

SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIOS DE BAIXO DESENVOLVIMENTO: ESTUDO AVALIATIVO DA RAPS NO NORDESTE

*Mental Health In Municipalities Of Low Development: Evaluative Study Of The RAPS In
The Northeast*

Magda Dimenstein¹

Ana Carolina Rios Simoni²

João Paulo Macedo³

Mariana Liberato⁴

Brisana Índio do Brasil de Macedo Silva⁵

Bruna Quinto⁶

Caroline Cabral Nunes⁷

Artigo encaminhado: 15/04/2021

Artigo aceito para publicação: 30/11/2021

RESUMO: Trata-se de um estudo avaliativo sobre a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em municípios de três estados nordestinos (Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte) que fazem parte de regiões com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (G1). Investigou-se a associação entre os índices de cobertura da APS, a oferta de serviços na RAPS e o perfil de morbimortalidade em saúde mental em territórios com e sem a presença de povos tradicionais. Procedeu-se a um estudo de caráter descritivo, realizado a partir de análise quantitativa exploratória de dados oriundos de diferentes bases disponíveis em domínio público. Concluiu-se que os municípios do G1, em geral, registram índices de saúde mental mais desfavoráveis em comparação aos regionais e nacionais. Além disso, que a baixa oferta de serviços e os altos índices de morbimortalidade em saúde mental estão associados à presença de povos tradicionais nesses municípios. Destaca-se a fragilização da oferta de cuidado em saúde mental e a

¹ Doutora. em Saúde Mental/UFRJ. Psicóloga. Programa de pós-graduação em Psicologia/UFRN.

Email: mgdimenstein@gmail.com

² Doutora em Educação/UFRGS. Psicóloga. Departamento de Psicologia/UFRN.

Email: anacarols@hotmail.com

³ Doutor em Psicologia/UFRN. Psicólogo. Programa de pós-graduação em Psicologia/UFDPAR.

Email: jampamacedo@gmail.com

⁴ Doutora em Psicologia/UFRN. Psicóloga. Programa de pós-graduação em Psicologia/UFC.

Email: marianaliberato@ufc.br

⁵ Doutoranda em Psicologia no Programa de pós-graduação em Psicologia/UFC.

Email: brisanaindio@gmail.com

⁶ Graduanda em Psicologia. Departamento de Psicologia/UFC. Email: brunaquinto2@gmail.com

⁷ Doutoranda em Psicologia no Programa de pós-graduação em Psicologia/UFC.

Email: carolcabral_n@hotmail.com

existência de vazios assistenciais, situação que merece atenção, visto que esse cenário de desigualdades sociais tem sido o pano de fundo para o aumento da incidência de sofrimento psíquico na população em geral e, em particular, entre os povos tradicionais. Evidencia-se a importância da RAPS e da atenção psicossocial e alerta-se para os efeitos devastadores do desmonte progressivo da Política Nacional de Saúde Mental, que tem contribuído para a deterioração da situação de saúde e para a emergência de práticas asilares na região.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Atenção à Saúde Mental. Indicadores de Morbimortalidad. Vazios Assistenciais. Povos Tradicionais.

ABSTRACT: This is an evaluative study on the coverage of Primary Health Care (PHC) and the Psychosocial Care Network (RAPS) in municipalities of three northeastern states that are part of regions with low socioeconomic development and low supply of services (G1). We investigated the association between the coverage rates of PHC, the supply of services in the RAPS and the profile of mental health morbimortality in territories with and without traditional peoples. For this, we carried out a descriptive study, based on a quantitative exploratory analysis of data from different databases available in the public domain. We concluded that the G1 municipalities, in general, registered more unfavorable mental health indices in comparison to regional and national values. Moreover, the low offer of services and higher rates of morbidity and mortality in mental health are associated with the presence of traditional peoples in these municipalities. We highlight the weakening of mental health care provision and the existence of care gaps. Such situation deserves attention, since this scenario of social inequalities has been the backdrop for the increased incidence of mental suffering in the population in general and, in particular, among traditional peoples. We highlight the importance of RAPS and psychosocial care, as well as the devastating effects of the progressive dismantling of the National Mental Health Policy, which has worsened the health situation and fostered the emergence of asylums practices in the region.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health Care. Morbidity and Mortality Indicators. Health Care Gaps. Traditional Peoples.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) desde a sua implementação enfrenta uma série de desafios. No cenário político atual do país, o Sistema Único de Saúde (SUS) e as Redes de Saúde que lhe dão sustentação, a exemplo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estão sofrendo fortes golpes. O ideário democrático, de justiça social e de uma sociedade sem manicômios, está sendo minado por interesses privatistas e pela lógica manicomial. O governo federal vem atacando sistematicamente o processo de Reforma Psiquiátrica e

as diretrizes da Atenção Psicossocial, que prezam por um cuidado em liberdade, de base comunitária e territorial, focado nas características culturais e necessidades de saúde da população. Nesse sentido, é imprescindível perceber não só a construção da crise do projeto da reforma psiquiátrica, mas também os efeitos para os trabalhadores, usuários e familiares desse calculado desmonte no funcionamento dos serviços.

O sucateamento das diversas políticas sociais, a exemplo da Política Nacional de Saúde Mental, atinge frontalmente povos e territórios historicamente desfavorecidos socioeconomicamente. Nesse sentido, inúmeros desafios acompanham a PNSM em termos da sua formulação e implantação. Dentre eles, destaca-se o pouco investimento nas especificidades da Atenção Psicossocial voltada aos povos e comunidades tradicionais. Assim, há um amplo desconhecimento sobre a situação de saúde mental dos moradores desses “visados territórios dos invisíveis” no país (LEROY; MEIRELES, 2013, p. 115). Além disso, sabe-se que grande parte dessas populações, em particular, a que habita o nordeste brasileiro, está em municípios de pequeno porte, marcados por baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços⁸, por conseguinte, encontram imensas dificuldades no acesso à saúde, o que resulta, com frequência, em índices alarmantes de morbimortalidade.

