



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA (IPTSP)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSC)

AIRTON FERREIRA DOS SANTOS FILHO

**Avaliação temporal dos modelos de cuidado em
saúde mental no estado de Goiás (GO)**

GOIÂNIA

2025

Processo:
23070.033264/2025-88

Documento:
5546848



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Airton Ferreira dos Santos Filho

3. Título do trabalho

Avaliação temporal dos modelos de cuidado em saúde mental no estado de Goiás (GO)

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);
 - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA, Usuário Externo**, em 19/08/2025, às 11:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Airton Ferreira Dos Santos Filho, Usuário Externo**, em 26/08/2025, às 10:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5546848** e o código CRC **F77DA47F**.

AIRTON FERREIRA DOS SANTOS FILHO

Avaliação temporal dos modelos de cuidado em saúde mental no estado de Goiás (GO)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás (UFG) para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Professora Doutora Nathália dos Santos Silva

Coorientador: Professor Doutor Rafael Alves Guimarães

GOIÂNIA

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Santos Filho , Airton Ferreira dos
Avaliação temporal dos modelos de cuidado em saúde mental no estado de Goiás (GO) [manuscrito] / Airton Ferreira dos Santos Filho . - 2025.
0 82 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Nathália dos Santos Silva ; co-orientador Dr. Rafael Alves Guimarães .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2025.
Bibliografia. Apêndice.

1. Reforma psiquiátrica . 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Desinstitucionalização . I. Silva , Nathália dos Santos, orient. II. Título.

CDU 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **016/2025** da sessão de Defesa de Dissertação de Airon Ferreira dos Santos Filho, que confere o título de Mestre em **SAÚDE COLETIVA, no Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/IPTSP/UFG**, na área de concentração em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**.

Aos sete dias do mês de julho de dois mil e vinte cinco, a partir das **09h00**, na Sala Multimídia do IPTSP/UFG, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “Avaliação temporal dos modelos de cuidado em saúde mental no estado de Goiás (GO).” Os trabalhos foram instalados por mim, Profa. Dra. Nathália dos Santos Silva (**PPGSC/IPTSP/UFG**) **orientadora**, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profa. Dra. Larissa Arbués Carneiro (**PPGSC/IPTSP/UFG**), Profa. Dra. Camila Cardoso Caixeta (**FEN/UFG**). Em seguida, eu como presidente da banca, fiz a apresentação formal dos membros e orientei o candidato sobre como utilizar o tempo durante a apresentação de seu trabalho. A palavra a seguir, foi concedida ao autor da dissertação que, em 30 minutos procedeu à apresentação de seu trabalho. Terminada a apresentação, cada membro da Banca, utilizou o tempo de 20 minutos para arguir o candidato, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, a Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido o candidato **aprovado**, pelos seus membros, cumprindo todos os requisitos para fins de obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**, na área de concentração em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, pela Universidade Federal de Goiás.

Proclamados os resultados por mim Nathália dos Santos Silva, Presidente da Banca Examinadora, em seguida foram encerrados os trabalhos e, para constar, Neuracy Moreira Andrade, secretária do PPGSC/IPTSP/UFG, lavrou a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA**, **Usuário Externo**, em 08/07/2025, às 17:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Larissa Arbués Carneiro**, **Professora do Magistério Superior**, em 09/07/2025, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Cardoso Caixeta**, **Professora do Magistério Superior**, em 05/08/2025, às 10:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5464260** e o código CRC **CFFAC9D3**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas da SES-GO, em especial ao meu amigo Wisley Velasco, pelo auxílio grandioso na elaboração do banco de dados. Ao Professor Rafael Alves Guimarães da FEN-UFG, meu coorientador, pela contribuição na análise estatística e à minha orientadora, Nathália dos Santos Silva, pelo apoio durante toda a jornada de realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3	20
3.1.Da Reforma Psiquiátrica à RAPS	20
3.2 Avaliação de indicadores em Saúde Mental	33
4	39
4.1.Delineamento do estudo	39
4.2 Fonte de dados	39
4.3 Aspectos éticos	39
4.4 Contexto temporal	39
4.5 Contexto geográfico e sociodemográfico	40
4.6 Indicadores e variáveis de análise	42
4.6.1 Avaliação do modelo comunitário (Atenção Psicossocial)	42
4.6.2 Avaliação do modelo asilar (hospitalar)	45
4.7 Análise estatística	45
4.8 Apresentação dos resultados	46
5	46
5.1 Modelo comunitário (Atenção Psicossocial)	47
5.2 Modelo asilar (hospitalar)	50
6	53
7 Erro! Indicador não definido.	
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE	83

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Espacialização ICMF (Junho / 2024)	41
Figura 2 - Macrorregiões de saúde do estado de Goiás (SES-GO)	42
Figura 3 - iRAPS no estado de Goiás, por município, em 2008 e 2019	47
Figura 4 - iRAPS por macrorregião de saúde do estado de Goiás de 2008 a 2019	48
Figura 5 - LHE por 100 mil habitantes no estado de Goiás de 2008 a 2019	51
Figura 6 - Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes	54
Figura 7 - Número de Unidades de Acolhimento habilitadas, por tipo e UF	58
Figura 8 - Número absoluto de LHE e LHG (SUS) no Brasil de 2013 a 2024	63
Figura 9 - Número de leitos de saúde mental, por Região e UF, Brasil, dez/2024	64
Tabela 1 - Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	28
Tabela 2 - iRAPS por macrorregião de saúde (2008 e 2019)	47
Tabela 3 - Tendência do iRAPS por macrorregião de saúde de 2008 a 2019	47
Tabela 4 - Tendência das coberturas de NASF, CAPS, LHG e UA (2008 a 2019)	48
Tabela 5 - Coberturas de NASF, CAPS, LHG e UA (2008 a 2019)	49
Tabela 6 - Número absoluto de NASF, CAPS, LHG e UA (2008 a 2019)	49
Tabela 7 - Tendência da taxa de LHE por 100 mil habitantes (2008 a 2019)	50
Tabela 8 - Número absoluto de LHG e LHE em Goiás (2008 a 2019)	51
Tabela 9 - Cobertura populacional de LHE em diferentes países (OMS)	60
Tabela 10 - Cobertura populacional de LHG e LHE em países da UE	61
Tabela 11 - Cobertura populacional de LHG e LHE no Brasil	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias municipais de saúde
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DESF – Departamento de Saúde da Família
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
ESF – Estratégia de saúde da família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de desenvolvimento humano
IMAI-RAPS – Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS
IMB – Instituto Mauro Borges
IRAPS – Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial
ISM – Indicadores de Saúde Mental
LHE – Leito hospitalar especializado
LHG – Leito de saúde mental no Hospital Geral
MS – Ministério da Saúde
MLA – Movimento da luta antimanicomial
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAHO – Pan American Health Organization
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PVC – Programa de Volta pra Casa
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RPB – Reforma psiquiátrica brasileira
SAPS – Secretaria de Atenção Primária Primária à Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SHR – Serviço Hospitalar de Referência
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UA – Unidade de Acolhimento
UBS – Unidade Básica de Saúde
UE – União Europeia
WHO-AIMS – World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems
WHO – World Health Organization

RESUMO

Avaliação temporal dos modelos de cuidado em saúde mental no estado de Goiás (GO)

Os modelos de cuidado em saúde mental tem sido revistos a partir da segunda metade do século XX, no Brasil e em outros países, nos chamados movimentos de reforma psiquiátrica, que preconizam a inversão da lógica de cuidado centrada no hospital psiquiátrico para o cuidado em liberdade, com foco na garantia de direitos humanos e na atenção psicossocial de caráter comunitário e territorial. O objetivo deste trabalho foi avaliar a tendência temporal dos modelos de atenção em saúde mental no estado de Goiás (GO), nas últimas 02 (duas) décadas. Para tanto, foi realizado um estudo de séries temporais avaliando indicadores do modelo comunitário (Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial – iRAPS) e do modelo hospitalocêntrico (Taxa de leitos psiquiátricos especializados por 100 mil habitantes), durante o período de 2008 a 2019. Os resultados demonstraram aumento da oferta de dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – aumento do iRAPS de 0,10 em 2008 para 0,37 em 2019 – e redução da cobertura assistencial de leitos de psiquiatria em hospitais especializados pelo SUS – 17,7 leitos por 100 mil habitantes (2008) e 8,5 leitos por 100 mil habitantes (2019). Os achados deste estudo demonstraram uma dinâmica descompassada de transição entre os dois modelos, no período analisado. Apesar da nítida redução da oferta de leitos psiquiátricos especializados pelo SUS, o aumento dos dispositivos de atenção psicossocial ocorreu de forma lenta e heterogênea entre as macrorregiões de saúde do estado. Estes achados reforçam o caráter permanente e inacabado da reforma psiquiátrica brasileira, sobretudo no estado de Goiás, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS); reforma psiquiátrica; desinstitucionalização; estudos de séries temporais.

ABSTRACT

Temporal evaluation of mental health care models in the state of Goiás (GO) – Brazil

Mental health care models have been revised since the second half of the 20th century, in Brazil and other countries, as part of the so-called psychiatric reform movements, which advocate reversing the logic of care centered on psychiatric hospitals to care in freedom, with a focus on guaranteeing human rights and community and territorial psychosocial care. The aim of this study was to evaluate the temporal trend of mental health care models in the state of Goiás (GO) over the last two decades. To this end, a time series study was carried out evaluating indicators of the community model (Care Coverage Index of the Psychosocial Care Network - iRAPS) and the hospital based model (Rate of specialized psychiatric beds per 100,000 inhabitants), from 2008 to 2019. The results showed an increase in the supply of Psychosocial Care Network (RAPS) devices - iRAPS increased from 0.10 in 2008 to 0.37 in 2019 - and a reduction in the coverage of psychiatric beds in specialized hospitals by the SUS - 17.7 beds per 100,000 inhabitants (2008) and 8.5 beds per 100,000 inhabitants (2019). The findings of this study show an uneven transition between the two models in the period analyzed. Despite the clear reduction in the supply of specialized psychiatric beds by the SUS, the increase in psychosocial care devices occurred slowly and heterogeneously between the state's health macro-regions. These findings reinforce the permanent and unfinished nature of the Brazilian psychiatric reform, especially in the state of Goiás, within the scope of the Unified Health System (SUS).

Keywords: Unified Health System; psychiatric reform; deinstitutionalization; time series studies.

RESUMEN

Evaluación temporal de los modelos de atención a la salud mental en el estado de Goiás (GO) – Brasil

Los modelos de atención en salud mental vienen siendo revisados desde la segunda mitad del siglo XX, en Brasil y en otros países, como parte de los llamados movimientos de reforma psiquiátrica, que abogan por revertir la lógica de atención centrada en los hospitales psiquiátricos para la atención en libertad, con foco en la garantía de los derechos humanos y en la atención psicosocial comunitaria y territorial. El objetivo de este estudio fue evaluar la tendencia temporal de los modelos de atención en salud mental en el estado de Goiás (GO) en las últimas dos décadas. Para ello, se realizó un estudio de series temporales evaluando indicadores del modelo comunitario (Índice de Cobertura Asistencial de la Red de Atención Psicosocial - iRAPS) y del modelo hospitalocéntrico (Tasa de camas psiquiátricas especializadas por 100.000 habitantes) desde 2008 hasta 2019. Los resultados mostraron un aumento de la oferta de dispositivos de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) - los iRAPS pasaron de 0,10 en 2008 a 0,37 en 2019 - y una reducción de la cobertura de camas psiquiátricas en hospitales especializados por el SUS - 17,7 camas por 100.000 habitantes (2008) y 8,5 camas por 100.000 habitantes (2019). Los resultados de este estudio muestran una transición desigual entre los dos modelos en el período analizado. A pesar de la clara reducción de la oferta de camas psiquiátricas especializadas por parte del SUS, el aumento de los dispositivos de atención psicosocial se produjo de forma lenta y heterogénea entre las macrorregiones sanitarias del Estado. Estos resultados refuerzan el carácter permanente e inacabado de la reforma psiquiátrica brasileña, especialmente en el estado de Goiás, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS).

Palabras clave: Sistema Único de Salud; reforma psiquiátrica; desinstitucionalización; estudios de series temporales.

1. INTRODUÇÃO

Os modelos de cuidado em saúde mental devem ser analisados de acordo com o contexto histórico, social, político e cultural de cada época. O modelo asilar, ultrapassado nos dias de hoje, já representou um avanço em outros períodos da história. Quando comparado às intervenções realizadas em tempos medievais, o abrigo em asilos com finalidades terapêuticas, parecia uma forma mais humanizada de cuidado do que o abandono das pessoas à própria sorte ou a utilização de práticas de exorcismo de espíritos malévolos tidos como causadores das desordens mentais, como ocorria na Idade Média (FERREIRA, 2001).

O modelo asilar ganhou força na Europa durante o século XVIII, por exemplo na França, com Philippe Pinel (1745-1826), e deu origem aos primeiros grandes hospitais psiquiátricos (HARRIS, 2003). Entretanto, no século XX, estas instituições entraram em declínio em função de questões éticas e limitações acerca de sua efetividade terapêutica. Neste cenário, novas propostas de cuidado em liberdade surgiram, com destaque para o modelo de atenção psicossocial, do psiquiatra italiano Franco Basaglia, nas décadas de 1960 e 1970 (SERAPIONI, 2019). As primeiras iniciativas de fechamento dos manicômios iniciaram, portanto, na segunda metade do século XX, com respaldo de instituições de defesa dos princípios humanitários de garantia dos direitos humanos (WHO, 2003).

Os modelos de assistência em Saúde Mental, desde então, têm sido revistos ao redor do mundo (SEALY, 2004; DALTON-LOCKE, 2021; JOHNSON, 2018). Nos últimos 50 anos, mudanças profundas foram impulsionadas por organismos internacionais com o objetivo de garantir a dignidade das pessoas como pilar fundamental das diversas modalidades de atenção à saúde mental e coibir violações de direitos. Marcos legislativos importantes, como a Declaração de Caracas (PAHO/WHO,1990); e normas técnicas como as Diretrizes para a Promoção dos Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais (WHO,1996), foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para nortear a organização de serviços de modo a garantir a aplicação desses direitos (WHO, 2003).

Em termos práticos, os sistemas de saúde passaram a investir em dispositivos de base comunitária e territorial invertendo, gradativamente, a lógica de cuidado centrada no hospital psiquiátrico (WHO, 2021a). Esta transição, conhecida como desinstitucionalização, envolve fundamentalmente 03 (três) processos: mudança do paradigma de dependência do hospital psiquiátrico especializado, aumento da oferta de leitos de saúde mental nos hospitais gerais e criação de redes de serviços na comunidade (SEALY, 2004).

O processo de desinstitucionalização ocorre de forma heterogênea entre diferentes países e, até mesmo, entre regiões de um mesmo país (SEALY, 2004). Na União Europeia (UE), embora tenha ocorrido diminuição do número de leitos psiquiátricos por 100 mil habitantes nas últimas décadas, esta taxa varia consideravelmente entre os estados-membros (EUROPEAN COMMISSION, 2019). A mediana do bloco de países europeus é de 47 leitos por 100 mil habitantes. A maior taxa verificada é na Bélgica – 155 leitos / 100 mil habitantes – e a menor na Itália – 8 leitos / 100 mil habitantes (VANDONI, 2024).

