ambulatoriais para o público feminino comparado ao masculino (razão de 14,4 ante 11,8), o que vai ao encontro de estudo encontrado na literatura⁽¹⁰⁾, em que são avaliados os CAPS da região Sul do Brasil. Aqui, porém, Porto Alegre não se encaixa no descrito anteriormente pois a maioria dos atendimentos ambulatoriais destinou-se ao público masculino. A situação pode estar relacionada à estrutura da RAPS, uma vez que a capital apresenta um número de CAPSad mais elevado que o de CAPS e, como o encontrado na literatura, a demanda específica para CAPSad é maior no público masculino⁽²²⁾. Para efeito de comparação, no município de Canoas, que apresenta um número de CAPSad menor do que o de CAPS (um CAPS III, dois CAPS II, um CAPSad III e um CAPSi), a presença feminina é maior.

Sobre a faixa etária de atendimentos, os valores apontam maior registro de atendimentos ambulatoriais em relação às internações para a faixa etária dos 0 aos 19 anos (razão 20,0), seguida dos 45 aos 59 anos (razão 17,3), dos 60 aos 74 anos (razão 14,4), dos 20 aos 44 anos (razão 9,87) e acima de 75 anos (razão 4,1). Importante ressaltar que não foram localizadas pesquisas para comparação direta com os dados encontrados. Todavia, os achados na literatura apontam diversidades de resultados, principalmente devido ao tipo de CAPS estudado. Sem diferenciar as modalidades de CAPS, pode-se encontrar uma média de idade de 42 anos para os CAPS da região Sul do Brasil⁽¹⁰⁾, e de 46 anos para CAPS no estado do Rio Grande do Sul⁽²³⁾. Entretanto, ao diferenciarem-se os tipos de CAPS, há predominância na faixa etária dos 40-59 anos de idade nos CAPS I⁽¹¹⁻¹²⁾, maior atendimento na faixa etária de 30-39 anos nos CAPS II⁽¹⁴⁾, enquanto para os CAPSi a média de idade atendida

foi de 9 anos⁽²⁴⁻²⁵⁾. Esses estudos, contudo, não abordam a razão matemática em relação às hospitalizações.

Acerca dos atendimentos ao público infanto-juvenil, destaca-se o alto valor (razão de 86,5) para o município de Novo Hamburgo. Esse número mais elevado pode estar atrelado à qualidade da RAPS para essa faixa etária no referido município. Nesse quesito, Porto Alegre apresentou um número mais elevado na faixa etária de 0 a 19 anos do que o das demais faixas etárias. O dado destaca-se ainda mais devido ao número baixo de CAPSi que a RAPS do município oferta, isto é, apenas três. Todavia, também pode indicar que os serviços existentes estão atendendo a uma demanda muito grande de usuários nessa faixa etária. Essa procura pode sobrecarregar os serviços e os trabalhadores, gerando filas de espera para atendimentos e uma demanda reprimida que poderá vir a buscar outras possibilidades de atendimento mais imediato, como as emergências, gerando um efeito cascata em toda a rede de atenção psicossocial. Em relação a esse aspecto, achado na literatura relata a falta de estrutura para atendimentos ao público infantil e juvenil na saúde mental do país, apontando que há um déficit de serviços muito grande, assim como uma falta de distribuição dos mesmos em todas as regiões do Brasil⁽²⁶⁾.

Destaca-se a razão de 120,4 que o município de Charqueadas atingiu na faixa etária de 60 a 74 anos, o mais elevado da RMPA/RS nesse intervalo. O município apresenta razões altas em todas as faixas etárias (quando comparadas aos demais municípios da Região Metropolitana), mas sobretudo nessa. É possível que tais resultados estejam atrelados a um bom atendimento ambulatorial de saúde mental, possivelmente tendo um acompanhamento mais próximo da população idosa do município. Se isso for comprovado, pode ainda estar associado a uma política de cofinanciamento realizada tanto pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), como pelo Ministério da Saúde para municípios que aderiram à Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), uma vez que o município possui três penitenciárias de grande porte.