Com base nisso, esse trabalho objetiva analisar dados referentes à cobertura da Atenção Primária à Saúde, à configuração da Rede de Atenção Psicossocial e ao perfil de morbimortalidade em saúde mental de municípios com baixo desenvolvimento econômico e baixa oferta de serviços localizados nos estados do Ceará (CE), Piauí (PI) e Rio Grande do Norte (RN), divididos em duas categorias: os que contam com a presença de povos tradicionais (no caso deste estudo, trata-se de comunidades quilombolas e assentadas), e os que não

⁸ De acordo com o modelo apresentado por Viana et al. (2015) avaliação do processo de regionalização da saúde no Brasil, agrupou-se os 5.570 municípios nas 438 regiões de saúde existentes no país, levando-se em conta o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde em cada contexto regional. Assim ficou estabelecido 5 grupos: G1 – baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, com 175 regiões, 2.151 municípios e 22,5% da população brasileira, localizadas predominantemente no Nordeste; G2 – médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, com 47 regiões, 482 municípios e 5,7% da população, localizadas em sua maioria nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte; G3 – médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços, com 129 regiões, 1.891 municípios e 20,3% da população, localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul; G4 – alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços, com 27 regiões, 300 municípios e 10,6% da população, localizadas em sua grande maioria na região Sudeste; e G5 - alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços, com 60 regiões, 746 municípios e 40,9% da população, localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

registram presença dessas populações. Interessa-nos problematizar em que medida a presença de povos tradicionais é uma variável que se associa à existência de vazios assistenciais e piores índices de saúde mental nos municípios com tal perfil socioeconômico e organização da rede assistencial. Nesse sentido, apresentaremos a seguir, alguns dados importantes do cenário estudado.

O Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte, juntos, somam 575 municípios, dos quais 57% contam com a presença de povos tradicionais (PI=138; CE=113; RN=79) e 43% não registram presença dessas populações (PI=86; CE=71; RN=88). Os municípios que contam com assentamentos rurais e comunidades quilombolas em seus territórios têm população total de mais de 8 milhões de pessoas, o que representa 55% da população dos 3 estados, que gira em torno dos 15.677.841 habitantes. Além disso, estão presentes em todas as Regiões de Saúde (RS) dos três estados.

Essas RS, por sua vez, possuem particularidades geográficas, climáticas e de desenvolvimento socioeconômico quanto à oferta e acesso aos serviços de saúde. Das RS com maior número de municípios com povos tradicionais, no CE destacam-se a 11ª RS Sobral (com 13 municípios/11,5%), a 2ª RS Caucaia, 8ª RS Quixadá e 15ª RS Crateús (cada uma com 9 municípios/7,9%) e a 20ª RS Crato que abrange 7 municípios (6,1%). No PI, a RS Entre Rios destaca-se com 25 municípios com povos tradicionais (18,11%), juntamente às RS Cocais e RS Vale do Rio Guaribas, cada uma com 20 municípios (14,49%). No RN, destacam-se a 3ª RS João Câmara com 24 municípios (30,37%), a 5ª RS Santa Cruz e a 4ª RS Caicó que concentram 13 e 11 municípios com povos tradicionais, respectivamente (16,45% e 13,92%).

Outro aspecto que vem complexificar o cenário estudado é o fato de que quase a totalidade dos municípios dos três estados está alocada no G1 (n = 507 dos 575), ou seja, no grupo de regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (VIANA et al., 2015). No CE, isso representa 19 das 22 RS e abrange 166 municípios cearenses, dos quais 138 são de pequeno porte. No estado do PI, 10 das 11 RS pertencem ao G1 e abrangem 193 municípios, dos quais 189 são de pequeno porte. No RN, 6 das 8 RS também se encontram agrupadas no G1, o que corresponde a um total de 148 municípios, dos quais 145 são de pequeno porte. Em outras palavras, além

de 88,17% dos municípios nos três estados estarem alocados no G1, a maioria é de pequeno porte (n=472; 93,1%). Esses municípios de pequeno porte reúnem uma população em torno de 5.931.108 habitantes e contam com presença de 758 assentamentos rurais (ASs) e 146 comunidades quilombolas (CQs), do total de 985 ASS e 171 CQs existentes no G1, concentrando grande parte dessa população nos três estados.

Uma vez que a maioria dos municípios dos três estados pertence ao G1 é de pequeno porte e que nestes localiza-se o maior percentual de comunidades quilombolas e assentamentos nos três estados, compreende-se como provável uma maior vulnerabilidade social, econômica e sanitária presente na realidade ora estudada (CARVALHO et al., 2018). Assim, são localidades com maior presença de precárias condições de vida e de trabalho e demais efeitos da pobreza, com marcada desigualdade social e a ausência de proteção social em termos de segurança alimentar, habitação, educação e saúde, que marcam a vida de determinados grupos étnicos e raciais (SANTOS; SILVA, 2014).

Isso, portanto, representa um desafio em relação à organização das Redes de Atenção à Saúde, em particular, da RAPS, devido ao imenso contingente populacional sob responsabilidade dos municípios, às precárias condições de vida e ao perfil de morbimortalidade, que demandam políticas focalizadas e serviços culturalmente sensíveis em correlação com os cenários epidemiológicos, e em particular, com as populações que vivem em assentamentos rurais e em territórios quilombolas.

No caso deste estudo, interessa-nos compreender como essa realidade se apresenta nos municípios pertencentes ao G1 e discutir duas questões: a) a relação entre a presença de povos tradicionais, a oferta de cuidados em saúde mental e a existência de vazios assistenciais; b) a associação entre a presença de povos tradicionais e os índices de morbimortalidade em saúde mental. Assim, objetivamos problematizar a oferta de cuidados em saúde mental em municípios pertencentes ao G1 de três estados nordestinos, divididos em dois grupos segundo a presença ou ausência de povos tradicionais, de modo a evidenciar avanços e possíveis distorções quanto ao processo de regionalização da rede de atenção psicossocial diante ao quadro de morbimortalidade em saúde mental.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir de uma análise quantitativa descritiva-exploratória. Como delineamento para produção dos dados, combinamos diferentes bases de dados disponíveis em domínio público, sendo elas: 1. Microdados recuperados na base de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), referente à cobertura das equipes da ESF, NASF e ACS nos 5.570 municípios brasileiros; 2. Microdados recuperados na base de dados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), referente aos indicadores de saúde mental, a exemplo dos registros de internação hospitalar em transtornos mentais e comportamentais, de tempo médio de permanência das internações, de óbito hospitalar em transtornos mentais e comportamentais, de óbito da população geral em transtornos mentais e comportamentais, de óbito devido ao uso substância psicoativa, de óbito devido ao uso de álcool, óbito por suicídio e casos de tentativa de suicídio; 3. Microdados disponibilizados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental concernente aos serviços que compõem os principais pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS nos 5.570 municípios brasileiros: atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial), atenção residencial de caráter transitório (Unidades de Acolhimento), atenção hospitalar (Leitos Psicossociais) e estratégia de desinstitucionalização (Serviços residenciais terapêuticos); 4. Microdados recuperados da base de dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) para identificar os municípios brasileiros que possuem assentamentos rurais da reforma agrária; 5. Microdados recuperados da base de dados da Fundação Cultural Palmares para identificar os municípios brasileiros que possuem comunidades quilombolas.