As causas desta heterogeneidade dos números ainda não foram completamente esclarecidas. Podem estar associadas ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países e, conseqüentemente, aos investimentos em saúde, educação e políticas sociais, bem como à velocidade de desenvolvimento de serviços comunitários e transição do modelo hospitalocêntrico conduzida por lideranças regionais (METCALFE, 2020). A Itália, por exemplo, que possui o menor número de leitos por 100 mil habitantes quando comparada aos demais membros da UE, é historicamente reconhecida por adotar medidas drásticas de reformulação da assistência psiquiátrica, já no início da década de 1970, pelo movimento da Psiquiatria Democrática Italiana conduzido por Franco Basaglia (FOOT, 2014).

Na América Latina, os estudos que avaliam os processos de reforma psiquiátrica apresentam baixa qualidade metodológica, porém de forma geral demonstram carência de abordagens de reabilitação psicossocial (RAJA, 2021). De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em documento

técnico intitulado “*Deinstitutionalization of Psychiatric Care in Latin America and the Caribbean*” publicado em 2021, embora os serviços de atenção à saúde mental de base comunitária sejam a melhor opção para o cuidado de pessoas com transtornos mentais, um número significativo de países continua a gastar a maior parte de seus recursos financeiros limitados na manutenção de hospitais psiquiátricos, instituições ineficazes e ineficientes (PAHO/WHO, 2021).

No Brasil, a revisão dos modelos de assistência em saúde mental teve início no final da década de 70, junto com o movimento da reforma sanitária que foi responsável pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, as mudanças assistenciais foram mais intensas a partir da promulgação da Lei Federal 10.216 em 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Este marco temporal estabeleceu a internação psiquiátrica como intervenção a ser realizada apenas quando os recursos terapêuticos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001), realçando desta forma, a necessidade de criação de uma rede de serviços de base comunitária substitutiva e complementar.

Desde então, tem ocorrido a estruturação de novos dispositivos pertencentes à chamada Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (BRASIL, 2011), bem como a redução progressiva do número de leitos/internações em hospitais psiquiátricos e estímulo à criação de leitos em hospitais gerais (BRASIL, 2012; ROCHA, 2021). De acordo com o último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde – Saúde Mental em Dados (2025) – o Brasil possuía 51.393 leitos em hospitais especializados no ano de 2002. Já em 2024, este número havia caído para 10.890, ou seja, uma diminuição de aproximadamente 80% em duas décadas (BRASIL, 2025).

Apesar da redução de leitos ocorrida nos últimos 20 anos no país e da expansão dos serviços comunitários, o hospital psiquiátrico especializado ainda convive com os demais dispositivos da RAPS (BRASIL, 2025). Em locais onde pontos críticos de atenção, como leitos de saúde mental nos hospitais gerais e Centros de Atenção Psicossocial – CAPS tipo III (com funcionamento 24 horas) ainda não foram implantados ou estão abaixo da cobertura populacional

necessária, a dependência da internação hospitalar para atenção às urgências e emergências torna-se mais evidente (FERNANDES, 2020). Nestes cenários, o hospital psiquiátrico funciona como um equipamento terciário de cuidado, ocupando lacunas assistenciais e absorvendo usuários que demandam internação e não são contemplados pela rede extra-hospitalar.

A gestão estratégica dos sistemas de atenção à saúde mental deve garantir a expansão e qualificação da rede de serviços (WHO, 2021b), levando em consideração as especificidades sociais, econômicas e políticas de cada região. De acordo com Thornicroft (2012), nos países economicamente desenvolvidos, o quadro geral nas duas últimas décadas foi de redução progressiva dos leitos hospitalares especializados, acompanhada de investimento inadequado e lento em serviços comunitários. O autor ressalta que durante muito tempo, houve debates acalorados entre aqueles que acreditavam que a assistência deveria ser fornecida em grande parte por hospitais psiquiátricos e aqueles que adotavam a visão ideológica oposta, que o atendimento comunitário deveria substituir totalmente os hospitais. Por fim, o autor defende um modelo equilibrado (“*balanced care model*”) de coexistência entre serviços hospitalares e comunitários de atenção à saúde mental (THORNICROFT, 2012).

Entretanto, o modelo de “*balanced care*” ou seja, um pouco de hospital psiquiátrico e um pouco de saúde mental comunitária, para não incomodar ninguém, como define Saraceno (2020), nunca diz ‘onde’ os leitos devem estar, ou seja, se o “*balance*” entre leitos e serviços territoriais se refere a leitos em manicômios ou leitos em hospital geral; além disso, o modelo nunca diz se os recursos devem ser divididos igualmente entre leitos e não leitos ou não deixa claro se o montante gasto na manutenção de manicômios deveria ser destinado à implantação de um sistema extra-hospitalar eficiente (SARACENO, 2020).

A avaliação dos impactos da reforma psiquiátrica, a análise crítica do papel do hospital especializado nos dias atuais e o monitoramento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são ferramentas fundamentais para subsidiar a formulação de políticas públicas no campo da Saúde Mental, Álcool e outras

Drogas. A OMS (Organização Mundial de Saúde) e a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) produzem sistematicamente relatórios técnicos e instrumentos para subsidiar os governos locais na implementação de padrões de avaliação de desempenhos das políticas, programas e serviços de saúde mental (WHO, 2015; PAHO, 2021). No Brasil, propostas de avaliação qualitativa da RAPS foram desenvolvidas em São Paulo (ONOCKO-CAMPOS, 2017) e Minas Gerais (COELHO, 2022), assim como a elaboração de indicadores quantitativos de cobertura assistencial de pontos de atenção (FERNANDES, 2020; COELHO, 2022).

Apesar da inexistência de um programa claro, com diretrizes específicas para avaliação e monitoramento da RAPS pelo Ministério da Saúde, as iniciativas descritas apontam para a importância deste tema, sendo estas necessárias para auxiliar os gestores na alocação de recursos e no planejamento estratégico de ações efetivas de atenção à saúde mental. A análise das coberturas assistenciais dos dispositivos da RAPS permite identificar deficiências na oferta de serviços, orientar a expansão equânime de novos dispositivos, avaliar a efetividade das políticas de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica em diferentes regiões do país. Para além das questões apontadas acredito que as estratégias de avaliação são fundamentais para o planejamento e execução das ações de capacitação dos profissionais envolvidos e também contribui para a articulação da rede, além de oferecer subsídios para o monitoramento por parte dos órgãos competentes, incluindo o controle social. Tais motivos justificam, portanto, a escolha desta temática – análise de situação da rede de serviços de atenção à saúde mental no estado de Goiás – como objeto de estudo do presente trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a tendência temporal dos modelos de atenção em saúde mental – comunitário e hospitalar – no Estado de Goiás (GO).

2.2. Objetivos Específicos

- Analisar a cobertura assistencial dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado de Goiás – GO, no período de 2008 a 2019.
- Analisar a cobertura populacional de leitos especializados em Psiquiatria no estado de Goiás – GO, no período de 2008 a 2019.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Da Reforma Psiquiátrica à RAPS

A loucura, a insensatez e o devaneio estiveram presentes em toda a história das civilizações. Ao longo dos séculos, várias obras literárias e artísticas retrataram como comportamentos desviantes das normas sociais, políticas e culturais vigentes sempre foram marginalizados. Na Europa, obras clássicas fizeram referência à figura da “Nau dos Loucos”, alegoria do século XV que simbolizava a ideia de uma embarcação destinada a pessoas consideradas desviantes pela sociedade da época. O poema satírico de Sebastian Brant, intitulado "A Nau dos Insensatos", publicado em 1494, descreve uma embarcação fictícia na qual várias figuras excêntricas e insensatas embarcam, incluindo ladrões, mentirosos, jogadores e políticos corruptos (BRAGANÇA JÚNIOR, 2017). Outra interpretação notável do conceito pode ser encontrada na pintura "A Nave dos Loucos", do pintor renascentista Hieronymus Bosch (1450 – 1516), que retrata um navio cheio de figuras grotescas e caricaturais, sugerindo que a sociedade está afundando em tolices e vícios (MELO, 2011).

Embora os asilos ou manicômios tenham representado, no século XVIII e XIX, um marco significativo na história dos cuidados em saúde mental, lançando as bases da psiquiatria moderna, várias críticas foram feitas ao modelo e à apropriação do conceito de loucura pela medicina, sobretudo no século XX a partir da década de 1960.

Michel Foucault (1926-1984), em "História da Loucura na Idade Clássica" (1961), denominou o surgimento dessas instituições como o “grande internamento” ou “grande enclausuramento”. De acordo com Foucault, estes dispositivos de controle social não serviam para tratar os doentes mentais, mas sim para controlar e normatizar comportamentos desviantes. Ao trazer à tona essas mudanças na maneira como a sociedade tratava a loucura, Foucault questionou a autoridade médica e institucional na definição do que é normal e patológico. Sua análise crítica das práticas psiquiátricas e da medicalização da

loucura teve um impacto duradouro no campo da psicologia e da psiquiatria. Além disso, Foucault argumentou que a noção de loucura estava intrinsecamente ligada ao poder. Ele demonstrou como as instituições psiquiátricas eram usadas para suprimir dissidências e impor normas sociais de forma coercitiva sobre as subjetividades (FOUCAULT, 2004).

Thomas Szasz (1920-2012), psiquiatra húngaro que desenvolveu sua vida acadêmica nos Estados Unidos, também foi um crítico do conceito moderno de doença mental e defensor das liberdades individuais das pessoas submetidas a tratamentos psiquiátricos, sobretudo de forma involuntária. Szasz, em sua obra clássica “O mito da Doença Mental” de 1961, acreditava que o termo “doença mental” era uma construção cientificista utilizada para patologizar comportamentos e emoções. Assim como Foucault, defendia que os diagnósticos médicos em psiquiatria serviam como meio de controle social (BRACKEN, 2010). Para o autor, as pessoas deveriam ter o direito de fazer suas próprias escolhas sobre os seus cuidados de saúde mental, mesmo que tais escolhas fossem pouco convencionais ou impopulares. Ao criticar a validade dos diagnósticos psiquiátricos, Szasz também questionou a legitimidade da psiquiatria enquanto especialidade médica e se estabeleceu, nos Estados Unidos, como precursor da chamada Antipsiquiatria, movimento crítico dos princípios fundamentais da psiquiatria tradicional iniciado na Inglaterra na década de 1960 por Ronald Laing e David Cooper (SZASZ, 2011).

Erving Goffman (1922-1982), sociólogo canadense, também foi um crítico do modelo asilar. Goffman enquadra os asilos, na obra “Manicômios, Conventos e Prisões” (1961), no conceito de “instituição total”, ou seja, instituições, tais como hospitais psiquiátricos, quartéis militares, prisões e conventos, que exercem uma profunda influência nas vidas e identidades dos que nelas estão confinados. Nestes contextos, os indivíduos são sujeitados a uma rotina estruturada e desumanizante de privação da autonomia. A análise de Goffman revela como os indivíduos se adaptam a estas condições, sofrendo por vezes uma mortificação do eu, à medida que se conformam com as normas e expectativas da instituição. Assim como os demais autores citados anteriormente, Goffman reforça a ideia de controle social a partir das consequências negativas

sobre a identidade individual nos tratamentos em regime asilar, estigmatização e violação de direitos das pessoas vulnerabilizadas (GOFFMAN, 2019).

Além das críticas conceituais ao modelo asilar fomentadas pelo movimento da antipsiquiatria, a segunda metade do século XX foi caracterizada por superlotação dos manicômios, maus-tratos, violação de direitos humanos, utilização generalizada de restrições e outras formas de contenção física e química abusivas. O reconhecimento destas limitações éticas impulsionou a transição do modelo asilar para o modelo comunitário de atenção à saúde mental (WHO, 2023). Outros fatores como o desenvolvimento de novos recursos terapêuticos, o avanço da psicofarmacologia a partir de 1950 (BAN, 2007), a mudança de atitude em relação à doença mental e o ativismo pela defesa de direitos humanos (RUSSO, 2020) contribuíram para o tratamento das pessoas em liberdade, próximos dos seus ambientes de vida, trabalho e família.

As primeiras experiências de fechamento dos hospitais psiquiátricos e implementação de estratégias de desinstitucionalização ocorreram no continente europeu – Inglaterra, França e Itália. Estas iniciativas visavam transformar os sistemas, práticas e políticas de cuidado em saúde mental com o objetivo de satisfazer as necessidades e os direitos dos indivíduos, bem como reduzir o estigma associado aos transtornos mentais (IKKOS, 2022; COLDEFY, 2012).

A Itália se destacou neste processo, na década de 1970, a partir do movimento liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) e os ideais da Psiquiatria Democrática Italiana, que buscavam a humanização dos processos assistenciais (SERAPIONI, 2019). Assim como nos demais países europeus, o sistema de saúde mental italiano era centrado na assistência em hospitais psiquiátricos ou asilos, marcados por condições desumanas e pelos maus tratos infligidos aos doentes. Estas instituições estavam superlotadas, apresentavam escassez de recursos humanos, sendo frequentemente utilizadas como locais para segregar e isolar as pessoas com doenças mentais da sociedade. Basaglia defendia que a doença mental não deveria ser estigmatizada ou criminalizada e que os indivíduos com problemas de saúde mental mereciam dignidade, respeito

e cuidados adequados. A atuação de Franco Basaglia lançou as bases da Reforma Psiquiátrica Italiana, que transformou radicalmente a assistência psiquiátrica no país, através da promulgação da Lei 180, em 13 de maio de 1978, conhecida como a “Lei Basaglia”. Esta legislação histórica teve como objetivo a reorientação drástica do modelo de cuidado em saúde mental, tendo ocasionado o fechamento de hospitais psiquiátricos no país (PALERMO, 1991). O impacto de Franco Basaglia e da Reforma Psiquiátrica Italiana estendeu-se para além das fronteiras deste país. Suas influências inspiraram reformas semelhantes na América Latina e no Brasil, contribuindo para o movimento global no sentido da desinstitucionalização e dos cuidados comunitários de saúde mental (CASTALDELLI-MAIA, 2016).

A Reforma Psiquiátrica italiana ampliou a compreensão do adoecimento da população, reconhecendo a importância de fatores sociais na saúde mental. Basaglia e seus colaboradores acreditavam que as condições socioeconômicas desempenhavam um papel significativo na gênese dos chamados transtornos mentais pela psiquiatria convencional (FIORITTI, 2018). Esta compreensão representa uma ruptura com o modelo biomédico, pois muda o foco para a relação do sujeito com o ambiente. Neste ponto, é possível traçar um paralelo entre os ideais do movimento italiano e a Psiquiatria Preventiva e Comunitária, proposta pelo psiquiatra canadense Gerald Caplan, na década de 1960 na América do Norte. Este modelo surgiu sob influência da teoria da multicausalidade, do conceito de história natural de Leavell & Clarck (1965) e da Medicina Preventiva estadunidense, que estabeleceu os 03 (três) níveis clássicos de prevenção: primária, secundária e terciária (PUTTINI, 2010). A Psiquiatria Preventiva considera a doença mental como resultante de uma desordem na unidade biopsicossocial do indivíduo e estabelece um modelo de atenção focado na comunidade (CAPLAN, 1964). A grande crítica que se faz a este modelo é que ele pouco se aprofundou na determinação social das doenças mentais enquanto consequência do liberalismo econômico e opressão do sistema capitalista sobre a classe trabalhadora.