Dentre os procedimentos ambulatoriais em saúde mental sem nenhum tipo de registro, citam-se as ações que envolvem serviços de média complexidade, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento de Adultos (UAA), Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), Comunidades Terapêuticas (CT). No caso das UAA e UAI, a ausência de registro pode se dever ao fato da não efetivação desses serviços na RMPA/RS, uma vez que não encontramos tais serviços cadastrados no DATASUS, assim como não há conhecimento de nenhum em funcionamento para o período analisado. Entretanto, SRT e CT compõem a RAPS

desde sua criação e não há dado algum registrado para atividades específicas destes serviços, como especificam os procedimentos do SIA/SUS “acompanhamento de paciente em saúde mental (residência terapêutica)” e “acompanhamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em serviço residencial de caráter transitório (comunidades terapêuticas)”. Há a necessidade de se investigar e compreender o motivo de inexistência desses dados, seja pela não realização destes procedimentos nos serviços ou pela ausência de registro por parte dos municípios.

Dentre outras ações que não registraram dado algum estão os atendimentos em psicoterapia em grupo, que podem estar sendo contabilizados como Oficinas Terapêuticas (do tipo I, ou do tipo II) e registradas como outro procedimento, equivocadamente, ou ainda, como Atendimento em Grupo não sendo registrado como uma atividade específica de psicoterapia.

Cabe destacar também as demais ações que não tiveram registro algum, principalmente as de articulação de rede, matriciamento e protagonismo dos usuários. Ao comparar com a literatura, o estudo que analisou as ações desenvolvidas em um CAPS de Minas Gerais para o ano de 2015⁽²⁷⁾ evidencia que os procedimentos envolvendo articulação de rede foram fomentados e realizados. Entretanto, os de fortalecimento do protagonismo de usuários de CAPS e seus familiares tiveram apenas uma ação desenvolvida. Exemplos de ações que remetem a esse procedimento são as assembleias de usuários e o fomento a participarem de espaços de controle e movimento social. Neste contexto, é importante frisar que a capacidade de trabalhar o protagonismo de usuários e familiares deve ser melhor investida, incentivando para que os mesmos sejam protagonistas de suas vidas e que a sociedade seja capaz de acolher as diferenças⁽²⁸⁾.

O acompanhamento de SRT por CAPS teve apenas um registro, em Porto Alegre, município que possui dois SRT credenciados. A ação em questão diz respeito ao suporte às equipes de SRT por parte dos CAPS, promovendo articulação entre as redes e visando promoção de autonomia. O baixo registro pode ser devido ao fato de a descrição desse procedimento não remeter a alguma atividade específica, o que poderia acabar induzindo ao registro desse tipo de ação em outros procedimentos. Seja pelo não suporte das equipes de CAPS aos SRT ou sub-registro, deve-se investigar melhor as ações realizadas nos SRT e como estão sendo ou não registradas.

Já as ações de redução de danos foram registradas 192 vezes no período de três anos analisado, sendo que 184 foram no município de Porto Alegre, 4 em Sapucaia do Sul, 2 em Canoas e 2 em Alvorada. Ações como essas são essencialmente realizadas por serviços que trabalham com usuários de álcool e outras drogas, como ferramentas que possibilitem diminuir o

dano e/ou o uso de substâncias psicoativas, buscando contribuir para uma reinserção social destes usuários. No período analisado, existiam equipes de redução de danos em alguns municípios do estado do Rio Grande do Sul, incentivados e financiados por política estadual da SES/RS⁽²⁹⁻³⁰⁾. Entretanto, não parece que as ações desenvolvidas por essas equipes tenham sido consolidadas nos dados do DATASUS. Registra-se que em 2019 a política de redução de danos foi extinta no nível nacional⁽³¹⁾, deixando a abstinência como a única possibilidade de tratamento para o uso abusivo de drogas na perspectiva do governo federal.

Quando se enfatiza a importância da realização dos registros adequadamente não é somente devido ao critério para o município receber o repasse financeiro do Ministério da Saúde, mas também para melhor monitoramento e avaliação de sua rede de saúde. O sub-registro afeta também a produção de pesquisas e o conhecimento da realidade. A literatura aponta que apenas 7,4% das teses e dissertações utilizam dados secundários e apenas cinco (dos 103 artigos avaliados) utilizam dados provenientes do DATASUS⁽³²⁾.