De posse dessas informações, buscamos primeiramente traçar o panorama da cobertura assistencial dos municípios com e sem povos tradicionais, pertencentes às regiões de saúde do G1, dos estados do Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte. A seguir, procedemos à identificação dos vazios assistenciais a partir dos principais componentes da RAPS: as equipes da Atenção Primária (ACS, ESF e NASF), o centro de atenção psicossocial (CAPS), os serviços de atenção residencial de caráter transitório (UAA, UAI, CT), os serviços de atenção hospitalar (Leitos de Internação) e o serviço residencial terapêutico (SRT) como parte da estratégia de desinstitucionalização. Por vazios

assistenciais, compreendemos determinadas regiões de saúde ou municípios que, no caso da APS, não contam com pelo menos um dos equipamentos aqui analisados, e no caso da RAPS, não contam com nenhum ponto de atenção ou não possuem a quantidade de equipamentos suficientes, de acordo com o padrão mínimo estabelecido, em termos de cobertura nos territórios de saúde (BRASIL, 2015; 2017).

Ademais, observamos se existe associação entre os níveis de cobertura, os vazios assistenciais e os índices de saúde mental e se há diferença entre os municípios com e sem povos tradicionais. O levantamento das informações nas diferentes bases de dados foi realizado no início em 2019. Em razão disso, o ano de 2018 foi tomado como referência, evitando-se assim informações de anos incompletos. Quanto aos indicadores de saúde mental, consideramos o recorte temporal de 2008 a 2018, configurando uma série histórica de 10 anos.

A base de dados foi analisada de forma descritiva simples, com análise de frequências a partir de medidas de tendência central (média, mediana, moda, máximo e mínimo), por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS)*, versão 21. As unidades de análise foram, no caso do mapeamento dos serviços da RAPS, a estratificação por estado e porte dos municípios e as próprias regiões de saúde (CIR). A estratificação por porte municipal baseou-se na classificação dos municípios nas categorias pequeno (municípios com menos de 50.000 habitantes); médio pequeno (50.000 a 99.999); médio (100.000 a 299.999); médio grande (300.000 a 499.999); e grande porte (acima de 500.000) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Por fim, para o cálculo das taxas médias de internação e de óbitos por 1.000 habitantes e das taxas de mortalidade por suicídio para cada 100 mil habitantes, foram utilizadas como denominador para o cálculo as estimativas populacionais disponibilizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

a) Cenário da Atenção Primária em Saúde nos municípios com e sem povos tradicionais pertencentes ao G1

Os municípios que integram o G1 nos três estados nordestinos reúnem, no total, 23.765 equipes da APS, sendo 19.695 de ACS, 3.470 de ESF e 600 de

NASF. Essas equipes estão assim distribuídas: 13.949 equipes de ACS, 2.421 de ESF e 372 de NASF nos municípios com povos tradicionais; e nos municípios sem presença dessas populações são totalizadas 5.746 equipes de ACS, 1.049 ESF e 228 NASF.

Esses dados são compreensíveis uma vez que há uma quantidade maior de municípios com povos tradicionais em comparação aos municípios sem povos tradicionais. No entanto, quando realizamos uma análise em termos de cobertura (ou seja, o mínimo de equipes que cada município deveria ter), verifica-se, de forma geral, que há uma menor cobertura de APS nos municípios com povos tradicionais nos três estados (Tabela 1).

		CE		PI		RN	
		COM	SEM	COM	SEM	COM	SEM
ACS	TOTAL	8.218	2.837	3.541	1.356	2.190	1.553
	% de cobertura	82	92,98	96,88	100,22	89,27	91,78
ESF	TOTAL	1.363	492	653	266	405	291
	% de cobertura	68,01	80,52	89,82	100,37	82,48	86,60
NASF	TOTAL	159	65	143	83	70	80
	% de cobertura	65,70	74,71	76,88	76,88	70,71	71,43

Tabela 1. Cobertura de APS nos municípios com e sem povos tradicionais do G1 nos três estados

Outro aspecto observado em relação à cobertura é que as Regiões de Saúde do G1 que concentram o maior número de municípios com povos tradicionais são aquelas que também registram piores coberturas da APS. Somente a 8ª RS Quixadá/CE, RS Vale do Rio Guaribas/PI, RS Cocais/PI, 5ª RS Santa Cruz e 4ª RS Caicó no RN, alcançam bons índices em alguns dos equipamentos da APS. Esse dado tem relação com os diferentes graus observados no processo de descentralização e de avanço da municipalização da saúde observado no país. Traz um alerta sobre a capacidade dos municípios de pequeno porte que compõem essas regiões tanto em termos financeiros e de gestão, quanto de domínio de recursos humanos.

Quanto às equipes NASF, principal responsável pela atenção em saúde mental na APS, observa-se acima que apresentam percentuais de cobertura

inferiores às demais equipes da APS. Como agravante, à exceção do RN, verifica-se que os municípios com comunidades quilombolas e/ou assentamentos registram menor cobertura de NASF. No CE, dos 64 municípios com déficit de NASF, 49 (76,56%) têm povos tradicionais; no PI, dos 63 municípios com déficit, 39 (61,90%) têm com povos tradicionais; e no RN, dos 51 municípios com déficit, 23 (45,10%) contam com povos tradicionais. Uma vez que as equipes de atenção primária possibilitam a descentralização dos cuidados em saúde mental, frequentemente delegados à atenção especializada, é preocupante detectar vazios assistenciais na APS, e ainda mais, quando se trata da assistência em saúde mental em municípios pequenos e com comunidades tradicionais. Contudo, o déficit de equipes NASF é uma realidade nacional. Há mais de 1.500 municípios brasileiros que não contam com nenhuma equipe. Tal cenário tende a piorar com as medidas aplicadas pelo governo federal em 2019 de suspensão do incentivo financeiro aos municípios para contratação de profissionais.

