

ARTIGO

Desafios na Organização Regional das Políticas de Saúde Mental no Brasil pós- pandemia

Challenges in the Regional Organization of Mental Health Policies in Brazil post-pandemic

Marcelo Kimati Dias^I, Luciana Tolêdo^{II}, Luciana Vieira^{III}

Resumo

A gestão de redes regionais de atenção constitui um desafio no campo da saúde mental, em decorrência da organização da política de atenção a partir da lógica municipal. O presente estudo buscou, por meio de entrevistas com gestores estaduais, identificar gargalos e desafios assistenciais enfrentados na implantação e gestão de redes regionais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas até que se obtivesse saturação dos dados, o que ocorreu após doze gestores estaduais terem sido entrevistados, o conteúdo transcrito e ter seu conteúdo analisado. Foram identificados três desafios principais: cuidado voltado aos transtornos de espectro autista, garantia regional de cuidado integral e disponibilidade de recursos humanos. O método de saturação identificou como gargalos a ausência de modelo de atenção intermunicipal, insuficiência dos recursos de saúde mental na atenção primária e impossibilidade de implantação de serviços especializados em municípios com menos de quinze mil habitantes e dificuldades de gestão com comunidades terapêuticas. Identificamos os gargalos como impasses da política de saúde mental que se aprofundaram após a pandemia de covid-19.

Palavras-chave: Saúde Mental, redes de cuidado saúde, reforma psiquiátrica.

Abstract

The management of regional care networks constitutes an ongoing challenge in the field of mental health, due to the organization of care policies being structured primarily according to a municipal logic. The present study sought to identify bottlenecks and care-related challenges encountered in the implementation and management of regional networks, through interviews conducted with state-level managers. Semi-structured interviews were carried out until data saturation was reached, which occurred after 12 state managers had been interviewed. The content was transcribed and analyzed. Three main challenges were identified: care directed at autism spectrum disorders; the regional guarantee of comprehensive care; and the availability of human resources. The saturation method highlighted as bottlenecks: the absence of an intermunicipal care model; the insufficiency of mental health resources within primary care; the unfeasibility of establishing specialized services in municipalities with fewer than 15,000 inhabitants; and management difficulties related to

^I Marcelo Kimati Dias (mdkimati@gmail.com) – médico psiquiatra e professor de Saúde Coletiva da UFPR, já atuou como diretor de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, coordenador do Programa de Saúde Mental e Trabalho da Fundacentro e consultor do CONASS. Atualmente é diretor do Departamento de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (DESMAD).

^{II} Luciana Tolêdo Lopes (luciana@conass.org.br) é fisioterapeuta, mestre em gestão, trabalho e educação em saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; especialista em Direito Sanitário pelo Programa de Direito Sanitário da Escola Fiocruz. assessora técnica CONASS vinculada ao Núcleo de Atenção à Saúde.

^{III} Luciana Vieira (luciana.vieira@conass.org.br) é fisioterapeuta com Mestrado e Doutorado pela Universidade de Brasília (UnB) e período sanduíche na University of Toronto (UoT). Tem MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias e é assessora técnica CONASS.

therapeutic communities. These bottlenecks were identified as critical impasses within mental health policy, which have been exacerbated in the aftermath of the COVID-19 pandemic.

Keywords: Mental Health, health care networks, psychiatric reform

Introdução

O cenário assistencial em saúde mental no país no período pós-pandemia envolve novos desafios, abrangendo mudanças no cenário epidemiológico e novas demandas assistenciais. Por um lado, ao longo dos últimos dez anos, novos fenômenos relacionados à saúde mental ganharam ênfase, como o maior número de crianças e adolescentes diagnosticados como autistas, déficit de atenção e hiperatividade^{1,2}, uma ampliação do número de usuários de psicotrópicos³, de violências nas escolas, do sofrimento mental associado a formas de precarização de trabalho⁴. Ao longo dos últimos dez anos, ainda, apresentou-se um aumento global das taxas de suicídio⁵, em especial junto a populações vulnerabilizadas, como povos de etnia indígena e jovens negros. Eventos de ordem econômica e social têm grande interface com questões ligadas à saúde mental, como acréscimo da população em situação de rua, precarização do trabalho, reforma da previdência⁶, criando novas demandas assistenciais.