Compreender o motivo da má qualidade dos dados não era um dos objetivos iniciais deste trabalho, no entanto, a pesquisa também aponta seu olhar sobre a qualidade da informação disponível em saúde mental. Assim, as razões aqui apresentadas permitem levantar hipóteses de qual poderia ser um bom indicador de qualidade da informação. Ou seja, que o usuário do portal do DATASUS possa compreender, sem muita dificuldade, se o dado que consta lá é de certa qualidade ou não. Sugere-se que se analise tais aspectos município a município. Recomenda-se também, que se possa verificar como sanar essas dificuldades que acabam por não mostrar as realidades dos atendimentos nos serviços de saúde mental, principalmente da RAPS.

O Brasil tem uma trajetória de avanços nos cuidados às pessoas com sofrimentos e transtornos mentais que, infelizmente, tem sido posta em xeque nos últimos anos. Setores da sociedade têm se movimentado e colocado o manicômio e os hospitais psiquiátricos de volta na centralidade do cuidado dos usuários de saúde mental⁽³³⁻³⁴⁾. Isso sem mencionar as comunidades terapêuticas, que têm tido um aporte financeiro governamental muito forte, por meio da política de segurança e de combate às drogas⁽³⁵⁻³⁶⁾. No ano de 2019, ocorreram mudanças na política nacional antidrogas que acabaram por facilitar as internações involuntárias ao retirar critérios para internar pessoas contra a sua vontade - o que pode levar inúmeras pessoas a serem internadas sem terem de fato uma indicação para tal. Reitera-se que tanto a internação involuntária como a compulsória já existiam e eram tidas como um último recurso de tratamento para casos muito graves, levando em conta a avaliação de uma equipe multiprofissional em saúde mental. Essas mudanças na lei

antidrogas (Lei nº 11.343/06) também facilitam o envio de recursos financeiros, seja de pessoas ou empresas (podendo destinar até trinta por cento do imposto de renda), para as comunidades terapêuticas, contribuindo ainda mais com a manutenção de locais que têm histórico de tratamentos inadequados para os usuários^(33,36).

Todas as últimas mudanças governamentais propostas podem levar ao fortalecimento de uma lógica de cuidado em saúde mental que preconiza a internação, o enclausuramento, a retirada da pessoa do convívio em sociedade, ou seja, um retorno a um passado não muito distante, que ainda não se havia superado, mas que se buscava avançar. É necessário olhar para potenciais equívocos cometidos recentemente, como por exemplo, a não extinção total dos manicômios por parte de governos que prometeram rever a utilização dos mesmos, a inclusão e o fortalecimento das comunidades terapêuticas na RAPS e o enfraquecimento da saúde mental na atenção básica. Olhar para erros, avaliar e tentar pensar formas de superá-los são tarefas para a sociedade, mas para isso deve-se ter informações fidedignas e que subsidiem boas práticas existentes e futuras políticas a serem criadas. Serão políticas para tentar superar de vez a lógica manicomial e colocar na ordem do dia um cuidado em liberdade, respeitoso, com diálogo, centrado no sujeito, mas que também olhe para os trabalhadores - um cuidado que acredite que todas as vidas importam.

Conclusão

A criação do indicador apresentado, que se mostra de fácil cálculo e aplicabilidade, possibilita o monitoramento de dados relativos ao aumento ou diminuição das internações em saúde mental, relacionando-os com os atendimentos ambulatoriais. Ou seja, os dados não são monitorados separadamente e sim dentro de um contexto, que é a rede de saúde mental do município e seus serviços. Possibilita relacionar se o aumento de internações decorre da diminuição de serviços e atendimentos ambulatoriais, por exemplo. Assim como também permite à gestão estadual da secretaria da saúde, e até mesmo a gestão federal, monitorar os municípios e avaliar os mais díspares para realizar um apoio institucional mais preciso.