Seguramente esses vazios assistenciais provocam uma fragilização na rede de apoio e nas alternativas de projetos terapêuticos construídos por meio do contato mais próximo com o território, condizentes com as particularidades culturais e subjetivas, com a diversidade e as dinâmicas que atravessam os modos de vida dessas populações (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2015). Ademais, impactam diretamente nas ações de matriciamento, consideradas uma das principais estratégias de trabalho realizadas pelas equipes NASF, as quais consistem no compartilhamento de casos, atendimento domiciliar, acompanhamento individual ou familiar, seguimento na rede de atenção à saúde, dentre outras. Tais ações contribuem para a redução dos encaminhamentos, diminuição da sobrecarga dos serviços especializados da RAPS (QUINDERÉ et al., 2013) e ampliação da corresponsabilização e continuidade do cuidado em saúde mental. Em razão disso, consideramos que esses vazios assistenciais indicam a não garantia de equidade e de acesso aos serviços de saúde pelas comunidades residentes nesses territórios, reverberando na manutenção de situações de vulnerabilidade, exclusão e iniquidades em saúde que, certamente, tocam as populações quilombolas e assentadas (MUSSI et al., 2020).

Diante do cenário, onde Regiões de Saúde e municípios com povos tradicionais registram piores índices de cobertura na APS nos três estados, em

especial, de equipes NASF, apresentaremos, a seguir, o panorama da oferta de serviços em saúde mental na RAPS.

b) Configuração da Rede de Atenção Psicossocial em municípios com e sem a presença de povos tradicionais pertencentes ao G1

Os municípios que fazem parte do G1 concentram 357 (64,56%) dos 553 equipamentos da RAPS presentes nos três estados, sendo que 211 (59,10%) estão localizados no Ceará, 85 (23,81%) no Piauí e 61 (17,09%) no Rio Grande do Norte. Quanto à distribuição por grupos de municípios, 264 (73,95%) localizam-se em municípios com a presença de povos tradicionais, 93 (26,05%) naqueles em que não há registro dessas populações. Desse total de equipamentos no G1, destacam-se, em primeiro lugar, as Comunidades Terapêuticas (48,46%) e, em seguida, os CAPS I (28,29%), em comparação aos demais equipamentos, conforme observa-se a seguir (Tabela 2):

	CE		PI		RN	
	COM	SEM	COM	SEM	COM	SEM
CAPS I	36	20	24	8	9	4
CAPS II	21	2	5	0	3	1
CAPS III	0	1	0	0	0	11
CAPS ad	10	3	5	0	1	0
CAPS ad III	1	0	2	0	1	0
CAPSi	1	1	1	0	0	0
CT	71	22	27	12	24	17
Leitos	15	0	0	0	0	0
SRT	1	0	0	0	0	0
UAA	1	0	0	0	0	0
UAI	0	1	0	0	0	0

Tabela 2. Distribuição dos equipamentos da RAPS nos municípios do G1 com e sem povos tradicionais

Em relação aos 101 CAPS I, verifica-se que 69 (68,32%) pertencem aos municípios com povos tradicionais e 32 (31,68%) àqueles sem comunidades quilombolas e/ou assentadas. Quanto aos 32 CAPS II, a maior parte também (90,62%) pertence a municípios com povos tradicionais. Por fim, em relação aos

4 CAPS III, verifica-se que todos estão localizados em municípios onde não há registro de povos tradicionais.

Levando em consideração os critérios de indicação para implantação estabelecidos pela Portaria nº 3.088/2011, que indica que os CAPS I devem ser implantados em municípios com mais de 20.000 habitantes; os CAPS II e CAPS ad com municípios com mais de 70.000; os CAPS I nos municípios com mais de 150.000 habitantes e os CAPS III e CAPS ad III nos municípios com mais de 200.000 habitantes (BRASIL, 2011), observa-se que existem 23 municípios (17 no CE, 5 no RN e 1 no PI) que atendem ao critério mínimo estabelecido, mas não contam com nenhuma modalidade CAPS em seus territórios. Os 17 do CE e 05 RN têm porte populacional indicado para implantação de CAPS I e o do Piauí têm porte populacional indicado para CAPS II. Outro aspecto importante é que dentre esses 23 municípios que poderiam ter CAPS, 18 (78,26%) possuem povos tradicionais em seus territórios.

Complicando o cenário da atenção aos povos tradicionais, existem municípios que atendem ao critério de ter CAPS II e, no entanto, possuem apenas CAPS I, ou que deveriam ter CAPS III, mas só possuem CAPS II. Logo, observa-se que, apesar dos municípios com povos tradicionais registrarem a maior parte dos equipamentos da RAPS, são estes mesmos municípios que registram maiores discrepâncias em termos da implantação e cobertura adequadas de CAPS, dando relevo aos vazios assistenciais em saúde mental.

No caso dos CAPS de modalidade III e ad III, pelo fato desses serem implantados somente em municípios com mais de 200 mil habitantes (BRASIL, 2011), somente 2, dentre os municípios aqui estudados, ultrapassam esse quantitativo: Sobral (11ª RS Sobral-CE) e Caucaia (2ª RS Caucaia-CE). Todavia, não há registro de tais equipamentos nessas localidades. Em contrapartida, há registro de 02 CAPS do tipo III (18ª RS Iguatu-CE e na 4ª RS Caicó-RN) e de 4 CAPS ad III instalados em municípios que, a princípio, não atingem o critério mínimo populacional para essa modalidade: Quixeramobim (8ª RS Quixadá-CE); Parnaíba (RS Planície Litorânea-PI); Floriano (RS Vale do Rio Piauí e Itaueiras-PI) e Nova Cruz (1ª RS São José de Mipibu-RN).