Apesar disso, o Preventivismo representou um avanço no estudo das iniquidades em saúde ao considerar os fatores ambientais ou ecológicos como

importantes constituintes do processo saúde-doença. Este paradigma lançou as bases do modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) que estabeleceu os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como eixos centrais do adoecimento, sobretudo doenças crônicas como os transtornos mentais, distribuídos em camadas, que incluem desde as relações do indivíduo com seu estilo de vida até macrodeterminantes como condições de habitação, trabalho e renda (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007). Ao aplicar a lógica deste modelo no campo da saúde mental, pode-se inferir que intervenções precoces sobre os DSS por meio de ações de promoção da saúde seriam capazes de evitar o surgimento ou o agravamento das doenças mentais, contribuindo para a desinstitucionalização através da redução da necessidade de utilização do manicômio como recurso terapêutico (BOSI, 2014).

Além das influências conceituais, a reestruturação dos modelos de atenção em saúde mental na América Latina foi impulsionada por marcos legais da OPAS/OMS, como a Declaração de Caracas, publicada em 1990. Este documento histórico enfatizou que “a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva”. Além disso destacou que “o hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial provoca o isolamento do paciente de seu meio, coloca em risco os seus direitos e absorve a maior parte dos recursos financeiros destinados à saúde mental”. Por fim declarou que “a reestruturação da atenção psiquiátrica implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços” (PAHO/WHO, 1990).

A Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB) ocorreu neste contexto, impactada pelos ideais de Franco Basaglia e da psiquiatria democrática italiana, em consonância com as mudanças dos sistemas de saúde mental e coletiva de outros países, com forte apelo por abordagens comunitárias, e amparada pela legislação de organismos internacionais. O cenário da assistência psiquiátrica no país era caótico desde o final da década de 1970, caracterizado por superlotação de manicômios e graves violações de direitos humanos. O processo se fortaleceu na década de 1980, de forma intrínseca ao movimento da Reforma Sanitária e das

discussões das conferências nacionais de saúde que resultaram na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). No campo político, o país passava por profundas alterações decorrentes do fim da ditadura e retorno do regime democrático (ZAMBENEDETTI e SILVA, 2008).

De acordo com Amarante (1998), o coletivo de profissionais que discutiam os modelos de cuidado em saúde mental, ativistas de direitos humanos, os próprios “loucos” e seus familiares se organizaram no chamado Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) com a proposta de uma “sociedade sem manicômios”. Os principais objetivos eram a melhoria do sistema, a luta contra a violência, a discriminação e a segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomiais. A participação ativa do MLA em comissões, conferências e audiências públicas, nas décadas de 80 e 90, foi fundamental para as mudanças legislativas que ocorreram nos anos seguintes, no âmbito do SUS e da assistência em saúde mental no Brasil (AMARANTE, 1998).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é um marco histórico na área da saúde pública do país. O SUS é um sistema de saúde que tem como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade e a equidade, proporcionando atendimento gratuito e de qualidade a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua condição social, econômica ou geográfica. A história do SUS remonta às décadas de 1970 e 1980, um período marcado por intensas mobilizações sociais e políticas em busca de uma reforma no sistema de saúde brasileiro. Antes da criação do SUS, o sistema de saúde do Brasil era fragmentado e ineficiente, com a predominância de serviços privados e uma assistência pública de baixa qualidade, que excluía a maior parte da população do acesso adequado à saúde. Contudo, a efetiva criação do sistema só ocorreu em 1988, com a promulgação da Constituição Cidadã, que determinou a implantação do SUS em todo o território nacional. A Lei 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 19 de setembro de 1990, estabeleceu as diretrizes para a organização do SUS em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal). Esta lei é complementada pela Lei 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS. Ambas constituem os alicerces da organização do sistema de saúde no Brasil e

estabelecem seus princípios operacionais: descentralização, hierarquização, regionalização, participação ou controle social (SOUZA e COSTA, 2010; BRASIL, 2009).

A autonomia conferida aos municípios por estes arcabouços legais permitiu a criação dos primeiros serviços da inicialmente denominada rede substitutiva, descentralizados e no território. Iniciativas pioneiras em alguns municípios como a implantação do NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) em Santos-SP (1989) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo (1987), representaram do ponto de vista prático, o início da mudança de paradigma assistencial e transição do modelo asilar ou hospitalocêntrico para o modelo comunitário de atenção à saúde mental. A efervescência dos ideais da Luta Antimanicomial associada às primeiras tentativas de desinstitucionalização no país que demonstravam eficácia e viabilidade do modelo promoveram a promulgação de leis estaduais e municipais, durante a década de 1990, bem como ao Projeto de Lei 3.657/89 apresentado na Câmara dos Deputados, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. O projeto tramitou durante mais de 10 anos e foi rejeitado, entretanto seu substitutivo foi aprovado e resultou na promulgação da Lei Federal 10.216 em abril de 2001 (AMARANTE e NUNES, 2018).

A Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, também conhecida como Lei 10.216/2001, é o principal marco legal que garante a reformulação da assistência em saúde mental no Brasil e a proteção dos direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais. Essa legislação visa a promover a desinstitucionalização, a humanização e a inclusão social dos usuários, substituindo progressivamente o modelo asilar por um modelo de atenção baseado na comunidade e no respeito aos direitos humanos. A Lei 10.216/2001, ao estabelecer em seu Artigo 4º que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, reforça a necessidade do SUS garantir a possibilidade de tratamento das pessoas com transtornos mentais em serviços substitutivos ou complementares, fora do ambiente do hospital psiquiátrico especializado (BRASIL, 2001).

Desta forma, em 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes de regulamentação dos CAPS por meio da Portaria 336/2002, categorizou este serviço em 03 (três) modalidades (CAPS I, II, III, AD e infantil) – definidos por complexidade e abrangência populacional – e destinou recursos financeiros para implantação e custeio destes dispositivos. Outro marco importante foi a criação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 por meio da Portaria 154/2008, com o objetivo de fortalecer as ações de matriciamento, inclusive no campo da saúde mental, para a Atenção Primária (TENÓRIO, 2002). Até este momento, os serviços emergentes se organizavam na lógica clássica de hierarquização do SUS: atenção primária, secundária e terciária, com os NASF no nível primário e os CAPS no nível secundário.

A estruturação da atenção à saúde em formato de redes assistenciais (RAS) é um fenômeno recente. De acordo com Eugênio Vilaça Mendes, esta nova forma de organização propõe a superação do modelo anterior fragmentado, reativo, episódico por meio de um sistema integrado capaz de responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira, sobretudo diante de um cenário de transição demográfica, aumento da prevalência de doenças crônicas e recursos financeiros limitados (MENDES, 2011).

A lógica da organização dos dispositivos de atenção em saúde mental em rede ocorreu somente em 2011, com a publicação da Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011), que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um conjunto de serviços e dispositivos de saúde mental que visa promover a inclusão social, a humanização do atendimento e a integralidade do cuidado para as pessoas com transtornos mentais, substâncias psicoativas e outras condições relacionadas. Assim como as demais redes assistenciais do SUS, a RAPS surge como uma inovação pois sua estruturação supera a lógica assistencial hierarquizada e fragmentada, visando a integração horizontal dos serviços, tendo a Atenção Primária como ordenadora das ações de saúde.

Os objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme as definições da Portaria 3.088/2011 e da Portaria de Consolidação nº 3/2017, são:

- I. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II. Promover acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção (Tabela 1) e;
- III. Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Tabela 1: Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

Atenção Primária em Saúde (APS)	Unidade Básica de Saúde (UBS) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Equipe de Consultório na rua Centros de convivência
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I, CAPS II, CAPS Ad, CAPSi, CAPS III
Atenção às Urgências e Emergências	SAMU, UPA 24 horas Pronto-socorro
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência (SHR)
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de acolhimento (adulto e infantil)
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
Reabilitação psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda Cooperativas sociais

BRASIL, 2011; BRASIL, 2017.

A Atenção Primária em Saúde (APS), composta pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, entre outras, atua como ordenadora da rede de

saúde e principal porta de entrada do SUS. Seu objetivo é garantir o primeiro acesso à saúde, incluindo, também, cuidados em saúde mental. São serviços de base territorial inseridos na comunidade, próximos ao local de moradia das pessoas, que visam assegurar um conjunto de ações, de âmbito individual e coletivo, que abrange o acolhimento da pessoa em sofrimento, oferta de ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

O componente da Atenção Psicossocial Especializada é formado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São pontos estratégicos da RAPS e se dividem nas seguintes modalidades (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017):

- CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.

- CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

- CAPSi: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

- CAPS ad Álcool e Drogas: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

- CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad, possuindo até 05 (cinco) leitos para acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

- CAPS ad III Álcool e Drogas: atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com problemas de saúde

mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral compõem os serviços do componente de Atenção Hospitalar da RAPS, que oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados à problemas de saúde mental e ao uso prejudicial de álcool, outras drogas. Tem como finalidade assegurar a retaguarda clínica e psiquiátrica, especialmente, em situações de crise, abstinências e intoxicações severas. Preconiza-se que as internações sejam de curta duração até a estabilização clínica, bem como a articulação e referenciamento para continuidade dos cuidados em outros dispositivos extra-hospitalares da RAPS, de acordo com o projeto terapêutico singular – PTS (BRASIL, 2011). Os leitos de psiquiatria nos hospitais especializados não fazem parte da composição da RAPS, visto que a implantação de leitos de saúde mental ou enfermarias especializadas nos hospitais gerais representam profunda quebra do paradigma assistencial de caráter asilar ao usuário em situação de crise.

A Atenção Residencial de Caráter Transitório, composta pelas Unidades de Acolhimento (UA) são residências temporárias para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, acompanhadas nos CAPS, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acolhimento terapêutico e protetivo. Oferecem cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24h, em um ambiente de moradia inserido na comunidade, e de acordo com o projeto terapêutico singular (PTS) elaborado e pactuado com a pessoa usuária e o CAPS de referência. Existem unidades de acolhimento para adultos – UAA – maiores de 18 anos, e para crianças e adolescentes – UAI – de 10 a 18 anos incompletos (BRASIL, 2011).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher e cuidar das pessoas em sofrimento psíquico graves e persistentes, egressas de internações psiquiátricas de longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, que não possuam suporte social e laços familiares. Juntamente com o Programa de Volta para Casa (PVC) representam estratégias de desinstitucionalização (BRASIL, 2011).

O componente Reabilitação Psicossocial da RAPS é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Além disso, apoia as iniciativas e grupos produtivos formados por pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Em 2017, a rede foi alterada por meio da Portaria n.º 3.588/2017, que incluiu novos serviços, como os CAPS AD IV e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM), bem como promoveu alterações no perfil de alguns dispositivos, como os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT (BRASIL, 2017). Esta portaria fez parte de um período de retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), quando comparado ao anterior (2001 a 2016) em que houveram avanços institucionais significativos (SAMPAIO e BISPO JÚNIOR, 2021). Alguns autores qualificam este período de “retorno ao modelo manicomial” com o termo “contrarreforma psiquiátrica” (PASSARINHO, 2022).

O contexto político da época caracterizado pelo impeachment da presidenta Dilma Rousseff e o avanço da extrema direita no Brasil, que culminou na eleição do presidente Jair Bolsonaro em 2018, resultou em profunda reorientação das políticas sociais no país. No campo da Saúde Mental, a ‘nova’ Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) instituída pelo Ministério da Saúde (MS), trouxe resoluções, portarias e decretos com a proposta de aumentar sistematicamente o financiamento de estruturas hospitalares/asilares e, por outro lado, exercer o contingenciamento de recursos da atenção de base comunitária e territorial (CRUZ, 2020).

O país passou novamente por uma transição política, nas eleições de 2022, que resultaram na volta do presidente Luiz Inácio Lula da Silva e a nomeação de gestores alinhados aos princípios da RPB no Ministério da Saúde. Os resultados práticos foram a revogação da Portaria 3.588/2017 pela Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023 (BRASIL, 2023a). Esta iniciativa faz parte da reconstrução da política de saúde mental e da retomada do fortalecimento da

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos moldes da Portaria 3088/2011.

Nos últimos 06 (seis) anos, a RAPS teve um dos mais baixos crescimentos na série histórica desde 2001, com queda nos repasses para custeio e novas habilitações (BRASIL, 2023b). A ascensão da extrema direita em vários países do mundo e no Brasil, reacendeu fantasmas da ditadura de ameaça à liberdade, recrudescer os efeitos da desigualdade social e colocou em risco avanços obtidos por anos de luta de trabalhadores da saúde. Somado a isso, a pandemia de COVID-19 sobrecarregou os sistemas de saúde e deixou sequelas na saúde mental da população, portanto, tratar este tema como eixo central e estratégico para o SUS deve ser prioridade do Ministério da Saúde. O momento atual é de retomada dos princípios inegociáveis de uma reforma psiquiátrica à brasileira, que apesar da coexistência com o modelo biomédico manicomial deve se orgulhar de ser um dos raros países que mantem serviços de saúde mental abertos e de base territorial em larga escala, assegurados por novas políticas públicas e novas leis (LOBOSQUE, 2024).

3.2. Avaliação de indicadores em Saúde Mental

Os processos de avaliação e monitoramento são fundamentais para a execução sustentável de qualquer política pública. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem por mandato promover o desenvolvimento e erradicar a pobreza no mundo, monitoramento pode ser definido como uma função contínua que tem como objetivo principal fornecer aos gestores e às partes interessadas de uma intervenção em andamento, informações antecipadas sobre seu progresso em direção ao resultado. A avaliação é um exercício seletivo que busca avaliar de forma sistemática e objetiva o progresso e a obtenção do resultado. Os conceitos são parecidos, mas os processos são diferentes, embora sejam complementares e, em ambos, a utilização de indicadores é um recurso metodológico essencial. Os indicadores transformam dados em informação e conhecimento acerca do fenômeno analisado (PNUD, 2002)..

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) define indicadores de

saúde como medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões de saúde da população, bem como do desempenho de um sistema de saúde (OPAS, 2018). A avaliação de desempenho ou performance por meio de indicadores envolve a utilização de métricas-chave que permitem aos profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas públicas acompanhar a evolução dos sistemas de saúde, identificar áreas problemáticas e tomar decisões informadas em evidências para aprimorar a assistência e promover o bem-estar da população (OPAS, 2018). A observação sistemática de indicadores por eixos temáticos, como acesso (cobertura de serviços de saúde), performance (qualidade do atendimento), estatísticas vitais (mortalidade, prevalência e incidência de doenças) permite aos gestores identificar lacunas no sistema e direcionar recursos de forma eficiente para as áreas que mais necessitam, atendendo assim ao princípio fundamental do SUS de Equidade (VIACAVA, 2012).

A análise situacional de sistemas de saúde depende não só da seleção de indicadores qualificados, mas também da forma de interpretação dos mesmos, a depender do objeto de estudo, metas e objetivos propostos. A avaliação de séries históricas ou séries temporais, por exemplo, é uma metodologia bastante utilizada em que os dados coletados e registrados ao longo de períodos prolongados, são analisados de forma quantitativa por meio de métodos estatísticos apropriados, permitindo a identificação de padrões e tendências (ANTUNES, 2015). Com isso, é possível verificar se as condições de saúde de determinada população ou as coberturas assistenciais de determinado ponto de atenção estão melhorando, piorando ou permanecendo estáveis ao longo do tempo.