O conjunto descrito se soma a dificuldades históricas na organização da rede de atenção. Entre elas, é importante ressaltar 1) a dificuldade de organização regional do cuidado, no âmbito da assistência em saúde mental nos estados; 2) o dimensionamento populacional dos serviços de saúde mental, que não prevê existência de serviços de saúde mental em municípios com menos de quinze mil habitantes; 3) dificuldades de definição do papel das chamadas comunidades terapêuticas no campo assistencial, financiadas pelo poder público.

No campo da organização regional do cuidado em saúde mental, os processos de regionalização são orientados pelos princípios de descentralização e regionalização, impressos na Lei nº 8080 de 1990⁷, a qual estabelece responsabilidades interfederativas, dando origem a modelos de arranjos regionais. Essa organização consolida uma interdependência entre governos municipais, estaduais e federais, com objetivo de garantia de integralidade na assistência à saúde. Dessa forma, os estados da federação estabelecem regionalizações que garantam assistência integral à saúde, num processo que envolve diferentes campos, incluindo a saúde mental. Num âmbito histórico, a articulação Inter federativa, envolvendo a descentralização e regionalização no SUS, se evidenciam da Portaria nº 399 no ano de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, o qual consolida as diretrizes para gestão do SUS dentro do Pacto de Gestão⁸.

No contexto da regionalização, Viana e Iozzi⁹ identificam escassas experiências que configuram arranjos regionais, reflexo das dificuldades na composição de ações setoriais e intersetoriais, resultado de uma conjuntura política, institucional e econômica que dificulta o processo de regionalização e descentralização. Ainda que existam particularidades regionais no campo da saúde mental, o funcionamento da rede reflete um modelo assistencial formulado pelo Ministério da Saúde.

Outro impasse presente na política de saúde mental inclui a existência, financiamento e inclusão formal na rede das chamadas comunidades terapêuticas, dispositivos cujas práticas destoam do modelo de atenção preconizado pela política nacional de saúde mental. Ao longo dos últimos oito anos houve uma expansão dos investimentos de recursos públicos para contratação de leitos de comunidades terapêuticas, de diferentes fontes e origens. Essa diversidade implica descontrole do montante de recursos destinados a esses serviços. A dificuldade em categorizar esse modelo de atenção como dispositivo de abrigamento, serviço social ou de saúde traz impasses na regulamentação e fiscalização, o que tem como desdobramento o grande número de denúncias de maus tratos e violações de direitos humanos nestes serviços^{10,11}. Da mesma forma, a baixa articulação das comunidades terapêuticas com o restante dos serviços da rede de atenção em saúde mental inviabiliza a definição de seu papel na garantia de cuidado integral¹².

O impacto desse cenário junto aos gestores estaduais aponta para a necessidade de formulação de estratégias locais e desenvolvimento de tecnologias de intervenção. Simon e Batista¹³ apontam entre as funções das coordenações estaduais junto a Saúde mental: implantação de instâncias de gestão regional em saúde; regulamentação da gestão do sistema e serviços nas regiões de saúde; promoção da pactuação e formalização de compromissos entre entes governamentais em âmbito regional; fortalecimento da capacidade institucional dos municípios e outros órgãos de gestão descentralizada do SUS em âmbito regional.

Da mesma forma, a gestão estadual teria, no arranjo Interfederativo, a função de desenvolvimento de instrumentos legais e normativos de pactuação e formalização de compromissos em saúde mental; mecanismos e instrumentos utilizados para o fortalecimento dos municípios (visitas, supervisões, treinamentos).

Esse contexto de necessidade de análise dos gargalos identificados nas gestões estaduais e formulação de modelo de atenção regional deu origem a um projeto de identificação, análise e formulações de propostas a partir do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Essa entidade iniciou, em 2024, um processo de 1) identificação dos principais desafios no campo da atenção em saúde mental; 2) análise do funcionamento de redes regionais com desenvolvimento de indicadores e modelagem de atenção regional da rede de saúde mental e; 3) desenvolvimento de manual de boas práticas assistenciais e de gestão estadual em saúde mental.