No que se refere ao CAPS ad, 84,21% dos equipamentos dos três estados estão em municípios que possuem povos tradicionais. No G1, 16 municípios possuem porte populacional indicado para a implantação de CAPS ad, porém, 7

não registram esse equipamento: 6 no CE e 1 no RN. Nesse contexto, observamos que há municípios que não possuem outro tipo de dispositivo da RAPS, além de CAPS ad e de CT. É o caso de Picos (RS Vale do Rio Guaribas-PI) e Parazinho (3ª RS João Câmara-RN), ambos com povos tradicionais, sinalizando para a ampla demanda de atenção em casos de uso de álcool e outras drogas nesses locais. Por outro lado, em todos os 16 municípios com possibilidade de ter CAPS ad há, pelo menos, uma CT funcionando e, em 15 deles, há povos tradicionais, indicando a penetração insidiosa das Comunidades Terapêuticas nessas regiões. Em relação ao CAPS i, há somente 3 municípios com essa modalidade: Icó (17ª RS Icó - CE), Iguatu (18ª RS Iguatu - CE), Paulistana (RS Vale do Rio Guaribas-PI). Essa modalidade de CAPS deve ser instalada em municípios com mais de 150.000 habitantes, e, dentro daqueles analisados nesse estudo, isso corresponderia apenas aos municípios de Sobral (11ª RS Sobral-CE), Caucaia (2ª RS Caucaia-CE) e Parnaíba (RS Planície Litorânea-PI) e nenhum destes conta com CAPSi.

Ainda que algumas modalidades de CAPS obtenham um quantitativo bastante expressivo quando comparadas aos outros equipamentos da RAPS, questionamos se esses números são suficientes para atender às necessidades existentes em todos os municípios que, em sua maioria, contam com povos tradicionais. Em se tratando de um importante dispositivo de articulação do cuidado em saúde mental e, muitas vezes, o único serviço disponível além da APS, observa-se que somente 92 municípios, dos 507 do G1, estão de acordo com o padrão esperado. Apesar de utilizarmos o parâmetro populacional como indicativo para identificar os vazios assistenciais, atender esse critério não garante sua implantação, tal como recomendado pela portaria. Ademais, há muitas distorções na implantação da RAPS. Nesse sentido, dos 382 municípios que não possuem o critério populacional mínimo para implantar CAPS, 19 deles contam com CAPS I.

Em relação à presença de UAA, o único município dos três estados que possui esse serviço é Icó (17ª RS Icó - CE), que conta com a presença de povos tradicionais. Quanto à UAI, Iguatu (18ª RS Iguatu -CE), é o único município que possui tal equipamento, amparado por outros tipos de equipamentos da RAPS (CAPS i, CAPS ad, CT), e não registra povos tradicionais. Em relação aos leitos psicossociais, há somente 3 municípios, todos localizados no CE e com povos

tradicionais: São Gonçalo do Amarante (2ª RS Caucaia), Canindé (5ª RS Canindé) e Tauá (14ª RS Tauá). Estes possuem, respectivamente, 2, 7 e 6 leitos.

Pelo apresentado, nota-se que os municípios do G1, de forma geral, apesar de representarem um grande contingente populacional, possuem poucas modalidades de equipamentos da RAPS em seus territórios ou registram inadequação quanto à sua implantação. Aqueles municípios que têm povos tradicionais registram a maior parte dos dispositivos, mas também concentram maiores vazios assistenciais. Fica evidente nessas localidades nordestinas de pequeno porte, a falta de investimentos em serviços de desospitalização e de atenção à crise voltados às pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. Isso, seguramente, interfere nos índices de internação em hospitais psiquiátricos e dificulta a interrupção das reinternações e das práticas de encaminhamento tão recorrentes.

Não à toa, observa-se o lugar de destaque das CT (n=173) nos municípios do G1 e o forte direcionamento dos usuários para esses estabelecimentos nos três estados. São 172 municípios que possuem CT como dispositivo da RAPS em seu território, sendo que 16 deles já poderiam ter um CAPS pelo porte populacional. Percebe-se, assim, a forte penetração das CT nesses municípios de pequeno porte, atingindo quase a metade do total de dispositivos da RAPS existentes nos três estados.

Isso é consequência direta das alterações impostas à política nacional de álcool e outras drogas ao longo da década, que foi ganhando um caráter higienista e proibicionista, distanciando da perspectiva do cuidado em liberdade e da Redução de Danos (política aprovada para ação integral a usuários de álcool e outras drogas pelo Ministério da Saúde desde 2003), bem como do reconhecimento das CT como estratégia de tratamento, da sua inclusão na RAPS e ampliação progressiva do incentivo financeiro para esses serviços.

Trata-se, portanto, de um importante analisador do modelo assistencial em saúde mental que tem sido promovido no país. As CT estão ocupando o vazio assistencial deixado pelo Estado com a interrupção proposital do processo de expansão da RAPS observada nos últimos anos. Na contramão dos cuidados de base comunitária, as CT reforçam o desmonte e a contrarreforma psiquiátrica em operação no país (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Em resumo, baseados no fato de que os municípios com povos tradicionais registram piores índices de cobertura na APS nos três estados, em especial de equipes NASF, bem como apresentam fortes distorções na organização da RAPS, nota-se uma evidente relação entre a presença de povos tradicionais, a baixa oferta de cuidados em saúde mental e a existência de vazios assistenciais (DIMENSTEIN et al., 2018; 2020) Em vista disso, para uma maior compreensão sobre os impactos dessa realidade na situação de saúde dessas populações, analisaremos, a seguir, o perfil de morbimortalidade em saúde mental nos municípios com e sem povos tradicionais.

c) Morbimortalidade em saúde mental em municípios com e sem a presença de povos tradicionais pertencentes ao G1

No âmbito da saúde mental, reconhecer situações de fragilidade que atingem certas populações, principalmente no que concerne à não garantia de seus direitos sociais, é fundamental. Nesse sentido, conforme apontado por Dantas et al. (2020, p.2),

[...] os fatores que condicionam as iniquidades em saúde e as necessidades dos grupos afetados pela pobreza e desvantagem social não podem ser desconsiderados na atualidade. As condições de vida, presença, qualidade e acessibilidade aos serviços e ações de saúde pública, aos recursos comunitários, bem como o grau de integração e suporte social presente em uma comunidade, gênero, raça e etnia, dentre outros fatores, fazem parte de uma equação delicada que condiciona as disparidades observadas no processo saúde-doença-cuidado, aspectos que, ademais, se articulam de forma diferenciada nos contextos urbanos e rurais. Quando se trata de assentamentos de reforma agrária e comunidades quilombolas a situação é ainda mais complexa devido ao cenário de precariedade estrutural e vulnerabilidade que caracteriza grande parte desses espaços, especialmente no nordeste brasileiro.