No campo da saúde mental, a OMS tem desenvolvido ferramentas de avaliação qualitativa e quantitativa das políticas públicas e serviços nos estados membros. O “WHO-AIMS”, elaborado em 2005, que representa a sigla com as iniciais do documento “*World Health Organization Assessment Instrument for Mental health Systems*”, foi desenvolvido para avaliar os pontos fracos e as potencialidades dos sistemas de saúde mental de cada país. O instrumento possui 06 (seis) domínios de avaliação com definições e indicadores específicos sobre

política e legislação, serviços de saúde mental, saúde mental na atenção primária, recursos humanos, educação permanente e monitoramento (WHO, 2005). Em 2007, a OMS publicou o documento “*Monitoring and evaluation of mental health policies and plans*” com módulos específicos para avaliação e monitoramento das políticas e planos de saúde mental dos países interessados. O guia também estabelece metas, estratégias e indicadores, bem como responsáveis e prazos para execução de ações de saúde mental como financiamento, organização de serviços e educação permanente (WHO, 2007). Os dois documentos abordam avaliação global de aspectos do sistema de atenção em saúde mental.

O “*Quality Rights*” foi outro instrumento de avaliação elaborado pela OMS em 2012 e traduzido no Brasil pelo Ministério da Saúde, em 2015, como “Direito é Qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social”. Em comparação com os documentos anteriores, este instrumento tem como principal objetivo auxiliar a avaliação de serviços com foco na garantia direitos humanos e padrões de qualidade que devem ser respeitados, protegidos e cumpridos em dispositivos de internação e ambulatoriais de saúde mental e assistência social. O guia é composto por um pacote abrangente de materiais de treinamento e orientações práticas para profissionais de saúde mental, pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas, famílias, parceiros de cuidados, organizações não governamentais, organizações de pacientes, órgãos de acreditação em saúde e outros apoiadores sobre como implementar abordagens pautadas na garantia de direitos humanos e “*recovery*” em instituições de saúde mental, de acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e outros postulados internacionais de direitos humanos. (BRASIL, 2015).

No Brasil, o eixo avaliação e monitoramento faz parte dos atributos do SUS desde a sua criação. Na década de 1990, surgiram iniciativas para estruturação de indicadores específicos com esta finalidade, como a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), instituída em 1996, pelo Ministério da Saúde (MS) em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). A RIPSA é uma rede não hierarquizada, de natureza colaborativa, solidária e

integrada, voltada para geração, análise e disseminação de informações aplicadas às intervenções (políticas, programas, planos, projetos, estratégias e ações) em saúde pública no Brasil. As instituições que integram a rede como MS, CONASS, CONASEMS, IBGE e IPEA estabeleceram uma matriz de indicadores, dividida em sete subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, morbidade, mortalidade, recursos, cobertura e fatores de risco e proteção. Cada indicador é caracterizado na matriz pela sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados (RISI JUNIOR, 2006).

Apesar de propor métricas relevantes para avaliação de recursos e cobertura em outras áreas assistenciais, a matriz de indicadores desenvolvida pela RIPSA carece de informações sobre saúde mental e não contempla indicadores de desempenho da RAPS. O monitoramento de ações de saúde mental aparece de forma tímida na pactuação interfederativa de indicadores, para o período 2017-2021 (Ministério da Saúde), com a proposta de apenas 01 (um) indicador: ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2016). Lima e colaboradores (2022), que conduziram análise exploratória de indicadores de saúde mental (ISM) para a RAPS, consideram que este fato aponta para a ausência de indicadores oficiais no Brasil. Os autores propuseram uma matriz de ISM designados à gestão da RAPS, estruturados em 02 (duas) dimensões: geográfica (nacional/regional, local, individual) e temporal (entrada, processo e resultados). Alguns indicadores de desempenho estão presentes nesta matriz, como custo médio diário de leito, readmissões hospitalares por doença mental dentro de 30 dias, tempo médio de duração da internação aguda, número médio de dias de tratamento por período de atendimento comunitário de 03 meses, taxa de atendimento comunitário pré-admissional, taxa de atendimento comunitário pós-alta (LIMA, 2022).

Onocko-Campos e colaboradores (2017) propuseram um conjunto de indicadores para avaliação de CAPS tipo III no estado de São Paulo, desenvolvidos a partir da colaboração entre os pesquisadores, trabalhadores e gestores do serviço. Esta metodologia teve como objetivo superar limitações como o distanciamento entre formuladores e utilizadores, assim como os riscos da tecnificação de instrumentos avaliativos. O trabalho propôs uma reflexão sobre

a importância de considerar não apenas indicadores quantitativos, mas também elementos qualitativos que englobam a experiência dos pacientes, a eficácia dos tratamentos e a integração com a comunidade. Essa abordagem participativa envolveu não apenas profissionais da área de saúde mental, mas também usuários dos serviços e familiares. Foram elaborados 16 indicadores, agrupados em 8 temas: atenção à situação de crise; qualificação dos atendimentos grupais; trabalho em rede; gestão dos Centros de Atenção Psicossocial; educação permanente; singularização da atenção; atenção às pessoas com deficiência intelectual e uso de medicação. Os indicadores foram testados nos serviços e constituíram um conjunto potencialmente útil para subsidiar a avaliação, o monitoramento e a gestão dos Centros de Atenção Psicossocial (ONOCKO-CAMPOS, 2017). Entretanto, o foco desta iniciativa foi na avaliação de um determinado dispositivo da RAPS (CAPS tipo III), não contemplando, portanto, toda a rede de atenção (RAPS).

Coelho e colaboradores (2023) propuseram um estudo metodológico para desenvolvimento e validação do Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS (IMAI-RAPS) em Minas Gerais (MG). Os pesquisadores construíram um modelo teórico-lógico da RAPS com base na tríade estrutura, processo e resultado, organizado em: unidades mínimas (assistência à saúde mental e reabilitação psicossocial), conectividade (articulação da rede), integração (governança e gestão do cuidado), normatividade (Política de Saúde Mental, participação e controle social), subjetividade e estrutura (serviços, sistema logístico e educação em saúde). Desse modelo derivou-se o IMAI-RAPS que foi validado por 44 experts da área indicando a abordagem de questões relevantes, úteis e viáveis para avaliação da estrutura e processo de implantação da rede de atenção no estado de Minas Gerais – MG (COELHO, 2023). O IMAI-RAPS adota uma abordagem multidimensional qualitativa, considerando não só a organização dos serviços, mas também a articulação entre os diferentes níveis de cuidado oferecidos na rede. Essa abordagem avalia a qualidade, acessibilidade e eficiência dos serviços prestados dos diferentes dispositivos da RAPS.

Além das propostas de avaliação qualitativa da RAPS, alguns autores desenvolveram indicadores quantitativos para verificar oferta e cobertura dos

serviços comunitários de atenção à saúde mental. Fernandes e colaboradores (2020) criaram um constructo metodológico e instrumental denominado iRAPS (Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial) com base na parametrização legal das coberturas assistenciais dos seguintes dispositivos da RAPS: Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento (UA) em todas as suas modalidades; Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral (LHG). Com base neste indicador, o autor realizou um estudo longitudinal retrospectivo, no período de 2008 a 2017, com o objetivo de avaliar o avanço da implantação de serviços comunitários e a efetividade da cobertura da RAPS em 5.570 municípios de todas as regiões do Brasil. Os resultados mostraram que 77% da população brasileira habitava localidades com cobertura de serviços comunitários baixa ou inexistente. Apenas 439 cidades, 7,9% do total, apresentavam cobertura assistencial de todos os dispositivos da RAPS (FERNANDES, 2020).

Coelho e colaboradores (2022) realizaram um estudo transversal com metodologia semelhante, utilizando dados referentes ao ano de 2019 das macrorregiões e regiões de saúde de Minas Gerais (MG), para o cálculo de indicadores específicos de cobertura assistencial descritos como Índice CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Índice NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), Índice ESF (Estratégia de Saúde da Família) e Índice LHG (Leitos Psicossociais em Hospitais Gerais). A partir da média aritmética desses 04 (quadro) índices, os autores também calcularam um indicador geral denominado iRAPS para cada região geográfica. Os resultados demonstraram a implantação de uma rede robusta, porém com importante heterogeneidade regional, carência de serviços voltados para populações específicas e com funcionamento 24 horas, evidenciando fragilidades no acesso à RAPS em diversos territórios do estado (COELHO, 2022).

Apesar dessas experiências relatadas na literatura, fica evidente a inexistência de ações permanentes de avaliação e monitoramento da implementação da RAPS no Brasil. A subnotificação de dados estratégicos e falta de cultura de registros das práticas assistenciais também comprometem a geração de informações confiáveis e de qualidade.

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais (LIMA-COSTA, 2003; MORGENSTERN, 1995) que analisou a tendência temporal (séries históricas) dos modelos de cuidado em saúde mental – asilar (hospitalar) e comunitário – em Goiás (GO).

4.2. Fonte de dados

Foram utilizados dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) – Ministério da Saúde. Os dados foram extraídos pelo software TabWin e categorizados em tabelas dinâmicas pelo software Microsoft Excel. Possíveis inconsistências como duplicidade de informação sobre a implantação de serviços no cadastro do CNES ou inexistência de serviços cadastrados, foram verificadas através de busca ativa e contato com os gestores das respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios envolvidos.

4.3. Aspectos éticos

O presente estudo utilizou dados de domínio público, sem a identificação de participantes ou indivíduos, não sendo necessário a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) conforme previsto na Resolução 510/2016 (CONEP).

4.4. Contexto temporal

O estudo foi realizado a partir da extração dos dados disponíveis nos sistemas de informação (DATASUS) entre 01 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2019. A justificativa de escolha destes marcos temporais foi feita com base no período em que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estiveram legalmente em vigência no Brasil, amparados pela Portaria GM/MS

154/2008 e Portaria 2979/2019, uma vez que a cobertura deste dispositivo constitui um dos componentes do numerador para o cálculo do iRAPS.

4.5. Contexto geográfico e sociodemográfico

Goiás, um dos 26 estados brasileiros, está situado na região Centro-Oeste do país ocupando uma área de 340.106 km². Sétimo (7^o) estado em extensão territorial, Goiás tem posição geográfica privilegiada. Limita-se ao norte com o estado do Tocantins, ao sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com Mato Grosso. Goiás possui 246 municípios e mais de 7,2 milhões de habitantes. Goiânia, sua capital, é o núcleo polarizador da Região Metropolitana, aglomerado de 20 municípios que abriga mais de 2,5 milhões de habitantes (IMB, 2023).

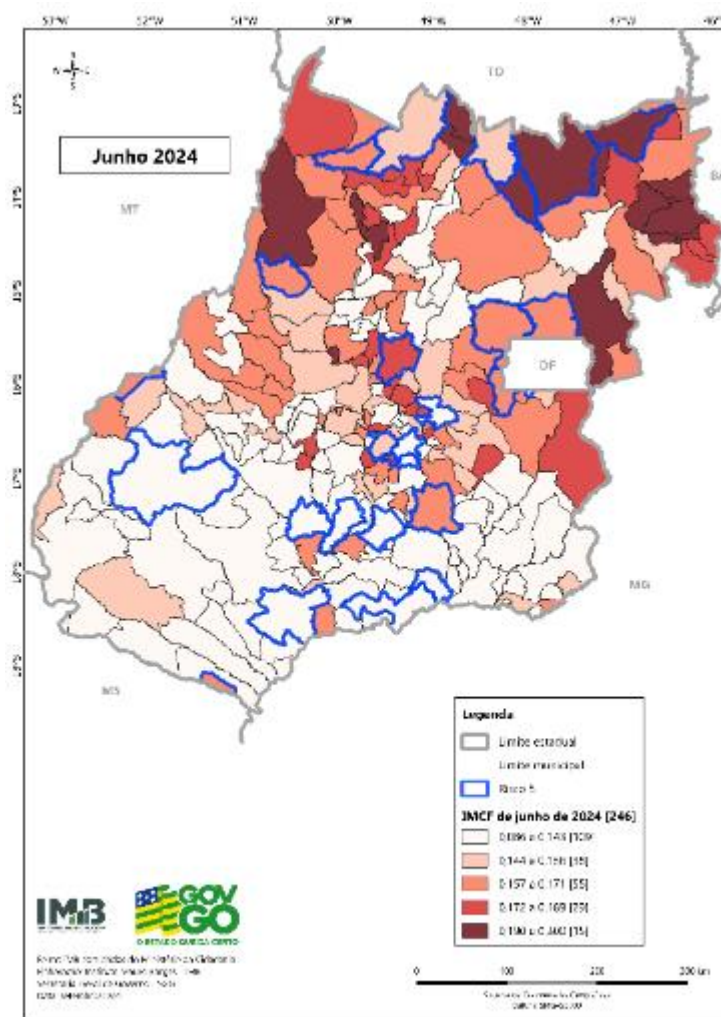
A estrutura demográfica goiana vem passando por consideráveis transformações nas últimas décadas, com uma tendência crescente do envelhecimento da população, sendo a expectativa de vida média de 75,14 anos em 2022. O estado de Goiás possui pouco mais de 71% da população com esgotamento sanitário, em torno de 64% da população coberta pela ESF, cerca de 2,81 médicos para cada 1000 habitantes e 2,96 leitos para cada 1000 habitantes, conforme dados de 2022 (IMB, 2023).

Goiás é a 9^a (nona) economia brasileira com um PIB de R\$ 208,7 bilhões, representando 2,8% do PIB nacional. Sua renda per capita resulta em R\$ 29.732,40. Entre 2010 e 2019, o PIB goiano cresceu a uma taxa média de 1,5% ao ano, desempenho acima do nacional, que ficou em 0,7%. Este resultado deve-se à evolução do agronegócio goiano, do comércio e também ao crescimento e diversificação do setor industrial (IMB, 2023).

Apesar do avanço econômico, Goiás possui desafios em relação à desigualdade socioeconômica entre municípios como demonstra o Índice Multidimensional de Carência das Famílias (IMCF), construído com base em 03 (três) dimensões fundamentais: educação, habitação e renda. Com base neste índice, alguns municípios, principalmente das regiões norte e nordeste do estado

apresentam elevada vulnerabilidade social (Figura 1) e são consideradas localidades prioritárias para intervenção de políticas públicas.