Os achados deste artigo correspondem aos dados obtidos a partir de um conjunto de entrevistas realizadas junto a coordenadores e referências técnicas estaduais em saúde mental. As entrevistas tinham como objetivo identificar os principais gargalos e desafios no campo da gestão pública estadual, quais as estratégias que vêm sendo desenvolvidas pelos gestores e quais os impasses para expansão de acesso e cuidado integral.

Metodologia

Trata-se de um estudo de característica qualitativa, com entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente, de forma não presencial, mas síncrona, utilizando plataforma Meet, de fácil acesso para gestores públicos em todo o país. A equipe técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) criou um formulário digital contendo uma planilha de contatos de coordenadores estaduais de saúde mental a serem entrevistados. Foi organizado um encontro virtual, para o qual todos os gestores estaduais foram convidados a participar, tendo sido apresentada uma proposta preliminar e realizado o convite para participação no estudo. O roteiro da entrevista semiestruturada envolvia: 1) relatos sobre a organização da gestão junto à secretaria e intersetorialidade, estratégias de gestão, formas de cofinanciamento estadual, existência de modelo de atenção regional; 2) gargalos assistenciais; 3) experiências inovadoras.

O conteúdo das gravações foi transcrito com seu conteúdo analisado, posteriormente comparado a um resumo produzido com auxílio de IA, por meio do programa IramutecR. Foi utilizado o método de saturação para definir o limite da amostragem. O método tem, como base, que a partir de um determinado ponto a coleta de novos dados não acrescenta mais informações relevantes para a construção teórica da pesquisa. Nesse ponto é identificado um padrão de repetição de informações e, a partir daí, os dados coletados são suficientes para responder às questões de pesquisa e construir uma compreensão sobre o fenômeno em estudo.

A identificação da saturação a partir da análise de conteúdo se deu considerando-se o seguinte: 1) Repetição de categorias: quando novas categorias deixam de surgir e as existentes se repetem com frequência. 2) Estabilidade dos dados: quando os dados coletados começam a apresentar um padrão e não há mais surpresas¹⁴. A coleta e a análise dos dados seguiram a seguinte ordem: a) Codificação: organizar os dados em categorias e subcategorias, buscando identificar padrões e temas. b) Análise: interpretar os dados codificados, buscando construir uma teoria que explique o fenômeno em estudo. c) Validação: comparar os resultados com

a literatura existente e com outros estudos semelhantes. d) Saturação: verificar se os dados coletados são suficientes para responder às questões de pesquisa e construir uma teoria sólida.

Resultados

Todos os gestores convidados para participação no estudo aceitaram. Entretanto, após doze entrevistas identificou-se saturação de dados e a coleta foi interrompida. As entrevistas tiveram em média 90 minutos de duração e, segundo a metodologia, foram transcritas para análise posterior. Regionalmente, as doze entrevistas realizadas se dividiram da seguinte forma: duas foram realizadas com gestores da região Sudeste; três da região Norte; duas da região Sul; três da região Nordeste e duas da região Centro Oeste.

O primeiro bloco de dados coletados se refere às características gerais da gestão em saúde mental dos estados. Em referência à organização regional do planejamento de gestão, todos os planos estaduais descritos envolviam a divisão do território em microrregiões, nas quais eram aplicados nos municípios as referências populacionais das portarias do Governo Federal. No estado da Paraíba, por exemplo, o planejamento envolvia a delimitação das microrregiões, a descrição dos municípios na área circunscrita e a aplicabilidade de implantação de serviços com base na população municipal.

Em sua maioria, os estados não desenvolviam planos regionais que envolvessem um conjunto de serviços de cobertura intermunicipal. O detalhamento e alcance dos planos regionais variou muito com referência às entrevistas, partindo da avaliação populacional e aplicabilidade de abertura de serviços até o planejamento de organização administrativa, fluxos de usuários do sistema, com formas de regulação regional.

Identificou-se que coordenações ou referências técnicas dos estados não desempenham papel administrativo ou financeiro. Quase a totalidade dos entrevistados não acessava dados do planejamento orçamentário, referente a valores de cofinanciamento estadual, gastos com educação permanente ou fontes de investimento na rede de saúde. Nos estados que disponibilizavam formas de cofinanciamento estadual, identificou-se grande heterogeneidade quanto ao objeto; podendo estar focado em alguns serviços específicos (como CAPS de referência regional e funcionamento 24 horas), para programas estaduais com organização de redes regionais (unidades de acolhimento para crianças e adolescentes, como no Paraná). A totalidade dos gestores entrevistados mantinha comunicação regular com coordenações de saúde mental municipais ou referências regionais.