As vulnerabilidades presentes nesses contextos que podem reverberar na saúde mental são traduzidas em um maior número de internações e reinternações psiquiátricas, de ocorrência de situações de crise, de utilização de serviços de saúde e de uso de medicação psicotrópica, bem como de uso abusivo de álcool e outras drogas, suicídios etc. Portanto, a análise de alguns dados referentes às internações, óbitos e suicídios ocorridos nos municípios com e sem povos tradicionais do G1 nos três estados, pode nos ajudar a delinear a situação de saúde mental e como essas necessidades precisam ser atendidas

tanto na APS quanto nos dispositivos especializados da RAPS. Nesse sentido, seguem algumas informações, na Tabela 3, para auxiliar na reflexão sobre os problemas de saúde mental enfrentados por essa população nos últimos 10 anos.

	CE		PI		RN	
	COM	SEM	COM	SEM	COM	SEM
Internações em saúde mental	32555	6683	13292	2917	6205	4634
Média de internações por 1.000 hab	8,16	5,47	9,09	5,38	6,31	6,85
Tempo de permanência (média por dia)	28,24	25,58	32,09	30,6	47,41	38,11
Óbitos hospitalares por 1.000 hab	0,02	0,03	0,02	0,01	0,03	0,03
Óbitos gerais por saúde mental por 1.000 hab	1,08	1,14	0,81	0,79	0,61	0,75
Óbitos Substâncias Psicoativas por 1.000hab	0,83	0,86	0,67	0,67	0,48	0,59
Óbitos Álcool por 1.000 hab	0,67	0,70	0,51	0,48	0,40	0,82
Suicídios por 100 mil hab/10 anos	77,23	86,4	97,65	91,86	55,36	78,81
Suicídios por 100 mil hab/ano	7,02	7,85	8,87	8,35	5,03	7,16
Tentativa de suicídio por 100 mil hab/10 anos	97,59	68,54	119,82	7,00	17,19	41,99
Tentativa de suicídio por 100 mil hab/ano	8,87	6,23	10,89	0,63	1,56	3,82

Tabela 3. Perfil de morbimortalidade em Saúde Mental em municípios do G1 com e sem a presença de povos tradicionais de 2008 a 2018

Entre os anos de 2008 e 2018, registrou-se nos municípios do G1 um total de 66.286 internações em transtornos mentais e comportamentais: 39.238 no Ceará, 16.209 no Piauí e 10.839 no Rio Grande do Norte. Tanto os municípios com e sem presença de povos tradicionais apresentam médias de internações inferiores às dos seus respectivos estados, a saber: (CE=12,10; PI=10,95 e RN=11,63), bem como, em relação às médias do Nordeste (9,41) e do Brasil (13,69). Porém, do total de internações, 52.052 (78,52%) ocorreram em

municípios com presença de povos tradicionais. Ao observar o número de internações por 1.000 habitantes, verifica-se que no Ceará e no Piauí as médias dos municípios que contam com povos tradicionais (8,16 e 9,09; respectivamente) são superiores às médias dos municípios que não contam com essas comunidades em seus territórios (5,47 e 5,38; respectivamente). O RN apresenta equivalência nesse sentido.

Existem 39 municípios que apresentam médias de internação acima das registradas nos seus respectivos estados: no Ceará, a 20ª RS Crato (n=4), 11ª RS Sobral (n=3) e 19ª RS Brejo Santo (n=1); no Piauí, a RS Vale do Rio Guaribas (n=10) e RS Planície Litorânea (n=3); e no Rio Grande do Norte RS, a 6ª RS Pau dos Ferros (n=14), RS 1ª RS São José do Mipibu (n=2) e 3ª RS João Câmara (n=2). Curiosamente, grande parte desses municípios está localizada em Regiões de Saúde que possuem ou possuíram, nas últimas décadas, hospitais psiquiátricos, a exemplo das RS do Crato, Sobral e Planície Litorânea. A Casa de Saúde Santa Teresa, no Crato, foi fechada em 2016; a Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, foi fechada em 2000. Não à toa, dentre os municípios que mais internam estão: Crato (20ª RS Crato-CE), Parnaíba (RS Planície Litorânea-PI) e Severiano Melo (6ª RS Pau dos Ferros-RN). Destaca-se que o município de Parnaíba possui uma Santa Casa de Misericórdia em funcionamento desde o início do século passado, ao passo que o município de Severiano Melo dista menos de 100km da cidade de Mossoró, onde está o Hospital Municipal São Camilo de Lellis, instituição asilar em funcionamento desde 1969.

Quanto ao tempo médio de permanência das internações por transtornos mentais e comportamentais no período de 2008 a 2018, os três estados registram índices abaixo da média da Região Nordeste (46,3 dias) e do Brasil (40,6 dias). Rio Grande do Norte registra média de 43,8 dias, Ceará de 30,9 dias e no Piauí de 29,6 dias. Todavia, apesar das médias estarem abaixo do índice nacional e regional, ao compararmos as médias dos municípios com e sem povos tradicionais, observa-se que nos três estados as médias dos dias de permanência dos municípios que contam como povos tradicionais (CE=28,24; PI=32,09; RN=47,41) são superiores às médias dos municípios que não contam com essas comunidades em seus territórios (CE=25,58; PI=30,60; RN=38,11).

Em resumo, os municípios pertencentes ao G1 se situam abaixo da média regional, nacional e a dos seus respectivos estados em relação ao número de internações psiquiátricas. Quando se trata do tempo de permanência, percebe-se que os municípios pertencentes ao G1 também se situam abaixo da média regional e nacional. Contudo, internamente ao G1, há diferenças: os municípios com povos tradicionais apresentam uma média de internação superior aos que não possuem, isto é, as populações provenientes desses lugares ficam mais dias internadas em comparação àquelas de municípios sem povos tradicionais, sobretudo, no Rio Grande do Norte. Esse cenário não pode ser descolado dos apontamentos anteriores, que são essas Regiões de Saúde e municípios com povos tradicionais, que registram piores índices de cobertura na APS e de NASF, assim como fortes distorções na organização da RAPS nos três estados.