O indicador também nos permite monitorar e avaliar os dados em relação a subpopulações específicas. Os resultados por faixas etárias possibilitam enxergar situações que isoladamente seriam mais difíceis de serem percebidas, como os casos de Charqueadas, Novo Hamburgo e Porto Alegre. Ao analisar por sexo também é possível monitorar a rede de serviços, como no exemplo trazido em relação a Porto Alegre, com a disparidade de tipos de serviços e a forma de acessá-los.

Para qualquer indicador funcionar de forma efetiva, são necessários dados fidedignos. Para o nosso caso

não é diferente, o que simultaneamente se apresenta como um limitador. A qualidade dos dados foi o principal limitador desta pesquisa, somando-se ao fato de não termos previamente validado tal indicador de razão com dados primários antes de aplicá-lo.

Neste momento, devido à baixa qualidade dos dados, o indicador aponta mais para a própria qualidade dos mesmos do que como um possível monitor de qualidade da RAPS, configurando-se como um indicador da qualidade dos dados em saúde mental.

Entretanto, acreditamos que o cálculo da razão entre atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental pode vir a ser um item para compor os indicadores de saúde mental no âmbito do SUS, devido a sua importância política, e fácil aplicabilidade e interpretação.

Fica a sugestão de possíveis pesquisas a serem realizadas e que poderão contribuir para a continuidade desses estudos, como por exemplo, a busca por compreender como se dá o acesso aos CAPS em determinado território e se há interferência na qualidade dos dados, assim como uma ampliação que atinja todo o país.

Em um período de descrença nas pesquisas, de geração de *fake news* e de enfraquecimento das políticas públicas e sociais como um todo, é necessário reafirmar novamente que a educação e a sua disseminação são bases da transformação social. E que nelas há de se colocar as pautas da saúde mental, da liberdade, do adoecimento não como um tabu, ou como uma loucura, mas como uma produção social do sistema que vivemos, e que é necessário superar.

Referências

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Aug 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
2. Bonadiman CS, Passos VM, Mooney M, Naghavi M, Melo AP. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(Supl 1):191-204. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>
3. Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Costa NR, Tundis S, orgs. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 15-73.
4. Pinto AT, Ferreira AAL. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Rev Psicol Estud Maringá* [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 30];15(1):27-34. Available from: <https://www.scielo.br/j/pe/a/WxL3NDYNwqx4RnCc7sdvCMY/?lang=pt>

5. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. 136 p.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 3.088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS [Internet]. Diário Oficial da União, 30 dez. 2011 [cited 2019 Nov 23]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
7. Ministério da Saúde (BR). Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental [Internet]. Brasília: MS; 2017 [cited 2019 Nov 23]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 336/2002. Estabelece as modalidades de serviços dos CAPS e seus funcionamentos [Internet]. Diário Oficial da União, 21 fev. 2002 [cited 2019 Nov 23]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
9. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Rev Saúde Soc São Paulo*. 2017;26(1):155-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>
10. Kantorski PL, Jardim VR, Wetzel C, Olschowski A, Schneider JF, Heck RM, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Supl. 1):29-35. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800006>
11. Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):48-54. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100009>
12. Luz HH, Caetano CR. Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial (CAPS) de Rio do Sul/SC [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 23]. Available from: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Cristiana-Ropelatto-Caetano.pdf>
13. Cruz LS, Carmo DC, Sacramento DM, Almeida MS, Silveira HF, Ribeiro HL Junior. Perfil de Pacientes com Transtornos Mentais atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Candeias - Bahia. *Rev Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 20]; 20(2):93-8. Available from: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/24886>
14. Paula CT. Perfil Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Cidade de Recife. *CBSM* [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 25];2(4-5): 94-106. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68460>
15. Silva NG, Barros S, Azevedo FC, Batista LE, Policarpo VC. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde Soc São Paulo*. 2017;26(1):100-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017164968>
16. Zanardo GL, Silveira LH, Rocha CM, Rocha KB. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):460-74. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>.
17. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos (BR). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Diário Oficial da União, 9 de abr. 2001 [cited 2021 Aug 30]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
18. Rosa RS. Epidemiologia para a qualificação da gestão da tecnologia de informação. In: Dias MTG. *Qualificação da gestão por meio de uso das tecnologias da informação – Livro 1*. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2013. p. 37-57.
19. Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul [Homepage]. Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão; 2018 [cited 2019 Nov 23]. Available from: <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/regiao-metropolitana-de-porto-alegre-rmpa>
20. Silva SN, Lima MG. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais [Internet]. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):149-60. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100016>
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 3.659/2018. Suspende o repasse do recurso financeiro aos serviços da RAPS por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS [Internet]. Diário Oficial da União, 16 nov. 2018 [cited 2019 Nov 19]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n
22. Leite LS, Oliveira MA, Santos SJ. Perfil dos usuários dos centros de atenção psicossocial para álcool e outras drogas de porto alegre: um estudo preliminar. *Bol Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 23];25(1):121-31. Available from: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/2879/perfil-dos-usu%C3%A1rios-dos-centros-de-aten%C3%A7%C3%A3o-psicossocial-para-%C3%A1lcool-e-outras-drogas-de-porto-alegre:-um-estudo-preliminar>
23. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saúde*