Desafios gerais no campo da saúde mental

Os entrevistados apontaram três desafios gerais, que os gestores compreendem como problemas emergentes nos últimos anos e presentes no cotidiano da gestão. Esses se distinguem de dois gargalos principais que serão descritos mais adiante e que foram identificados a partir da análise de conteúdo por saturação.

a) regionalização do cuidado - os coordenadores e referências técnicas em saúde mental apontam dificuldades na integração de princípios de territorialidade como eixo conceitual de cuidado em saúde mental e as heterogeneidades regionais. Os desafios na regionalização do cuidado foram sistematizados em três pontos: a) *desigualdades regionais*: todos os estados apresentam desigualdades no acesso aos serviços de saúde mental, com as regiões mais distantes dos centros urbanos sendo as mais prejudicadas. Da mesma forma, municípios de menor porte, especialmente aqueles com população inferior à mínima para abertura de centros de atenção psicossocial. b) *dificuldades de articulação*: falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo e entre os diversos serviços de saúde foi apontado frequentemente como um grande desafio. Essa desarticulação se dá em diferentes níveis; no âmbito dos próprios estados,

situações de disputa política entre prefeituras e governo do estado; junto ao governo federal e nas próprias regionais de saúde. c) *demandas de qualificação*: os entrevistados apontaram que processos de educação permanente dos profissionais de saúde mental são fundamentais para garantir a qualidade de serviços - alguns estados apresentam programas robustos de qualificação em saúde mental nos serviços, como é o caso do Paraná. Entretanto, boa parte dos estados apresenta importante dependência de atuação do governo federal, em especial na região Norte. Uma demanda de qualificação bastante presente é a retomada de supervisão clínico institucional nos serviços de saúde mental.

b) recursos humanos - a totalidade dos gestores da região norte e a quase totalidade dos gestores da região nordeste apontou para a falta de profissionais qualificados e dispostos a atuar na rede pública, principalmente no interior dos estados e em especial psiquiatras. A concentração populacional nas capitais e as grandes distâncias entre os municípios, assim como sua grande extensão geográfica aparecem como grande desafio para a alocação de profissionais nos serviços. Estados no Sul e Sudeste apresentam maior disponibilidade de trabalhadores de saúde mental, mas apontam a preferência de médicos psiquiatras em permanecer exclusivamente na rede privada. Boa parte dos CAPS apresenta equipes incompletas. Outra observação é que a modalidade de contratação dos trabalhadores, frequentemente terceirizados, apresenta baixa vinculação com os serviços, permanecendo pouco tempo e, com isso, prejudicando a vinculação com os usuários.

c) Assistência a portadores de transtornos do espectro autista - foi apontada a existência de pressão para implantação de serviços específicos para portadores de transtornos do espectro autista, com frequente crítica à inadequação do modelo dos centros de atenção psicossocial na abordagem desta população. A quase totalidade dos gestores relata desenvolver programas de identificação de portadores desses transtornos, por meio de carteiras de identificação. Alguns estados planejam o desenvolvimento de serviços específicos para essa população. Esse é o caso de São Paulo, que está em fase de estudo de custeio de uma rede exclusivamente voltada para portadores de transtorno do espectro autista.

Principais Gargalos

Estão descritos a seguir os principais gargalos identificados pelos gestores entrevistados. Esses se diferenciam dos chamados desafios já descritos por terem ocupado uma ampla descrição durante as entrevistas, identificados na análise de conteúdo como os mais frequentes, com descrição mais detalhada e com diversos desdobramentos.