No que diz respeito aos óbitos hospitalares por transtornos mentais entre 2008 e 2018, a realidade é bem similar no G1 tanto nos municípios com povos tradicionais, quanto naqueles que não contam com essas populações, variando entre 0,01 e 0,03 óbitos por 1.000 habitantes. Todos os três estados possuem índices iguais a 0,03 e esses valores estão abaixo da média observada na Região Nordeste (0,04) e no Brasil (0,06). Já em relação aos óbitos em geral por transtornos mentais e comportamentais, apenas os municípios do Piauí, tanto aqueles com e sem presença de povos tradicionais, apresentam índices um pouco superior (0,81 e 0,79 óbitos por 1000 habitantes, respectivamente) à média do estado (0,73), da Região Nordeste (0,72) e do Brasil (0,68). Além disso, os municípios sem povos tradicionais do Ceará (1,14) e do Rio Grande do Norte (0,75) também apresentam uma média de óbitos geral acima da média do seu estado, que é de 1,12 e de 0,63 óbitos gerais em saúde mental por 1.000 habitantes, respectivamente, indicando as vulnerabilidades e fragilidades da RAPS presentes nos territórios do G1.

Quanto aos óbitos devido ao uso de substâncias psicoativas entre os grupos de municípios, observou-se pouca discrepância entre os três estados, embora se perceba um crescimento no número de óbitos no estado do Piauí e Rio Grande do Norte, sobretudo, a partir de 2014. Ademais, chama atenção que as médias dos municípios com e sem povos tradicionais pertencentes ao G1 são maiores que a média geral do seu respectivo estado (CE=0,79; PI=0,60,

RN=0,47), do Nordeste (0,56) e do Brasil (0,46). Isso alerta não só para o avanço de novas drogas e aumento do consumo global, conforme assinalado no Relatório Mundial sobre Drogas 2020, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), mas, especialmente, aponta para as mudanças no perfil de consumo de substâncias psicoativas nos últimos 10 anos em municípios de pequeno porte no país, com baixo desenvolvimento econômico e baixa oferta de serviços.

Esse avanço vem atingindo fortemente os grupos mais vulneráveis e marginalizados, jovens, mulheres e as camadas mais pobres da população. Como apresentado anteriormente, a carência de CAPS ad e ad III na região aumenta significativamente a falta de retaguarda para essas demandas de saúde mental. Por outro lado, é um indicador de que as CTs têm sido pouco efetivas em relação à problemática do uso de substâncias psicoativas e álcool, mediante seus modelos de tratamento disciplinadores e discursos moralizantes que, historicamente, (re)produzem exclusão, estigmatização, enclausuramento e privação de direitos (AMARANTE, 1995; BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015; PITTA, 2011).

Em relação aos óbitos por uso de álcool, não foi observada diferença significativa entre os grupos de municípios com ou sem povos tradicionais nos 3 estados. Entretanto, observa-se que os municípios do G1 nos três estados, com e sem povos tradicionais, apresentam índices acima da média dos seus respectivos estados (CE=0,62; PI= 0,47; RN= 0,53), do Nordeste (0,45) e do Brasil (0,36). Essa realidade indica que o alto índice de óbitos por uso de álcool nos municípios do G1 está associado às precárias condições de vida da população, com a pobreza, com a falta de acesso aos cuidados em saúde; ao número reduzido de equipamentos do tipo CAPS ad e ad III, bem como ao fato de se tratar de comunidades tradicionais com histórico de uso de álcool, situação que se agrava devido à ampla oferta e facilidade no acesso e baixo preço de bebidas alcoólicas no Brasil, país que está entre aqueles que mais consomem bebidas alcoólicas na América Latina (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Em se tratando da taxa de suicídio entre 2008 e 2018, os municípios do G1, de forma geral, estão com valores acima das médias estaduais (CE= 73,41; PI= 89,47; RN= 53,53), da Região Nordeste (52,42) e nacional (60,89).

No Ceará e no Rio Grande do Norte, as médias se destacam nos grupos que não contam com povos tradicionais (86,4 e 78,81). Já no Piauí, os municípios como um todo tiveram um quantitativo muito superior a essas médias. Quanto às tentativas de suicídio, os municípios com povos tradicionais do Ceará (97,59) e do Piauí (119,82) se destacam em relação aos municípios sem nenhum registro (68,54 e 7,0; respectivamente). Além disso, os municípios piauienses com povos tradicionais apresentam taxas acima da média do Nordeste (100,16). Ou seja, em se tratando das taxas de suicídio e de tentativas, o PI apresenta dados impressionantes. Contudo, trata-se de uma realidade preocupante nos três estados, demandando a implantação de medidas de detecção precoce, de prevenção, que não podem ser efetivadas sem uma rede articulada de serviços de atenção psicossocial em parceria com a APS (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Com base no que foi apresentado é possível afirmar que há uma associação entre a presença de povos tradicionais e os piores índices de morbimortalidade em saúde mental, mas, principalmente, que essa relação está ancorada no fato de que esses municípios fazem parte de regiões com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços. Destaca-se também que, em quase todos os municípios do G1, com presença ou não de povos tradicionais, os índices de morbimortalidade em saúde mental, assim como os óbitos gerais por 1000 hab., óbitos por substâncias psicoativas por 1000 hab., óbitos por uso de álcool e suicídios encontram-se acima das médias dos seus respectivos estados, da região Nordeste e do Brasil. Em suma, esses dados evidenciam problemas na oferta de cuidado em saúde mental e lacunas assistenciais nos municípios do G1. Tal situação merece atenção, visto que o cenário de desigualdades sociais e de pobreza tem sido o pano de fundo para o aumento da incidência de sofrimento psíquico na população brasileira (LOPES, 2020) e, em particular, entre os povos tradicionais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo sobre a saúde mental em municípios com baixo desenvolvimento e oferta de serviços evidenciou dois aspectos: a) há uma

relação entre a presença de povos tradicionais, a oferta de cuidados em saúde mental e a existência de vazios assistenciais; b) há uma associação entre a presença de povos tradicionais e os índices de morbimortalidade em saúde mental.

Observou-se que os municípios do G1 são marcados por déficits na cobertura tanto de APS quanto de RAPS, refletindo diretamente nos dados de morbimortalidade em saúde mental dos três estados. Os municípios com povos tradicionais apresentam condições mais desfavoráveis e piores índices na maior parte dos indicadores, em comparação aos municípios sem a presença dessas comunidades.