- Pública. 2010;26(4):807-15. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400022>
24. Cunha MP, Borges LM, Bezerra CB. Infância e Saúde mental: perfil das crianças usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. *Mudanças Psicol Saúde*. 2017;25(1):27-35. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p27-35>
25. Delfini PS, Dombi-Barbosa C, Fonseca FL, Tavares CM, Reis AO. Perfil dos usuários de um centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. *Rev Bras Cresc Desenvolv Hum [Internet]*. 2009 [cited 2019 Nov 23];19(2):226-36. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200004
26. Garcia GY, Santos DN, Machado DB. Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(12):261-7. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00053515>
27. Silva TA, Paula JD Júnior, Araújo RC. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2018;21(2):346-63. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>
28. Costa DF, Paulon SM. Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde Debate [Internet]*. 2012 [cited 2019 Nov 23];36(95):572-82. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qCDJt4SkL9wfbvppqPs8LH/?lang=pt#>
29. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Portaria nº 503/2014. Institui a Política de Redução de danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/AIDS e redefine as Composições de Redução de Danos [Internet]. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul*, 02 jul. 2014 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <https://atencaoBasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141104105615portaria-n-503-2014-legislacao-estadual.pdf>
30. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Resolução nº 234/2014. Institui recurso financeiro Estadual para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, nas modalidades Intersetorial e de Equipe [Internet]. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul*, 24 out. 2014 [cited 2019 Nov 23]. Available from: <https://atencaoBasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141104105645rs-resolucao-234-14-composicoes-reducao-de-danos.pdf>
31. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos (BR). Decreto nº 9.761/2019. Aprova nova Política sobre drogas [Internet]. *Diário Oficial da União*, 11 abr. 2019 [cited 2019 Nov 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm
32. Dantas CR, Oda AM. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2014;24(4):1127-79. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400008>
33. Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios [Internet]. Belo Horizonte: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais; 2018 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <http://ces.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/cartilha-conselho-estadual-saude-3.pdf>
34. Delgado G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Rev Trab Educ Saúde*. 2019;17(2):002124. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
35. Portal Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Retrocessos na saúde mental [Internet]. 30 Set 2018 [cited 2019 Nov 23]. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/retrocessos-na-saude-mental>
36. Bolzan LM, Hoff LR. Política de drogas e direitos humanos: avanços e desafios para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. *CBSM [Internet]*. 2018 [cited 2019 Nov 25];10(25):96-117. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69631>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Giovanni Francioni Kuhn, Roger dos Santos Rosa. **Obtenção de dados:** Giovanni Francioni Kuhn, Roger dos Santos Rosa. **Análise e interpretação dos dados:** Giovanni Francioni Kuhn, Roger dos Santos Rosa. **Análise estatística:** Giovanni Francioni Kuhn, Roger dos Santos Rosa. **Redação do manuscrito:** Giovanni Francioni Kuhn, Roger dos Santos Rosa. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Giovanni Francioni Kuhn, Roger dos Santos Rosa.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 30.08.2021

Aceito: 31.03.2022

Autor correspondente:

Giovanni Francioni Kuhn

E-mail: giovannikuhn@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2756-5226>

Copyright © 2023 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.