1 - Atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte, ações de saúde mental na atenção primária e dificuldades de acesso à saúde mental

As entrevistas mostraram uma forte associação entre esses fenômenos. Segundo os entrevistados, a legislação de saúde mental não oferece a possibilidade de abertura de serviços especializados em municípios com menos de quinze mil habitantes, o que, somado à insuficiência de ofertas assistenciais na atenção primária, culminam numa dificuldade de acesso ao cuidado. De acordo com os entrevistados, as dificuldades envolvem falta de recursos, uma vez que municípios menores geralmente possuem maior dificuldade de custear a assistência em saúde mental, limitando a oferta de serviços e a contratação de profissionais especializados. Da mesma forma, serviços de referência intermunicipal, especialmente entre municípios de pequeno porte, apresentam dificuldades de acesso em decorrência da distância geográfica, da falta de transporte adequado e da inexistência de modelo de atenção intermunicipal em saúde mental. Municípios de pequeno porte apresentam também falta

de profissionais especializados, não existindo políticas de vinculação de profissionais a municípios de pequeno porte. Essa afirmação foi mais frequente nos estados da região Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

Ainda conforme os entrevistados, o modelo de atenção à saúde mental na atenção primária, pautado na atuação de profissionais das E-multis, que seria a referência de atenção, é insuficiente diante do aumento de demandas assistenciais, como transtorno do espectro autista, transtornos relacionados com apostas, saúde mental nas escolas e transtornos mentais associados ao trabalho.

2 - Comunidades Terapêuticas (CTs)

As comunidades terapêuticas que tiveram seu financiamento estendido ao longo dos últimos oito anos, tendo aumentado sua participação no campo assistencial, possuem um modelo de atuação divergente dos princípios de funcionamento da rede de saúde mental. Segundo os entrevistados, as principais dificuldades de gestão relacionadas às CTs são: a) falta de regulamentação: maioria dos textos aponta para a ausência de uma regulamentação clara e efetiva para as CTs, o que leva a uma grande variedade na qualidade dos serviços oferecidos e à dificuldade de fiscalização. A impossibilidade de fiscalização, por sua vez, traz também a ausência de parâmetros de classificação dessas instituições, tanto em relação à sua capacidade assistencial quanto em relação à violação ou não de direitos humanos. b) concorrência com a rede pública: As CTs são frequentemente vistas como concorrentes da rede pública de saúde mental, disputando recursos públicos, modelo assistencial e usuários da rede. Uma característica das comunidades terapêuticas que as coloca em oposição ao restante da rede territorial é o fato de não haver parâmetros populacionais, mas haver, por parte das próprias instituições, grande flexibilidade na definição do perfil do usuário. Dessa forma, as comunidades terapêuticas são compatíveis com usuários de álcool e drogas em período de abstinência, intoxicação, em situações de prevenção à recaída. Os coordenadores estaduais descreveram ainda muitas situações de institucionalização de pessoas em situação de rua, e de pessoas com transtorno do espectro autista. Ainda assim, a maior parte dos gestores entrevistados aponta questionamentos sobre a efetividade das CTs no tratamento de pessoas com transtornos mentais e dependência química, com poucas evidências científicas que comprovem sua superioridade em relação a outros modelos de cuidado. Os coordenadores de saúde mental apresentam visão fortemente crítica às CTs. c) Processos de Judicialização: A judicialização da internação em CTs aparece, como problema de gestão, de forma recorrente, com muitas dessas instituições sendo utilizadas como alternativa à internação hospitalar, mesmo sem a devida indicação clínica.

Discussão

Regionalização, municípios pequenos e saúde mental na atenção primária - O movimento da reforma psiquiátrica, que se desenvolveu nos anos 1980 e 1990 como uma proposta para processos de desinstitucionalização, a partir de 2001 se constitui como um projeto de atenção integral associada ao sistema único de saúde¹⁵. A portaria do Ministério da Saúde 10.216, publicada em 2002 e que redirecionava o modelo assistencial, caracterizava os serviços de saúde mental no território, criava referências para o desenvolvimento do trabalho de forma convergente ao modelo institucional e criava formas de financiamento dos serviços pelo governo federal. A partir da organização desse modelo, as novas demandas que surgiram posteriormente deram origem a 1) desenvolvimento de tecnologias leves de cuidado e de organização do sistema; ou 2) criação de novos dispositivos de atenção.