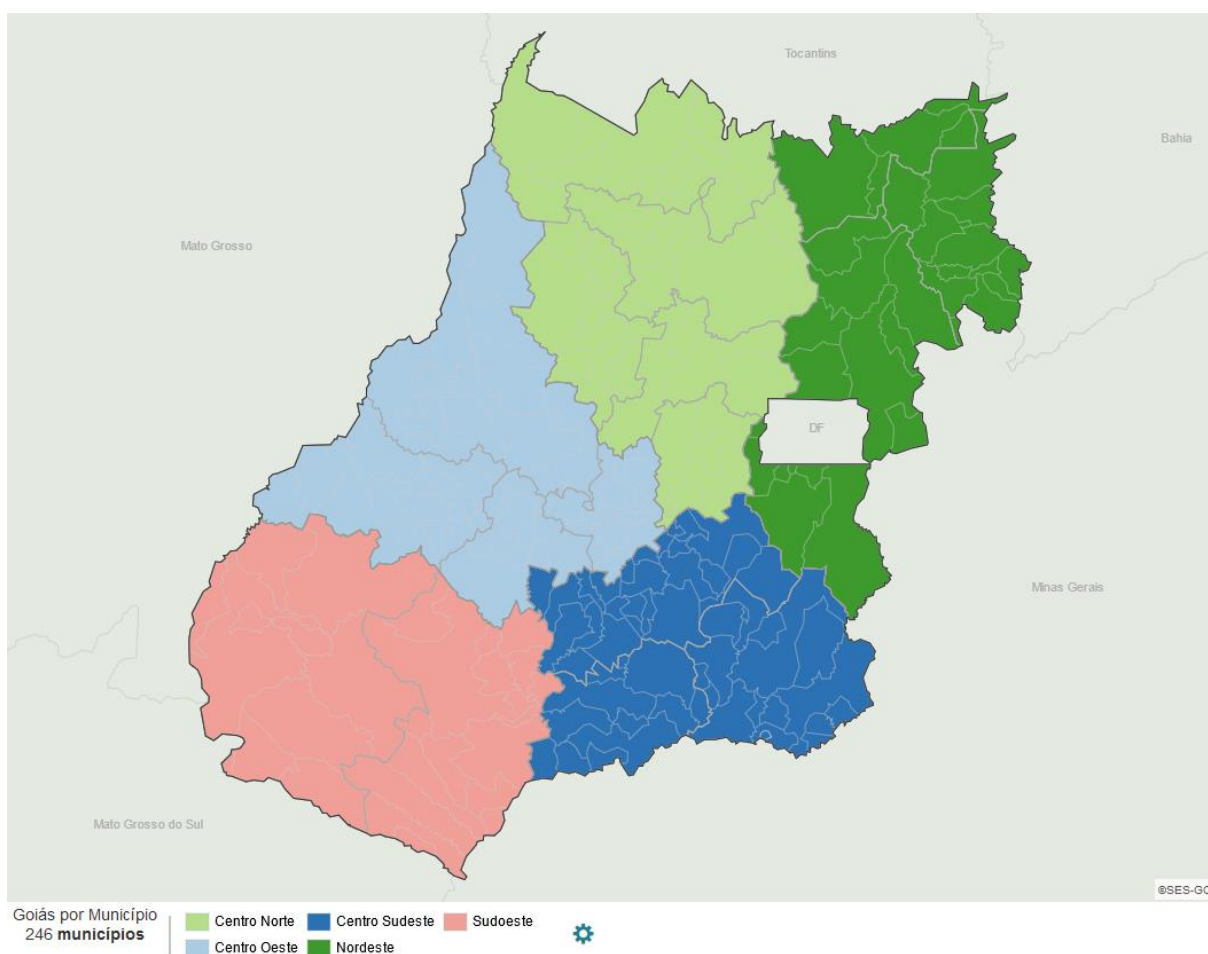
Figura 1: Espacialização do Índice Multidimensional de Carência das Famílias - ICMF (Junho / 2024)



Fonte: Instituto Mauro Borges (IMB), 2024.

Para a realização deste estudo, foram consideradas as 18 (dezoito) regiões de saúde do Estado de Goiás (Figura 2), agrupadas em 05 (cinco) Macrorregiões (Centro-Norte, Centro-Oeste, Centro-Sudeste, Nordeste e Sudoeste), conforme definição do Plano Diretor de Regionalização – PDR (GOIÁS, 2022).

Figura 2: Macrorregiões de saúde do estado de Goiás (SES-GO)



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO (GOIÁS, 2024).

4.6. Indicadores e variáveis de análise

4.6.1. Avaliação do modelo comunitário (Atenção Psicossocial)

Para avaliação do modelo comunitário de saúde mental, utilizamos o Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial – iRAPS, elaborado por Fernandes e colaboradores (2020). O iRAPS é uma medida que avalia e agrega as coberturas populacionais dos seguintes dispositivos da RAPS:

- Cb NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
- Cb LHG: Leitos de saúde mental no hospital geral;
- Cb CAPS: Centro de Atenção Psicossocial (modalidades I, II, III, i, ad e ad III,);
- Cb UA: Unidade de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil).

O resultado final é representado pela média de cobertura do total de serviços de determinada localidade (FERNANDES, 2020). Este constructo metodológico permite ainda, segundo o autor, a estratificação de diferentes regiões da seguinte forma:

- **RAPS inexistente** (iRAPS = 0);
- **RAPS de baixa efetividade** (iRAPS = 0,10 – 0,49);
- **RAPS de média efetividade** (iRAPS = 0,50 – 0,99);
- **RAPS efetivada** (iRAPS >1).

Com base nessas definições, calculamos o iRAPS para cada município, região de saúde e macrorregião do estado de Goiás. As fórmulas matemáticas para o cálculo das coberturas populacionais levaram em consideração em seu numerador o valor máximo de cobertura de usuários conforme os parâmetros estabelecidos pelas resoluções normativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012) sendo assim representadas:

- Unidade de Acolhimento (UA) – Adulto:

$$CbUA = \sum UA \times 200.000 / \text{População}$$

- Unidade de Acolhimento (UA) – Infantojuvenil:

$$CbUAi = \sum UAi \times 100.000 / \text{População}$$

- NASF I:

$$\text{CbNASF I} = \sum \text{NASF I} \times 9 / \text{População} \div 3.450^*$$

* 3.450 é a quantidade mínima de pessoas que uma equipe de Saúde da Família (eSF) precisa cobrir (eSF ideal).

- NASF II:

$$\text{CbNASF II} = \sum \text{NASF I} \times 4 / \text{População} \div 3.450$$

- NASF III:

$$\text{CbNASF III} = \sum \text{NASF I} \times 2 / \text{População} \div 3.450$$

- CAPS I:

$$\text{CbCAPS I} = \sum \text{CAPS I} \times 20.000 / \text{População}$$

- CAPS II:

$$\text{CbCAPS II} = \sum \text{CAPS II} \times 70.000 / \text{População}$$

- CAPS III:

$$\text{CbCAPS III} = \sum \text{CAPS III} \times 150.000 / \text{População}$$

- CAPS ad:

$$\text{CbCAPS ad} = \sum \text{CAPS ad} \times 70.000 / \text{População}$$

- CAPS i:

$$\text{CbCAPS i} = \sum \text{CAPSi} \times 70.000 / \text{População}$$

- CAPS ad III:

$$\text{CbCAPS ad III} = \sum \text{CAPS ad III} \times 150.000 / \text{População}$$

- LHG:

$$\text{CbLHG} = \sum \text{LHG} \times 23.000 / \text{População}$$

Para o cálculo das coberturas de NASF (Cb NASF) e conseqüentemente do iRAPS, foram considerados dados disponíveis até 31 de dezembro de 2019, pois esta modalidade de serviço foi extinta em 2020 pela Nota técnica nº 03 do Departamento de Saúde da Família (DESF) da Secretaria de Atenção Primária Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

4.6.2. Avaliação do modelo asilar (hospitalar)

Para avaliação do modelo de cuidado asilar ou hospitalar, analisamos a variável componente hospitalar especializado (“LHE”), calculada a partir do número total de leitos de psiquiatria cadastrados em hospitais psiquiátricos especializados no estado de Goiás (SUS e não-SUS) nos últimos anos e suas respectivas taxas por 100 mil habitantes, levando-se em consideração as estimativas populacionais definidas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 1º de julho de cada ano.

4.7. Análise estatística

Os dados importados do DATASUS pelo TabWin foram organizados pelo software Microsoft Excel em uma tabela dinâmica e, em seguida, foram transferidos para a ferramenta STATA, versão 17.0, para análise estatística. Para a elaboração dos mapas georreerenciados foi utilizado o software QGIS versão 3.40.1.

As unidades de análise foram compostas pelos anos das séries temporais (2008-2019) de cada município e macrorregião de saúde do estado de Goiás

(GO). Para a análise da tendência temporal foi utilizado o modelo de regressão linear de Prais-Winsten. A variável dependente (Y) considerada foi o Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial (iRAPS). As variáveis independentes (X) das séries temporais foram os anos das séries temporais. A equação de regressão foi definida por $\log(Y_t) = \beta_0 + \beta_1 + e_t$, sendo $\log(Y_t)$ os valores dos indicadores após a transformação logarítmica, β_0 o intercepto ou constante da regressão; β_1 a inclinação da reta e e_t o erro aleatório. O “t” estima os tempos do conjunto de dados $\{t_1, \dots, t_{21}\}$, no caso $t_1=2008$ e $t_{21}=2019$.

A seguir, foram calculadas as variações percentuais anuais (VPA) e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) a partir dos valores dos coeficientes de regressão lineares (β_1) e dos erros padrões (EP) robustos. As tendências foram consideradas como crescentes (VPA positiva e valor de p significativo < 0.05), decrescentes (VPA negativa e valor de p significativo) ou estacionárias (VPA positiva ou negativa e valor de p não significativo), com base na VPA e nos valores de p obtidos na regressão (ANTUNES, 2015).

4.8. Apresentação dos resultados

Os resultados das análises foram apresentados em gráficos de linhas das séries históricas para as macrorregiões do estado de Goiás e tabelas com o valor médio dos indicadores, por macrorregião, valores estimados na análise de tendência e de correlação por regressão linear, além de mapas georreferenciados com os indicadores por município.

5. RESULTADOS

5.1. Modelo comunitário (Atenção Psicossocial)

A oferta de serviços assistenciais de caráter comunitário e territorial da RAPS aumentou de forma expressiva nos municípios goianos no período entre 2008 e 2019 (Figura 3). O iRAPS, no estado, avançou de 0,10 em 2008 para 0,37 em 2019. Todas as macrorregiões de saúde evidenciaram variação positiva do índice, entretanto, este aumento ocorreu de forma heterogênea entre as cidades e regiões de saúde (Tabela 2).

Figura 3: Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial (iRAPS) em Goiás, por município, em 2008 e 2019.

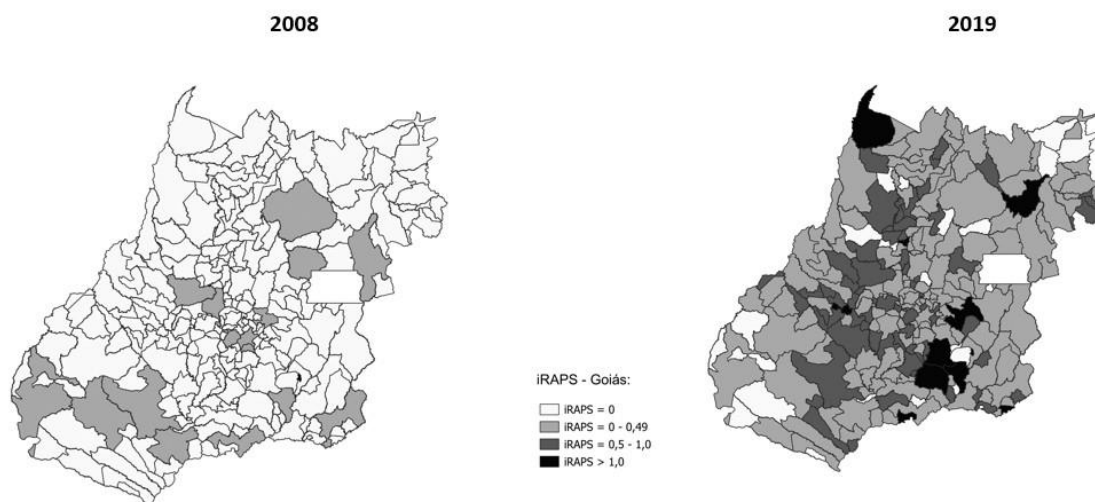


Tabela 2: Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial (iRAPS) por Macrorregião de saúde do estado de Goiás em 2008 e 2019:

	2008	2019	Varição (%)	Média
Centro-Oeste	0.15	0.32	+ 117.69	0.263
Nordeste	0.02	0.18	+ 1.056,25	0.115
Centro-Norte	0.15	0.47	+ 217.45	0.309
Sudoeste	0.11	0.42	+ 273.87	0.310
Centro-Sudeste	0.04	0.52	+ 1.168,29	0.325
Goiás	0.10	0.37	+ 277.55	0.261

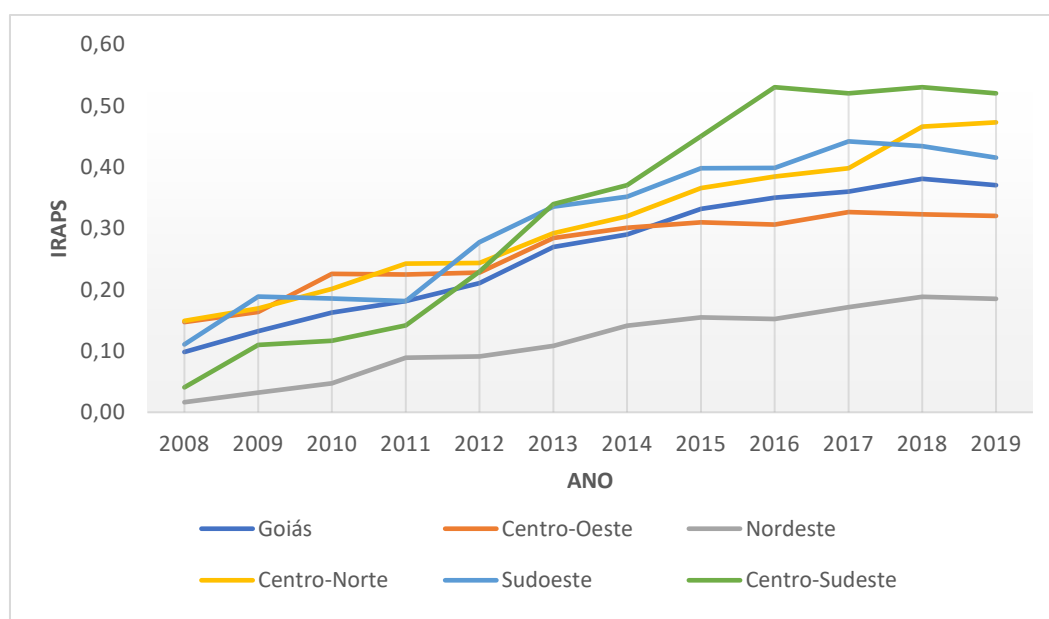
Apesar do incremento positivo, todas as macrorregiões mantiveram iRAPS abaixo de 0,5 (RAPS de baixa efetividade), exceto a região Centro-Sudeste que apresentou, em 2019, valores de iRAPS acima de 0,5 (RAPS de média efetividade). A região Nordeste, que em 2008 apresentava o menor valor de iRAPS (0,02), permaneceu com o índice mais baixo (0,18) em comparação com as demais macrorregiões de saúde. A análise de tendência (Tabela 3) evidenciou que todas as macrorregiões apresentam tendência de crescimento do iRAPS. Estes achados estão representados na Figura 4, que mostra as curvas das séries temporais do iRAPS em Goiás por macrorregião, no período entre 2008 e 2019.

Tabela 3: Tendência do iRAPS por macrorregião de saúde do estado de Goiás de 2008 a 2019:

Região	VPA	LI	LS	R ²	Valor de p	Tendência
Centro-Oeste	3.08	1.68	4.5	0.906	0,001	Crescente
Nordeste	1.63	1.34	1.91	0.928	<0,001	Crescente
Centro-Norte	4.69	4.01	5.37	0.975	<0,001	Crescente
Sudoeste	5.2	3.32	7.12	0.857	<0,001	Crescente
Centro-sudoeste	10.06	6.03	14.24	0.844	<0,001	Crescente
Goiás	5.37	3.18	7.62	0.919	<0,001	Crescente

VPA = Variação Percentual Annual; LI=Limite Inferior; LS=Limite Superior

Figura 4: Índice de Cobertura da Assistência Psicossocial (iRAPS) por macrorregião de saúde do estado de Goiás de 2008 a 2019.