Apesar dos três estados nordestinos pesquisados apresentarem uma cobertura razoável de APS, estes equipamentos não têm conseguido atender satisfatoriamente as necessidades geradas pelas condições de vida dos municípios do G1. Os vazios assistenciais existentes, especialmente na cobertura de NASF, são resultado do desinvestimento na saúde pública, que reverbera no enfraquecimento das ações e serviços da APS, fragilizada também pelas reformulações na Política Nacional de Atenção Básica desde 2017 (CECILIO; REIS, 2018). Com isso, tem-se a diminuição da resolubilidade da APS frente às demandas de saúde mental, o aumento de registros de internações psiquiátricas, de óbitos e suicídios, com desdobramentos importantes em termos de sobrecarga de encaminhamentos para atenção especializada e reinternações.

No âmbito da Atenção Psicossocial, foram identificados déficits na cobertura de serviços especializados, seja pela falta de equipamentos, principalmente de CAPS, seja pela implantação inadequada destes. Acrescenta-se ainda a existência massiva de CTs nos três estados e o incremento dos investimentos em serviços da rede privada de saúde. Frente às lacunas assistenciais deixadas pelo Estado, observa-se o retorno e abertura de serviços que atuam na perspectiva manicomial em que sobressaem lógicas religiosas, disciplinadoras e excludentes, sem necessariamente disporem de uma equipe técnica mínima preparada para o atendimento dos usuários (PASSOS, 2020).

Por essa ordem, o crescente financiamento desses dispositivos antirreformistas e a forte relação entre a presença de povos tradicionais e a baixa oferta de cuidados em saúde mental observada tanto na atenção primária quanto

na especializada, faz-se visível um projeto político de genocídio e manutenção de vulnerabilidades sociais de populações historicamente colocadas às margens das políticas públicas, neste caso, a população negra, população assentada, pobre, rural e periférica. Não obstante a ausência de diretrizes tanto na Política Nacional de Atenção Básica quanto na de Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que considerem as particularidades e os modos de vida dessas populações, principalmente no que se refere aos processos de saúde-doença-cuidado, verificam-se repercussões importantes na garantia de cobertura e oferta qualificada de cuidados em saúde mental, sobretudo, em territórios atravessados por particularidades raciais, sociais e étnicas.

Tais constatações sinalizam diferentes níveis de complexidade que atuam como determinantes nessa realidade. Em nível estrutural, trata-se da atual conjuntura política governamental marcada pela necropolítica e pelo neoliberalismo, que retira das ações prioritárias a implantação da política de saúde mental e a manutenção do Sistema Único de Saúde e investe no recrudescimento da lógica hospitalocêntrica, manicomial e neopentecostal (AGOSTINI; CASTRO, 2019). Além disso, em nível local (dos municípios), é necessário observar suas realidades, se estão próximos ou distantes de municípios com grandes manicômios, a eficiência e qualidade da gestão municipal e dos serviços de saúde bem como a própria lógica manicomial que atravessa esses territórios e culturas.

Portanto, com base no exposto, destaca-se a necessidade de um maior investimento na adequação da cobertura dos serviços da APS e da RAPS, bem como na operacionalização de políticas públicas voltadas para os povos tradicionais, tais como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, visando oferecer um cuidado em saúde que articule o conjunto de fatores econômicos, psicossociais, culturais, biológicos e ambientais que incidem sobre os modos e as condições de vida, e conseqüentemente, sobre a situação de saúde mental dessas populações.

AGRADECIMENTOS: Ao CNPq, pelo suporte à pesquisa por meio das bolsas de Produtividade em Pesquisa (PQ) dos professores Magda Dimenstein e João Paulo Macedo e das cotas de IC na UFRN e UFC.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, Rafael; CASTRO, Adriana Miranda. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? *Saúde em Debate*, v. 43, p. 175-188, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe8/175-188/>> . Acesso em: 07 mar. 2021.

AMARANTE, Paulo. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/Ensp. 1995.

BOLONHEIS-RAMOS, Renato Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1231.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro De 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 07 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12*. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm>. Acesso em: 07 mar. 2021.

CARVALHO, Bruna Ré et al. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 462-469, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n4/1414-462X-cadsc-26-4-462.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. 1-14, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n8/e00056917/pt/>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

COSTA, Maria da Graça; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder. Estratégias de Cuidado e Suporte em Saúde Mental Entre Mulheres Assentadas. *Revista Colombiana de Psicologia*, v. 24, n. 1, p. 13-27, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80438019002>. Acesso em: 07 mar. 2021.

DANTAS, Cândida Maria Bezerra et al. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais. *Athenea digital*, v. 20, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/372177>. Acesso em: 07 mar. 2021.

DIMENSTEIN, Magda et al. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud & Sociedad*, v. 9, n. 1, p. 070-085, 2018. Disponível em: <<https://www.revistaproyecciones.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2869>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

DIMENSTEIN, Magda et al. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. *Amazônica-Revista de Antropologia*, v. 12, n. 1, p. 205-229, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/8303>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES (ENODC). *Relatório Mundial sobre Drogas 2020*. Disponível em: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/>. Acesso em: 07 mar. 2021.

GUIMARÃES, Thaís Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O social em questão*, v. 22, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=686&sid=59>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro, 2011.

LEROY, Jean Pierre; MEIRELES, Jeovah. Povos Indígenas e Comunidades Tradicionais: os visados territórios dos invisíveis. In: PORTO, M. F; PACHECO, T; LEROY, J. P. (org.). *Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o Mapa de Conflitos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p.115-31. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/468vp/pdf/porto-9788575415764.pdf#page=112>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

LOPES, Claudia de Souza. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do

problema. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n.2, p. 1-4, 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n2/e00005020/pt>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas et al. Inquérito de saúde em população quilombola baiana: relato de uma experiência em pesquisa epidemiológica. *Saúde e pesquisa*, p. 675-685, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119160?src=similardocs>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Global sobre Álcool e Saúde - 2018*. Genebra, Suíça, 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia et al. Comunidades terapêuticas e a (re) manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Argumentum*, v. 12, n. 2, p. 125-140, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064>. Acesso em: 07 mar. 2021.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.12, p.4579-4589, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300002&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 07 mar. 2021.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2157-2166, 2013. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n7/2157-2166/>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

SANTOS, Renata Carvalho; SILVA, Maria Sebastiana. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde e Sociedade*, v. 23, p. 1049-1063, 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2014.v23n3/1049-1063/pt/>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e redes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1791-1798/pt/>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n1/v8n1a11.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2021.