Entre as demandas que surgiram posteriormente à publicação da primeira portaria dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estão o aumento do número de usuários de cocaína/crack no país, surgimento de grandes

áreas públicas de uso de drogas, aumento das demandas referentes à saúde mental junto à atenção primária à saúde e aumento das demandas à saúde mental entre pessoas em situação de rua, entre várias outras. As tecnologias leves desenvolvidas no sentido de dar funcionalidade mais ampla aos serviços de saúde mental envolveram o desenvolvimento do conceito de atenção à crise, as ações de apoio matricial à atenção primária, práticas como acolhimento, visita domiciliar e serviços “porta aberta”¹⁶. Várias tecnologias como supervisão clínico institucional e apoio matricial foram formuladas nesse contexto e período, sendo muitas delas incorporadas às políticas de humanização do SUS posteriormente. Da mesma forma, novos dispositivos surgiram no âmbito da necessidade de expansão do campo e das práticas assistenciais em saúde mental. Como exemplo, podem ser citadas: projetos de consultórios de rua, Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas de funcionamento 24 horas e unidades de acolhimento, núcleo de apoio à saúde da família (NASF).

A partir de 2016 houve um arrefecimento nesse processo de expansão de tecnologias e diversificação de estratégias institucionais de intervenção. A isso se somou, especialmente a partir de 2017, como reflexo da lei de terceirizações e da reforma trabalhista, amplo processo de precarização de vínculos de trabalho em nível nacional¹⁷. Parte dos gestores entrevistados apontou a precarização como resposta à diminuição proporcional do valor do custeio dos serviços e estratégias de saúde mental. O período de 2016 a 2023 envolveu a diminuição proporcional do custeio por meio da interrupção das reposições inflacionárias deste período. Com a pandemia de covid-19, diferentes fenômenos associados à saúde mental, mas sem respostas específicas e claras da política, se expandiram em relação ao impacto epidemiológico, impacto junto à mídia, além do surgimento de novas condições, como violência e massacre nas escolas, expansão do diagnóstico de transtornos do espectro autista e dependência em jogos eletrônicos. As mudanças no mundo do trabalho, com surgimento de novas modalidades de vínculo e novas atividades, como trabalhadores plataformizados, implicaram nova relação entre sofrimento mental e trabalho, entre várias outras transformações da sociedade brasileira no período.

Entre 2017 e dezembro de 2022, a Associação Brasileira de Psiquiatria passou a indicar as coordenações de saúde mental no âmbito federal. O conjunto de críticas que as corporações médicas apresentavam em relação ao modelo de atenção pautado no movimento da reforma psiquiátrica se retratou no congelamento dos valores de custeio dos serviços de saúde mental e na tentativa de revogação da legislação então vigente. Da mesma forma, houve naquele período grande aporte de financiamento público a comunidades terapêuticas, que passaram a ser geridas numa secretaria criada no Ministério da Família e Direitos Humanos, sendo o secretário também indicado pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Aquele foi um período considerado de estagnação e poucos avanços no campo da saúde mental, que foi descrito como uma contra-reforma psiquiátrica¹⁸.

A partir do início de 2023, as mudanças de ordem política permitiram que fossem retomadas as adequações de custeio dos serviços de saúde mental. O processo, no entanto, não observa algumas lacunas do conjunto de ações do campo no Sistema Único de Saúde que atravessam décadas e se tornaram evidentes no período pós-pandemia. A análise das entrevistas é bastante emblemática nesse sentido, na medida em que aponta no cotidiano da gestão o impacto de a política não formular modelos que superem tais lacunas.

A inexistência de modelo que garanta acesso universal à rede de saúde mental em municípios de pequeno porte, a insuficiência do dimensionamento previsto no E-saúde para as demandas em saúde mental na atenção primária e a inexistência de modelo de atuação de rede intermunicipal são exemplos de situações identificadas pelos gestores e que retratam a necessidade da diversificação de soluções para novas demandas assistenciais. Um ponto levantado por um entrevistado é que, na medida em que municípios de grande porte apresentam mais incentivos de implantação e maior viabilidade financeira de expansão da rede, passa a existir a tendência de concentração das ofertas de saúde mental em poucos municípios de referência regional. Essa tendência tem como desdobramento serviços de características comunitárias atuarem com referencial biomédico, aproximando

suas práticas daquelas conhecidas como ambulatoriais. Isso ocorre por haver pouca possibilidade de atuação comunitária, flexibilização das práticas em decorrência das características populacionais e desenvolvimento de vínculos entre equipe e usuários.