O iRAPS é um indicador que agrega 04 componentes essenciais da RAPS: coberturas populacionais de NASF, CAPS, LHG e UA. A análise detalhada dessas variáveis demonstra que o aumento verificado nos índices, entre 2008 e 2019, ocorreu fundamentalmente devido ao aumento das coberturas de NASF e CAPS nos municípios goianos. Embora, as 04 (quatro) categorias de dispositivos tenham apresentado tendência de crescimento (Tabela 4), podemos verificar que as coberturas populacionais de LHG e UA permaneceram extremamente baixas entre 2008 e 2019 (Tabela 5).

Tabela 4: Tendência das Coberturas populacionais de NASF, CAPS, LHG e UA no estado de Goiás de 2008 a 2019:

Goiás	VPA	LI	LS	R²	Valor de p	Tendência
Cob NASF	21	3.44	41.54	0.43	0.022	<i>Crescente</i>
Cob CAPS	2.52	1.41	3.63	0.889	0.000	<i>Crescente</i>
Cob LHG	18.14	7.96	29.27	0.568	0.002	<i>Crescente*</i>
Cob UA	29.63	10.71	51.77	0.694	0.004	<i>Crescente*</i>

VPA = Variação Percentual Anual; LI=Limite Inferior; LS=Limite Superior

Tabela 5: Coberturas populacionais de NASF, CAPS, LHG e UA (todas as modalidades) no estado de Goiás de 2008 a 2019:

	Cob NASF	Cob CAPS	Cob LHG	Cob UA
2008	0,01	0,39	0,00	0,00
2009	0,12	0,39	0,02	0,00
2010	0,18	0,45	0,02	0,00
2011	0,22	0,49	0,01	0,00
2012	0,23	0,60	0,01	0,00
2013	0,36	0,66	0,05	0,02
2014	0,48	0,65	0,03	0,02
2015	0,52	0,72	0,06	0,02
2016	0,52	0,78	0,07	0,02
2017	0,57	0,78	0,09	0,02
2018	0,61	0,80	0,09	0,02
2019	0,59	0,80	0,09	0,02

A cobertura de NASF e de CAPS (considerando todas as suas modalidades e parâmetros populacionais definidos pelo Ministério da Saúde) aumentou expressivamente em Goiás no período analisado, entretanto poucos leitos de saúde mental em hospitais gerais (LHG) e unidades de acolhimento (UA) foram criados (Tabela 6). Em 2019, o estado contava apenas com 26 leitos (LHG) e apenas 02 unidades de acolhimento (UA).

Tabela 6: Número absoluto de NASF, CAPS, LHG e UA (todas as modalidades) no estado de Goiás de 2008 a 2019:

	NASF	CAPS	LHG	UA
2008	1	25	0	0
2009	27	26	4	0
2010	41	29	4	0
2011	52	37	4	0
2012	56	43	4	0
2013	117	51	13	1
2014	175	52	8	2
2015	199	60	17	2
2016	202	63	21	2
2017	227	67	21	2
2018	243	72	21	2
2019	242	76	21	2

5.2. Modelo asilar (hospitalar)

A análise do modelo hospitalocêntrico asilar avaliou a cobertura populacional de leitos de psiquiatria em hospitais especializados, de 2008 a 2019. Conforme demonstrado na Figura 5, houve uma redução de leitos especializados (LHE) por 100 mil habitantes, ofertados pelo SUS, ao longo dos anos. Em 2008, a taxa era de 17,7 leitos (LHE) por 100 mil habitantes e em 2019, o índice era de 8,5 leitos por 100 mil habitantes, ou seja, uma diminuição de aproximadamente 50% em uma década.

Entretanto, observamos de maneira inversa, neste mesmo período, aumento de leitos (LHE) privados (não SUS). Em 2008, haviam 7,3 leitos por 100 mil habitantes, já em 2019 a taxa era de 17,6 leitos por 100 mil habitantes, representando um aumento de aproximadamente 58% em 10 anos.

As análises de tendência (Tabela 7) reforçaram estes achados e é interessante notar que a resultante desses 02 (dois) fenômenos – redução da oferta de leitos públicos (SUS) e aumento dos leitos privados (não SUS) em hospitais especializados – foi uma curva estacionária de leitos (LHE) totais no estado (Figura 4). Considerando a soma de leitos (LHE) totais (SUS e não SUS) ofertados por hospitais especializados em Goiás, em 2008 a taxa era de 25 leitos por 100 mil habitantes e em 2019, 26 leitos por 100 mil habitantes. Ou seja, os índices permaneceram praticamente inalterados em 10 anos.

Figura 5: Leitos de psiquiatria em Hospitais Especializados (LHE) – SUS e não SUS – por 100 mil habitantes no estado de Goiás de 2008 a 2019.

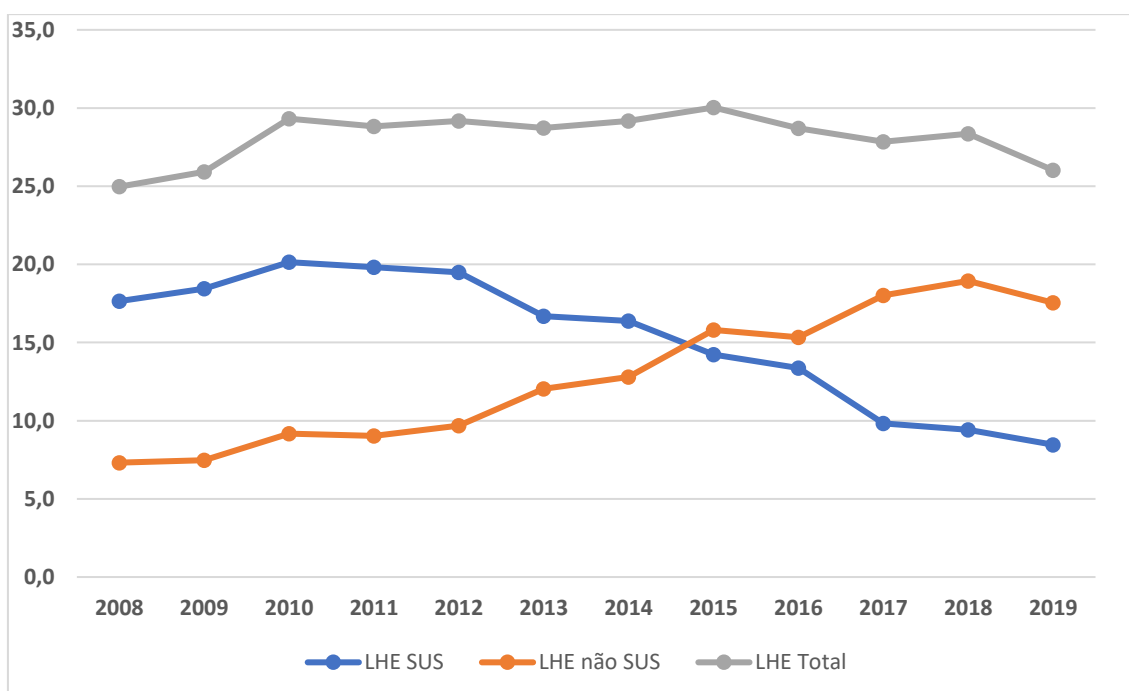


Tabela 7: Tendência da taxa de Leitos de psiquiatria em Hospitais Especializados (LHE) por 100 mil habitantes no estado de Goiás de 2008 a 2019:

Goiás	VPA	LI	LS	R ²	Valor de p	Tendência
LHE Total	0.15	0.55	0.87	0.979	0.638	<i>Estacionária</i>
LHE não SUS	1.68	1.13	2.24	0.952	0.000	<i>Crescente</i>
LHE SUS	- 1.2	- 1.94	- 0.45	0.641	0.005	<i>Decrescente</i>

VPA = Variação Percentual Anual; LI=Limite Inferior; LS=Limite Superior

Por fim, a Tabela 8 demonstra um comparativo entre o número absoluto de leitos em hospitais gerais (LHG) e hospitais especializados (LHE) existentes em Goiás entre 2008 e 2019. Os resultados deixam claro a discrepância entre a oferta de leitos nas 02 (duas) categorias de atenção hospitalar.

Tabela 8: Número absoluto de leitos de saúde mental em Hospitais Gerais (LHG) e Hospitais Especializados (LHE) no estado de Goiás de 2008 a 2019:

	LHG	LHE SUS	LHE Não SUS	LHE Total
2008	0	1047	434	1481
2009	4	1111	450	1561
2010	4	1231	561	1792
2011	4	1231	561	1792
2012	4	1231	612	1843
2013	13	1071	772	1843
2014	8	1068	835	1903
2015	17	943	1047	1990
2016	21	899	1031	1930
2017	21	671	1229	1900
2018	21	652	1311	1963
2019	21	594	1232	1826

6. DISCUSSÃO

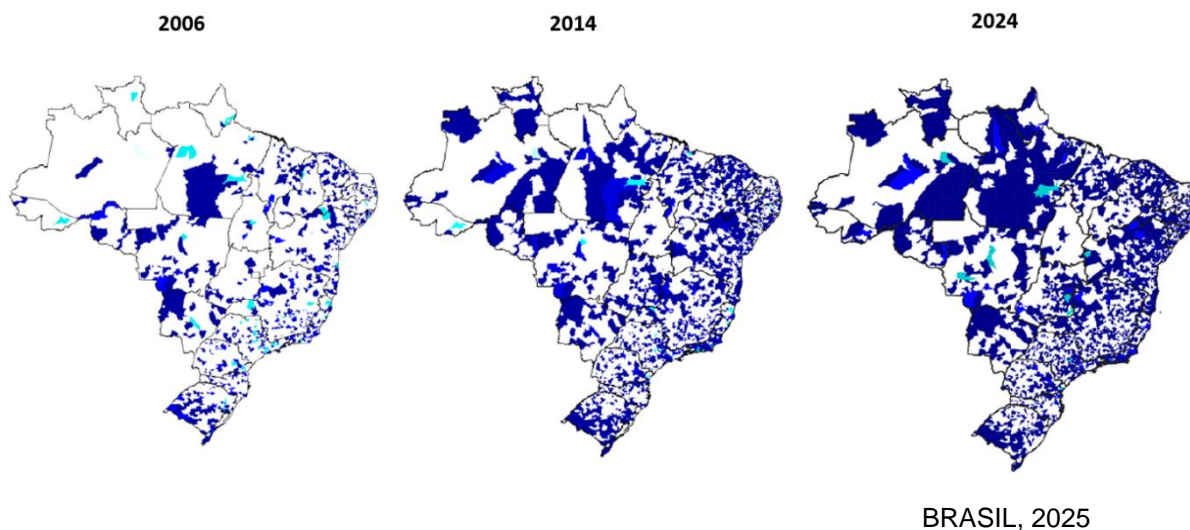
Os resultados deste estudo revelaram que os objetivos da Reforma Psiquiátrica no SUS não foram atingidos no estado de Goiás durante o período de 2008 a 2019. Uma das metas do processo de desinstitucionalização, a redução do papel do hospital psiquiátrico na atenção à saúde mental, não foi cumprida pois apesar da aparente diminuição de aproximadamente metade dos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, houve na verdade a conversão destes em leitos privados. Outro objetivo, a expansão da rede de serviços substitutivos de caráter comunitário e territorial, foi cumprido apenas de forma parcial, com o aumento da cobertura de CAPS em todas as macrorregiões de saúde, porém sem avanços significativos na oferta de dispositivos do componente hospitalar da RAPS (Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais) e da Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidades de Acolhimento).

Durante o período analisado, houve clara expansão da Atenção Psicossocial Estratégica em Goiás. Conforme demonstrado na Tabela 5, a cobertura de CAPS no estado duplicou entre 2008 e 2019, o que impulsionou o aumento do iRAPS. De acordo com a 13ª Edição do Boletim Saúde Mental em Dados, publicado pelo Ministério da Saúde em 2025, este fenômeno também foi verificado em todo o território nacional (Figura 6). Os mapas permitem visualizar a expansão e a interiorização de CAPS no território brasileiro entre 2006 e 2024. A escala em azul indica a cobertura dos municípios: quanto mais escuro maior a cobertura (BRASIL, 2025).

O indicador utilizado pelo Ministério da Saúde foi a cobertura de CAPS/100 mil habitantes. Neste levantamento, Goiás aparece em 2024 com a taxa de 0,85 – inferior à média nacional de 1,13 CAPS/100 mil habitantes. As maiores taxas foram observadas no estado da Paraíba (2,11), no Rio Grande do Sul (1,64) e em Minas Gerais (1,52), já as menores foram do Amazonas (0,49) e do Distrito Federal (0,54). O relatório apontou ainda a

existência de 22% de municípios elegíveis sem CAPS habilitados (BRASIL, 2025).

Figura 6: Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes:



Apesar do aumento do iRAPS em Goiás durante a última década, o resultado final deste índice, no último ano de análise (2019), foi muito baixo (0,37). Este achado, porém, está de acordo com a tendência observada por Fernandes e colaboradores (2020), para a região Centro-Oeste: variação de 0,07 a 0,38 entre 2008 e 2017, inferior ao iRAPS nacional, que foi de 0,11 a 0,50, no mesmo período. Algumas regiões brasileiras, como a região Sul (0,57) e a região Nordeste (0,55) conseguiram ultrapassar o ponto de corte de 0,50 proposto pelo autor para definição de RAPS de média efetividade. O menor iRAPS (= 0,35) foi apresentado pela região Norte (FERNANDES, 2020).

A heterogeneidade dos índices entre as regiões do país também foi observada entre as macrorregiões de saúde do estado de Goiás. Conforme demonstrado na Tabela 2 e na Figura 3, a macrorregião Nordeste apresentava o menor iRAPS em 2008 (0,02) e continuou com o menor índice em relação às demais regiões em 2019 (0,18). Já a variação do iRAPS na macrorregião Centro-Sudeste foi de 0,04 a 0,52 no mesmo período. Estes dados mostram como algumas regiões conseguem implantar e habilitar uma quantidade maior de serviços do que outras, tanto em nível nacional, como

regional e local.

Coelho e colaboradores (2022) também observaram variações significativas das coberturas populacionais dos dispositivos da RAPS entre diferentes macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais (MG), em estudo transversal realizado em 2019. Embora tenha utilizado metodologia diferente para a definição do iRAPS, considerando na fórmula de cálculo a cobertura de ESF ao invés de UA, o índice variou de 0,68 na região Triângulo do Sul a 1,35 na região Nordeste (COELHO, 2022).

Estes achados revelam que apesar da existência de uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) única, de caráter universal e com a maior parte dos recursos financeiros disponibilizada pela esfera federal de governo, a implantação e custeio de novos serviços de saúde depende da iniciativa de prefeituras e gestores estaduais, cuja lógica de atuação é atravessada por interesses políticos e especificidades regionais que limitam a expansão e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RODRIGUES, 2014).

É importante destacar que o iRAPS mede apenas a adequação das coberturas populacionais dos dispositivos que compõem este índice (NASF, CAPS, LHG e UA) às parametrizações das portarias específicas do Ministério da Saúde que normatizam estes pontos de atenção. Por exemplo, um iRAPS $>$ ou $=$ 1 em determinada região de saúde significa que a média de cobertura dos serviços de ênfase comunitária alcançou 100% da meta estipulada para este território. Isso não quer dizer que as coberturas estão satisfatórias ou que a população esteja de fato sendo bem assistida, principalmente por serviços com funcionamento 24 horas.