Nesse sentido, diferentes autores abordaram o tema de organização regional do cuidado em saúde mental e desassistência. Macedo (2017)¹⁹ identificou situações regionais de vazios assistenciais, associados a situações de desigualdade das condições socioeconômicas no âmbito de grande diversidade regional. Esse cenário implica dificuldades variáveis de acesso e, conseqüentemente, dificuldade resolutive da rede, sendo que o cenário se torna mais complexo por formas diferentes de financiamento regional e dificuldade de colaboração entre os municípios. Gama et al (2020)²⁰ ainda apontam para a necessidade do aperfeiçoamento das relações intermunicipais, com a construção de acordos entre os entes governamentais para superação de disputas por recursos.

Ainda que o processo de regionalização observado junto aos gestores municipais obedeça aos princípios consolidados desde 2006, identificamos grande heterogeneidade em relação aos entrevistados. Alguns dos estados adotam o modelo de consórcios intermunicipais como instrumentos de gestão administrativa e financeira. Outros apresentam desafios relacionados à extensão das áreas delimitadas pelas regionais e outras pela dimensão dos municípios. Outros elementos de heterogeneidade são referentes à garantia de integralidade do cuidado em áreas regionais. Algumas das regiões apresentam hospitais psiquiátricos como o eixo de organização do cuidado. Algumas dessas regionais são ainda organizadas a partir de serviços comunitários de funcionamento 24 horas. Mas, de forma geral, não existe uma formulação consistente da relação entre territorialidade e referência regional. Os gestores entrevistados identificam dificuldade em garantir a característica territorial do serviço, (pautando suas práticas na caracterização demográfica, epidemiológica, econômica e cultural) quando ele passa a atuar regionalmente.

Comunidades terapêuticas: Resolvendo regionalmente os impasses da política nacional - A incorporação das comunidades terapêuticas como parte da rede de atenção em saúde mental (RAPS) se deu em 2011, após pleito de federações junto ao executivo e legislativo ao longo de vários anos. Ainda que as CTs façam parte, formalmente, da RAPS, movimentos sociais apoiam há vários anos que esta incorporação seja revogada com a mudança em portarias do Governo Federal, uma vez que se trata de um modelo cujos fundamentos se distinguem daqueles norteadores da política de saúde mental. Entre as características responsáveis por esse contraste estão: isolamento social, restrição de liberdade, rigidez num programa que não tem flexibilidade em função do usuário, restrição ao contato com o mundo externo, trabalho forçado, registros de aplicação de punições físicas, como espancamentos, e psicológicas, como humilhações públicas, violação à liberdade religiosa e involuntariedade das internações²⁰⁻²³.

Uma das dificuldades de gestão destes desses serviços está relacionada à sua tipificação como serviço de abrigo ou de saúde. Esse fato se soma à expansão do modelo de financiamento a partir de emendas parlamentares, que criou um cenário de baixa fiscalização, baixa atribuição de papel no âmbito da política de saúde mental, inexistência de parâmetros populacionais para financiamento, e ausência de mecanismos regulatórios de acesso. O resultado desse conjunto de fenômenos, que puderam ser identificados pelos gestores entrevistados, aponta para uma flexibilização do papel que as CTs passaram a desempenhar na política de cuidado a usuários de álcool e drogas, uma vez que podem ser financiadas sem contrapartida municipal, sem população mínima de implantação e sem perfil de usuários definido no âmbito da RAPS. Nessa ausência de acompanhamento do poder público, as CTs passaram a desempenhar vários papéis, como serviços de abrigo para pessoas em situação de rua, pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, demandas judiciais de internação prolongada, entre outras funções definidas circunstancialmente.

É bastante preocupante a possibilidade de instituições privadas não fiscalizadas, e com financiamento público, desempenharem diferentes funções a partir de necessidades locais. Esse processo tende a descaracterizar a rede de atenção com um todo e dar suposta resolutividade a estratégias que resgatam uma política centrada em internações psiquiátricas. O modelo de financiamento, ainda, não permite controle do número de leitos financiados e sua relação com o restante dos serviços públicos da RAPS. Essa flexibilidade de financiamento, contratação e funcionamento permitem que as CTs atuem como oferta a áreas que permanecem como lacunas na política nacional de saúde mental.