Em Goiás, por exemplo, aproximadamente 70% dos municípios possuem menos de 15.000 habitantes (GOIÁS, 2023), portanto não atendem ao critério populacional mínimo de 15.000 habitantes para implantação de CAPS tipo I ou 23.000 habitantes para leito de saúde mental em hospital geral. Uma saída para este problema seria a criação de serviços regionalizados, entretanto, questões relacionadas à autonomia de gestão

municipal, transporte de usuários e entraves de pactuação de natureza político-financeira dificultam a operacionalização dessa estratégia através da criação de consórcios ou convênios intermunicipais (LUI, 2020). Assim, o cuidado em saúde mental nestes municípios depende exclusivamente da Atenção Primária, que muitas vezes não consegue absorver a demanda de forma satisfatória (ROTOLI, 2019).

Os resultados evidenciaram ainda, que o aumento do iRAPS em Goiás no período analisado, foi fortemente influenciado pela presença dos NASF nos municípios goianos. O desmantelamento deste braço da APS, no final de 2019, pressionou ainda mais o sistema de saúde dos municípios de pequeno porte, visto que em muitos deles, os profissionais do NASF-AB eram os únicos com formação em saúde mental nestas localidades, que prestavam apoio matricial às equipes de saúde da família.

A implementação do Programa Previne Brasil e mudanças no modelo de financiamento da Atenção Básica, em 2019, culminou no desfinanciamento das equipes NASF-AB através da Nota Técnica nº 3/2020 DESF/SAPS/MS, em janeiro de 2020 (BRASIL, 2020). Este foi apenas um dos desfechos trágicos de um longo período de retrocesso da saúde pública no Brasil, vivenciado entre 2016 e 2022, durante as gestões dos ex-presidentes Michel Temer e Jair Bolsonaro, que implementaram mudanças estruturais profundas alinhadas à agenda neoliberal em detrimento às garantias constitucionais de fortalecimento do SUS (SALES, 2020; DE SETA, 2021).

Com a mudança do cenário político proporcionada pela eleição do presidente Lula em 2022, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 635/2023 que instituiu incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti, com o objetivo de dar continuidade ao trabalho dos NASF no país. A portaria define as categorias das equipes (estratégica, complementar e ampliada), carga horária, diretrizes de funcionamento e custeio. A lógica é semelhante aos NASF, sendo tais equipes vinculadas a determinado número de equipes de saúde da família (eSF), com foco do trabalho no apoio matricial (BRASIL,

2023b).

Entretanto, alguns autores levantam desafios relacionados aos processos de trabalho e fluxos assistenciais desta estratégia no contexto da APS (BISPO JUNIOR, 2023). Além disso, a recente publicação da portaria limita a utilização dos dados das eMulti pois depende da adesão plena dos municípios envolvidos na sua implantação. De acordo com informações da SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica), ferramenta da Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde (SEIDIGI), Goiás possuía 134 eMulti homologadas na APS em Dezembro de 2024 (BRASIL, 2024a).

Em termos práticos, dentro do escopo deste trabalho, essas mudanças político-administrativas geraram um limbo nesta modalidade assistencial entre 2019 e 2023, entre o fim dos NASF e implantação das eMulti, que limitou a utilização do iRAPS como indicador de desempenho da estruturação da RAPS no Brasil e, conseqüentemente, em Goiás. Embora a caracterização das eMulti não seja a mesma das equipes NASF-AB, especulamos se no futuro, seria possível readequar o indicador (iRAPS), com a inclusão de dados relacionados à cobertura populacional das eMulti, para a análise de séries temporais interrompidas.

No que tange à Atenção Residencial de Caráter Transitório, verificou-se que a baixa cobertura populacional deste dispositivo comprometeu o avanço do iRAPS em Goiás. Em 2019, havia apenas 02 (duas) Unidades de Acolhimento, ambas da modalidade infante-juvenil (UA-I), localizadas na região metropolitana de Goiânia (Goiânia e Aparecida de Goiânia). Embora a análise deste estudo se encerre em 2019, verificamos junto aos gestores municipais que, atualmente, esses pontos de atenção não estão em funcionamento. Em 2020, 01 (uma) nova UA infante-juvenil foi implantada no município de Luziânia - GO, entretanto este número é muito baixo, considerando que, de acordo com o último censo do IBGE, o estado possui 15 municípios com população maior que 100 mil habitantes (critério populacional mínimo para implantação de UA-I).

Na última edição do Boletim Saúde Mental em Dados, o Ministério da Saúde reconhece que houve uma estagnação do número de Unidades de Acolhimento, entre 2018 e 2022, durante a vigência da Portaria GM/MS nº 3.588/2017, e que neste período, o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) ficou fechado para a inserção de novas solicitações dos municípios. De acordo com o documento, existem hoje no Brasil, 86 pontos de atenção desta modalidade, sendo 55 destinadas ao público adulto (UA-A) e 31 do tipo infanto-juvenil (UA-I). São Paulo (21) e Minas Gerais (15) são os estados brasileiros com maior número de serviços habilitados (BRASIL, 2025).

Figura 7: Número de Unidades de Acolhimento habilitadas, por tipo e UF. Brasil, dez/2024.

Região	TIPO		Total
	UA-A	UA-I	
Norte	2	0	2
Acre	1	0	1
Roraima	1	0	1
Nordeste	18	10	28
Alagoas	2	2	4
Bahia	0	1	1
Ceará	6	5	11
Paraíba	2	1	3
Pernambuco	5	1	6
Sergipe	3	0	3
Centro-Oeste	2	1	3
Distrito Federal	1	0	1
Goiás	0	1	1
Mato Grosso do Sul	1	0	1
Sudeste	24	15	39
Minas Gerais	7	8	15
São Paulo	15	6	21
Rio de Janeiro	2	1	3
Sul	9	5	14
Paraná	4	2	6
Rio Grande de Sul	4	3	7
Santa Catarina	1	0	1
Brasil	55	31	86

BRASIL, 2025

Em relação à assistência hospitalar, este é claramente um gargalo da Reforma Psiquiátrica, que pouco ou quase nada avançou em Goiás. Após 20 anos da promulgação da Lei 10.216/2001, as 03 (três) maiores cidades do estado – Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis – que juntas somam cerca de 2,5 milhões de habitantes, não possuem nenhum leito de saúde mental funcionando em hospitais gerais. Pouquíssimos municípios goianos conseguiram implantar leitos desta modalidade, desde a publicação da Portaria 148/2012. Em 2019, Goiás possuía apenas 21 leitos (LHG) habilitados, número bem inferior aos 594 leitos ofertados pelo SUS em hospitais psiquiátricos especializados. Este cenário discrepante da oferta de leitos entre as duas modalidades de atenção hospitalar se manteve nos anos seguintes. De acordo com as estatísticas oficiais do Ministério da Saúde (Saúde Mental em Dados – 13ª Edição), em 2024 havia 29 leitos de saúde mental habilitados em Goiás, todos no interior, em Ceres (4), Rio Verde (9), Piracanjuba (4), São Miguel do Araguaia (4) e Jataí (8). Em contrapartida, os leitos de psiquiatria somavam 524, distribuídos nos 04 hospitais psiquiátricos do estado, localizados em Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis (BRASIL, 2025).

Esses números revelam que os leitos de saúde mental em hospitais gerais representam atualmente cerca de 5% do total de leitos disponíveis 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), em Goiás. A maioria (95%) dos leitos persiste em hospitais psiquiátricos especializados. Este dado permite, portanto, concluir que a atenção hospitalar em saúde mental no estado ainda depende do modelo asilar de cuidado.

Não há consenso na literatura sobre o valor ideal da cobertura populacional de leitos em hospitais psiquiátricos especializados. Alguns países como a Itália propuseram o fechamento total destas instituições, entretanto outros, ainda convivem com este modelo e as taxas variam significativamente entre nações de diferentes níveis de desenvolvimento

socioeconômico, propostas de modelo de cuidado em saúde mental, bem como o estágio ou fase em que se encontram os movimentos de reforma psiquiátrica em cada país.

A Tabela 9 apresenta taxas de cobertura provenientes de levantamentos oficiais da Organização Mundial de Saúde (OMS). Apesar de estarem desatualizados, os dados revelam grande variação da cobertura populacional de leitos psiquiátricos em hospitais especializados. EUA (18,6 por 100 mil habitantes) e Canadá (11 por 100 mil habitantes), por exemplo, possuem taxas maiores que os demais países da América Latina como México, Chile e Peru, que apresentam menos de 5 leitos por 100 mil habitantes. Países com alta densidade demográfica, como China e Índia, apresentam coberturas bem diferentes: 24 e 1,4 leitos (LHE) por 100 mil habitantes, respectivamente (WHO, 2019).

Tabela 9: Cobertura populacional de Leitos em Hospitais Especializados (LHE) em diferentes países, segundo a OMS:

País	Taxa (LHE por 100 mil habitantes)	Ano
Argentina	40,5	2016
África do Sul	16,5	2016
Austrália	7,2	2015
Brasil	9,8	2016
Canadá	11	2017
Chile	3,1	2016
China	24	2015
Estados Unidos	18,6	2016
Índia	1,4	2016
Israel	35,2	2016
México	3,06	2016
Paraguai	5,1	2016
Peru	3,19	2016
Turquia	5,1	2016
Reino Unido	23,9	2017

Fonte: *Global Health Observatory data repository* – WHO (2019)

Em uma publicação recente, Vandoni e colaboradores (2024) também reforçaram a heterogeneidade dos processos de transição do modelo hospitalocêntrico de cuidado para a atenção comunitária em saúde mental entre os países da União Europeia (UE). Na Bélgica, por exemplo, ainda há uma forte presença da atenção hospitalar especializada, com a existência de aproximadamente 118 leitos (LHE) por 100 mil habitantes. A mediana do bloco europeu foi de 31 leitos (LHE) por 100 mil habitantes. A Itália possui o menor índice (= 0), em função da forte política de reestruturação da atenção em saúde mental e reforma psiquiátrica adotada no país na década de 1970 (VANDONI, 2024).

Este mesmo estudo mostrou que a razão ou proporção de leitos de saúde mental em hospitais gerais (LHG) e hospitais especializados (LHE) varia consideravelmente entre os países analisados. De acordo com a Tabela 10, a Alemanha, por exemplo, possui aproximadamente 78 leitos (LHG) por 100 mil habitantes, o que é considerada uma oferta elevada, porém a taxa de leitos (LHE) também é alta (80/100.000 habitantes). Já Portugal possui taxas menores em ambas modalidades, mas a oferta de LHG (12/100.000) é 2x (duas vezes) maior do que LHE (5,8/100.000). A Itália conta com cerca de 8 leitos por 100 mil habitantes, todos localizados em hospitais gerais. Países como Hungria e Finlândia, também apresentam predomínio da assistência em hospitais gerais, já na Suíça, Bélgica, Croácia e Noruega há predominância do componente hospitalar especializado. Entretanto, os autores alertam que a ocorrência de baixas coberturas de leitos de saúde mental (LHE) não significa necessariamente que o país está mudando para o modelo comunitário, pois pode sugerir também falta de investimentos e recursos para a atenção em saúde mental de forma global (VANDONI, 2024).

Tabela 10: Cobertura populacional de Leitos em Hospitais Gerais (LHG) e Leitos em Hospitais Especializados (LHE) em países da UE:

País	LHG/100.000 hab.	LHE/100.000 hab.	Razão LHG/LHE
Itália	8,0	0	N/A
Hungria	29,2	3,2	9,1
Finlândia	39,7	8,0	4,9
Portugal	12,0	5,8	2,1
Lituânia	49,1	41,7	1,2
Alemanha	78,8	80	1,0
Irlanda	21,6	21,9	1,0
Espanha	10,7	15,8	0,7
Estônia	5,9	8,6	0,7
Áustria	19,4	26,0	0,7
Romênia	55,0	82,4	0,7
Polônia	16,2	28,5	0,6
França	27,4	52,8	0,5
Bulgária	13,2	30,8	0,4
Noruega	34,9	84,5	0,4
Bélgica	36,4	118,6	0,3
Croácia	17,4	75,7	0,2
Suíça	15,6	75,1	0,2

Adaptado de VANDONI, 2024

No Brasil, apesar do aumento do número de leitos de saúde mental em hospitais gerais e da diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, na última década, o país ainda possui predominância da assistência hospitalar especializada, como evidencia a Tabela 11, elaborada a partir do Boletim Saúde Mental em Dados, de 2025.

Tabela 11: Cobertura populacional de Leitos em Hospitais Gerais (LHG) e Leitos em Hospitais Especializados (LHE) no Brasil:

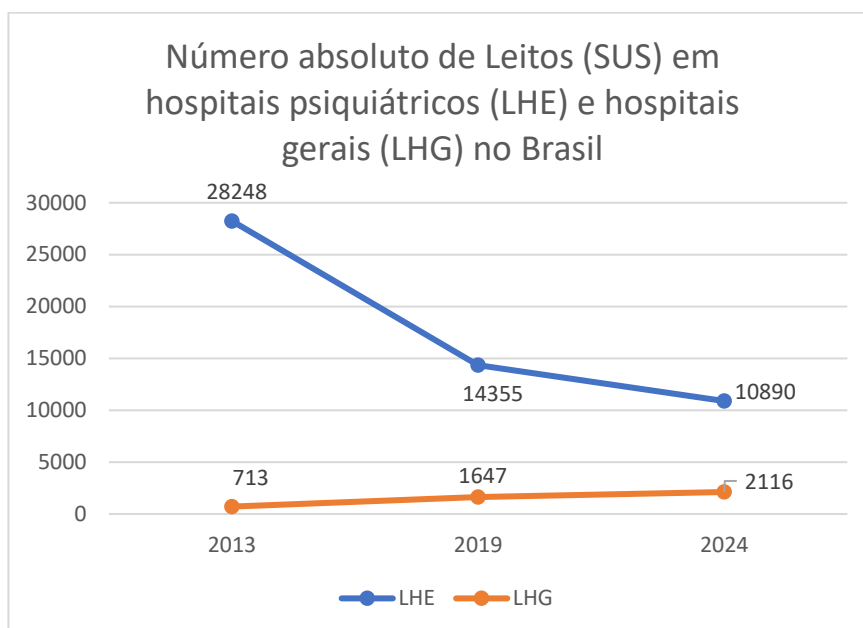
Ano	LHE (Total)	LHG (Total)	LHE/100.000 habitantes	LHG/100.000 habitantes	Razão LHG/LHE
2013	28.248	713	14,05	0,35	0,03
2019	14.355	1.647	6,83	0,78	0,1
2024	10.890	2.116	5,12	1,00	0,2

BRASIL, 2025

Apesar da existência de experiências anteriores, a implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais do SUS começou a ser incentivada no Brasil em 2012, a partir da publicação da Portaria 148/2012 pelo Ministério da Saúde, que normatizou a criação do Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, como ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da RAPS (BRASIL, 2012).

Desde então, como mostra a Tabela 11, o número absoluto de leitos desta modalidade atingiu a marca de 2.116 leitos em 2024. Este número representa uma pequena fatia (cerca de 20%) quando comparado ao total de leitos existentes em hospitais psiquiátricos no mesmo período (10.890). Embora o recorte temporal deste trabalho se encerre em 2019, nos anos seguintes, sobretudo no período da contrarreforma psiquiátrica no Brasil, a criação de leitos em hospitais gerais e a diminuição de leitos em hospitais especializados sofreu importante desaceleração (Figura 8).