Referências

1. Santos LFM, Amorim D de FA, Costa MEA, Coelho PC, Gomes BS. O uso de medicamentos e métodos de intervenção em pacientes diagnosticados com TEA: Medicamentos e os Métodos de Intervenção. FESA [internet]. 2022 [acesso em 3 mar 2025];1(20):26-39. Disponível em: <https://revistafesa.com/index.php/fesa/article/view/211>.
2. Soares LK, Vaz NS, Maia GA, Lima Netto AM. Medicalização psicotrópica no tratamento do Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA): uma visão da família e da criança. VITTALLE [internet]. 2024 [acesso em 3 mar 2025];36(1):10-23. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/14902>.
3. Soares LK, Vaz NS, Maia GA, Lima Netto AM. Medicalização psicotrópica no tratamento do Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA): uma visão da família e da criança. VITTALLE [internet]. 2024 [acesso em 3 mar 2025];36(1):10-23. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/14902>.
4. Gruber AG, Hamada AKC, Cassol MEG, Goldim MPS. Afastamento do trabalho por transtornos mentais no Sul do Brasil entre 2009 a 2018. Rev Saúde Pública Paraná [internet]. 2021 [acesso em 3 mar 2025];4(4):17-8. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/582>
5. Soares FC, Stahnke DN, Levandowski ML. Tendência de suicídio no Brasil de 2011 a 2020: foco especial na pandemia de covid-19. Rev panam salud pública [internet]. 2022 [acesso em 3 masr 2025];46:e212. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.212>.
6. Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. Rev latinoam psicopatol fundam [internet]. 2014;17(1):69–84. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>.
7. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe Sobre As Condições Para A Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. A Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:18055.
8. Brasil. Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Ministério da Saúde. Divulga O Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação Do Sus E Aprova As Diretrizes Operacionais Do Referido Pacto.
9. Viana ALD, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. Cad saúde pública. 2019;35. Doi: [10.1590/0102-311x00022519](https://doi.org/10.1590/0102-311x00022519).
10. Conselho Federal de Psicologia - CFP. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Conselho Federal de Psicologia. – Brasília (DF): 2011.
11. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Conselho Federal de Psicologia. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Ministério Público Federal. Brasília (DF): 2018.
12. Bardi G, Garcia MLT. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2022 [acesso em 3 mar 2025];27(4):1557-1566. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>.
13. Simon AG, Baptista TWF. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. Cad saúde pública. 2011;27:2227-2241.
14. Zermiani TC, Freitas RS, Ditterich RG, Giordani RCF. Discourse of the Collective Subject and Content Analysis on qualitative approach in Health. RSD [internet]. 2021 [acesso em 4 mar 2025];10(1):e57310112098. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12098>.

15. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2009 [acesso em 4 mar 2025];14(1):297–305. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
16. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental: Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2011;16(7):3051–60. Doi: [10.1590/S1413-81232011000800005](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005)
17. Brasil. Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. *Diário Oficial da União*. 31 mar 2017; Seção1:1.
18. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab educ saúde* [internet]. 2020;18(3):e00285117. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.
19. Macedo, JP et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde soc* [internet]. 2017 [acesso em 15 ago 2021];26(1):155-170. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>.
20. Gama, C. A. P. da ., Guimarães, D. A., Coelho, V. A. A., Carvalho, R. C., Campos, C. G., & Fraga, A. M. de S.. (2020). A implantação da rede de atenção psicossocial na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais-BR. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(2), 278–287. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028020301>
21. Conselho Federal de Psicologia - CFP. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Conselho Federal de Psicologia. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia; 2011.
22. Conselho Federal de Psicologia – CFP. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas; 2017. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018
23. Santos ANS, Cazeiro F, Fonseca LM, Fraga FV, Sousa CS, Ferreira SB, Santos IMV. (2024). Os novos manicômios: contrar-reforma psiquiátrica, a mercantilização da loucura e a ascensão das comunidades terapêuticas no Brasil. *Caderno Pedagógico*. 2024; 21(12), e11224-e11224.