Figura 8: Número absoluto de Leitos (SUS) em hospitais psiquiátricos (LHE) e hospitais gerais (LHG) no Brasil de 2013 a 2024.



Fonte: BRASIL (2025)

Com a nova gestão do governo federal em 2022, o Ministério da Saúde inicia o processo de retomada de expansão e fortalecimento da RAPS, a partir das modificações propostas pela Portaria nº 757/2023 (BRASIL, 2023a), e reconsidera os parâmetros de configuração da Portaria 148/2012 para implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, que estabeleceu o critério populacional de 1 leito a cada 23.000 habitantes. Com base neste cálculo, estima-se que o país tenha atingido apenas 23% da meta de habilitação destes dispositivos (Figura 9). Ou seja, um déficit de aproximadamente 7.126 leitos desta modalidade (BRASIL, 2025).

Vale ressaltar que algumas unidades da federação avançaram bem mais que outras nesta meta de implantação e habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais. O Rio Grande do Sul se destaca como o estado que possui o maior número de leitos desta modalidade no Brasil. O estado possuía em 2024, 621 leitos, o que corresponde a 127% da meta do Ministério da Saúde. Goiás, com seus 29 leitos, atingiu apenas 9% da meta.

Levando-se em consideração os parâmetros do Ministério da Saúde, o estado deveria ter, no mínimo, 319 leitos de saúde mental em hospitais gerais (BRASIL, 2025).

Figura 9: Número de Serviços Hospitalares de Referência, número de leitos de saúde mental habilitados, por Região e UF e cobertura por 23mil/hab. Brasil, dez/2024.

Região / UF	População (IBGE 2024)	Nº SHR	Nº Leitos de Saúde Mental	Percentual do nº leitos de saúde mental em H.G por 23mil habitantes
NORTE	18.669.345,00	9	91	11%
Acre	880.631,00	1	18	47%
Amapá	802.837,00	0	0	0%
Amazonas	4.281.209,00	0	0	0%
Pará	8.664.306,00	3	29	8%
Rondônia	1.746.227,00	2	12	16%
Roraima	716.793,00	1	11	35%
Tocantins	1.577.342,00	2	21	31%
NORDESTE	57.112.096,00	38	339	14%
Alagoas	3.220.104,00	4	31	22%
Bahia	14.850.513,00	1	2	0%
Ceará	9.233.656,00	8	90	22%
Maranhão	7.010.960,00	0	0	0%
Paraíba	4.145.040,00	1	20	11%
Pernambuco	9.539.029,00	15	125	30%
Piauí	3.375.646,00	5	31	21%
Rio Grande do Norte	3.446.071,00	2	11	7%
Sergipe	2.291.077,00	2	29	29%
CENTRO-OESTE	17.071.595,00	14	87	12%
Distrito Federal	2.982.818,00	7	45	35%
Goiás	7.350.483,00	5	29	9%
Mato Grosso	3.836.399,00	0	0	0%
Mato Grosso do Sul	2.901.895,00	2	13	10%
SUDESTE	88.617.693,00	147	824	21%
Espírito Santo	4.102.129,00	2	18	10%
Minas Gerais	21.322.691,00	90	381	41%
Rio de Janeiro	17.219.679,00	31	193	26%
São Paulo	45.973.194,00	24	232	12%
SUL	29.937.706,00	133	775	60%
Paraná	11.824.665,00	9	65	13%
Rio Grande do Sul	11.229.915,00	113	621	127%
Santa Catarina	8.058.441,00	11	89	25%
BRASIL	212.583.750,00	341	2.116	23%

É inegável que a análise desses números e projeções sejam importantes ferramentas para os gestores verificarem carências assistenciais, entretanto, levanta-se o questionamento se este parâmetro de 1 leito para cada 23.000 habitantes seja adequado à realidade brasileira. Considerando um cenário hipotético em que todos os estados cumpram 100% do critério populacional estabelecido pelo Ministério da Saúde, a cobertura populacional de leitos de saúde mental em hospitais gerais seria de aproximadamente 4 leitos por 100 mil habitantes, taxa bem inferior à maioria dos países europeus, conforme mencionado anteriormente. Este ponto levanta a discussão se de fato, o SUS está preparado para garantir o cuidado assistencial suficiente e de qualidade às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais que necessitam de internação, em algum momento de suas vidas marcadas pela trajetória oscilante dos ciclos estabilização-agudização característicos de qualquer doença crônica, mesmo em circunstâncias utópicas de perfeitas condições de atenção primária e secundária em saúde.

Esta questão está possivelmente ligada a um dos achados interessantes deste estudo, que foi a conversão de leitos públicos em leitos privados, em Goiás, durante o período de 2008 a 2019. Este fenômeno fez com que a cobertura populacional de leitos totais permanecesse estável ao longo da década. A natureza observacional desta análise não permite avaliar as causas deste efeito (aumento da oferta de leitos não SUS), entretanto, sugere que a redução do financiamento por parte do governo federal e o fechamento de leitos públicos, atendendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica, tenha feito com que os hospitais psiquiátricos especializados, de natureza privada, ampliassem a assistência a operadoras de saúde suplementar a fim de manter seus ganhos financeiros. Considerando esta hipótese, o raciocínio seria simples: se o SUS não compra mais leitos, o hospital privado vende para os planos de saúde. Entretanto, não basta olharmos somente para a oferta, é preciso também avaliar a demanda, ou seja, o comportamento do usuário / consumidor no período.

Silva e Costa (2011) analisaram o mercado de planos de saúde na atenção em saúde mental no Brasil a partir do novo marco regulatório definido pela Lei 9.656/1998 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000. Os achados demonstraram a expansão de internações psiquiátricas entre 2005 e 2010 (aumento de 28%). Os autores apontaram alguns fatores que podem ter contribuído para este fenômeno, como as políticas de desinstitucionalização no SUS promovidas a partir da promulgação da Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), e a possível indução de padrões de consumo de serviços de saúde mental, o que pode gerar expectativas na população em geral, levando ao recrudescimento de crenças difusas sobre os valores terapêuticos da hospitalização (SILVA e COSTA, 2011). A família, que se tornou peça-chave no cuidado do membro com transtorno mental, busca, muitas vezes, a internação como forma de aliviar a sobrecarga física e subjetiva trazida pela relação diária com o paciente e também porque ainda entende o tratamento hospitalar como resposta mais eficaz a alterações emocionais e comportamentais (CORRÊA e LIMA, 2024).

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) publicou, em 2018, documento intitulado “Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2011 e 2017”, que apontou aumento de 97,6 % das internações psiquiátricas no período. Em 2011 foram 85.194 internações, já em 2017 este número saltou para 168.334 (IESS, 2018). O mesmo Instituto publicou uma edição especial sobre Saúde Mental, em 2023, que demonstrou aumento progressivo do número das internações, entre 2019 (211.872) e 2022 (267.020). Ou seja, este número triplicou em 10 anos (IESS, 2023).

Enquanto as internações psiquiátricas na rede privada por operadoras de do sistema de saúde suplementar aumentaram consideravelmente na última década, no SUS ocorreu o fenômeno inverso. De acordo com uma busca simplificada no DATASUS / Sistema de Informações hospitalares – SIH, pelos códigos de procedimentos: 0303170077, 0303170085, 0303170093 e 0303170204 (que se referem a internações de curta e longa permanência em hospitais gerais e

especializados) em 2008 ocorreram 262.396 internações psiquiátricas no Brasil, sendo 12.519 registradas em Goiás. Já em 2024, ocorreram 78.125 internações no país (diminuição de 70%) e 5.452 (redução de 56%) no estado (BRASIL, 2024b).

O encolhimento das internações psiquiátricas no SUS e expansão na rede privada, sugerem a ocorrência do movimento de fuga para o mercado, classicamente descrito por pesquisadores da saúde pública brasileira desde a criação do SUS. Cotta e colaboradores (1998) avaliam que este fenômeno se baseia na proposição de que, como nas outras esferas da sociedade brasileira, o sistema de saúde se privatiza em consequência paradoxal da forma desorganizada (intencional ou "não") de o governo implantar e implementar as reformas sanitárias (COTTA, 1998).

O número de beneficiários de planos privados de assistência médico-hospitalar, no Brasil, passou de 31 milhões, em 2000, para 49,8 milhões em 2022, um aumento de 61% (IESS, 2023). Em Goiás, este salto foi ainda maior, de aproximadamente 300%, ou seja, de 450 mil vínculos em 2000 para 1,8 milhões em 2022 (BRASIL, 2024c). A migração de camadas populacionais de renda alta e média para o seguro privado diante do racionamento da oferta de serviços no sistema público foi caracterizada como “universalização excludente” (FAVERET e OLIVEIRA,1990). Este processo não foi revertido pelo SUS e, pelo contrário, parece haver uma progressiva incorporação via mercado de trabalho de novos contingentes às operadoras pré-pagas. A permanência deste padrão compromete o acesso equitativo e universal institucionalmente preconizado. Além disso tem efeitos duvidosos devido aos custos médicos crescentes e seu impacto sobre os orçamentos das empresas e das famílias (RIBEIRO, 2009). Cotta e colaboradores (1998) definem esta relação como uma forma perversa de interação do sistema público de saúde com o mercado: “tem-se, de um lado, a obrigatoriedade de contribuição previdenciária e, de outro, o pagamento de seguros privados de saúde, sem, ao final, ter-se a garantia de um atendimento satisfatório” (COTTA, 1998).

O fenômeno da universalização excludente, sobretudo no campo da atenção terciária em saúde mental no Brasil, associado aos interesses da economia neoliberal, cria terreno fértil para o avanço do mercado sobre famílias que não se sentem contempladas por dispositivos da Reforma Psiquiátrica no âmbito do sistema público de saúde. Desta forma, verificamos a expansão de planos de saúde com baixa regulação estatal, estabelecimentos privados de baixa qualidade e comunidades terapêuticas. A busca das famílias por estes locais reatualiza novos circuitos institucionalizantes e contribui para outro fenômeno, a neoinstitucionalização. Na ausência dos antigos manicômios, moralidades e práticas disciplinares perpassadas pelo discurso religioso impulsionam outras formas de confinamento da loucura, revelando uma realidade paralela que precisa ser considerada no processo de desinstitucionalização atual (CORRÊA e LIMA, 2024).

O presente trabalho possui algumas limitações metodológicas que se referem às próprias limitações do iRAPS enquanto constructo ou indicador, ou seja, a sua inabilidade em medir a real efetividade e qualidade da atenção psicossocial dispensada à população. Desta forma, torna-se imprescindível a complementação desta análise com estudos qualitativos que avaliam a oferta, os processos de trabalho e a integração dos pontos de atenção da RAPS no território.

Assim como mencionado por Coelho e colaboradores (2022), o iRAPS também não leva em consideração as coberturas de outros dispositivos importantes como equipes de consultório na rua (eCR), SAMU e UPA por não serem serviços específicos da RAPS; além de SRT's, empreendimentos solidários e Centros de Convivência por não possuírem critérios populacionais para sua implantação (COELHO, 2022). Desta forma, aspectos fundamentais da atenção psicossocial de caráter comunitário, que envolvem o cuidado integral e as potencialidades do sujeito não são contemplados pelo indicador.

Outras limitações dizem respeito à fonte de dados utilizada, proveniente do CNES/DATASUS, já que a entrada de dados nesse sistema

depende do preenchimento adequado dos gestores locais. Além da subnotificação, podem ocorrer registros equivocados, como o cadastro de serviços que não existem fisicamente, que comprometem o cálculo das coberturas populacionais e conseqüentemente, do iRAPS. A fim de minimizar este viés, durante a construção do banco de dados, procurou-se ter o cuidado de checar dados discrepantes e até mesmo, entrar em contato com as secretarias municipais de saúde de alguns municípios para verificar a real oferta dos dispositivos da RAPS no período de estudo.

7. CONCLUSÃO

A trajetória da Reforma Psiquiátrica em Goiás espelha o movimento no Brasil, marcado por avanços e retrocessos, tendo como pano de fundo a luta pelo fortalecimento do SUS e da própria democracia brasileira, ambos fortemente ameaçados na história recente do país. O presente trabalho mostrou o peso do incremento da APS enquanto norteador do cuidado em saúde mental, sobretudo em municípios pequenos que representam a maioria das cidades goianas. Os achados evidenciaram ainda a força da desinstitucionalização no estado durante os anos em que os princípios da RPB foram defendidos em nível federal e, por outro lado, seu enfraquecimento no período da contrarreforma diante da conjuntura política e econômica vigente. E por último, e mais importante, como ainda é preciso avançar na expansão e fortalecimento da RAPS, a partir do aumento da cobertura de pontos de atenção que representam os pilares do modelo comunitário, como CAPS 24 hs, leitos em hospitais gerais e unidades de acolhimento.

A avaliação da tendência temporal dos modelos de cuidado em saúde mental em Goiás demonstrou uma dinâmica descompassada de transição nas últimas duas décadas. Houve nítida redução da oferta de leitos psiquiátricos especializados pelo SUS no período, porém o aumento dos dispositivos de atenção psicossocial de caráter comunitário e territorial não

ocorreu no mesmo ritmo. Este fenômeno está em consonância com os movimentos de reforma assistencial dos sistemas de saúde observados em outros países a partir da segunda metade do século XX, que preconizam a mudança do paradigma hospitalocêntrico, entretanto a rede de serviços substitutivos e complementares ainda se mostra insuficiente e frágil no estado, necessitando, portanto, de ações práticas de ampliação e fortalecimento para os próximos anos.

O estudo evidenciou um conjunto de fatores que reforçaram a carência de serviços ofertados pelo SUS e a força do mercado privado na ocupação dos vazios assistenciais. O fim dos NASF, somado ao crescimento tímido de outros dispositivos estratégicos da RAPS, teve impacto significativo sobre a assistência em saúde mental, sobretudo dos municípios pequenos. O enfraquecimento do cuidado comunitário pelo SUS e a privatização dos leitos de atenção hospitalar foram vetores importantes observados ao longo de duas décadas, que representam desafios para a consolidação do modelo de atenção psicossocial em Goiás. Uma lógica inversa, ou seja, fortalecimento do modelo comunitário e enfraquecimento do modelo hospitalar seriam achados ideais em outros cenários.

A jornada de execução deste trabalho evidenciou aspectos importantes da dimensão técnico-assistencial do movimento da Reforma Psiquiátrica e o quanto a utilização de métodos quantitativos, como o iRAPS, representam ferramentas valiosas para o monitoramento e avaliação da RAPS. Espera-se que não somente os resultados, mas os aspectos metodológicos deste estudo, como a construção de indicadores para análise de coberturas assistenciais, possam contribuir para a educação permanente de trabalhadores e gestores do SUS, na condução estratégica das políticas de atenção à saúde mental em Goiás.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ANTUNES J.L.F.; CARDOSO, M.R.A. Using time series analysis in epidemiological studies. **Epidemiol e Serviços Saúde**, v. 24, n. 3, p. 565-75, 2015.

BAN, T.A. Fifty years chlorpromazine: a historical perspective. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 3, n. 4, p. 495-500, 2007.

BISPO JUNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 39, n. 10, 2023.

BOSI, M. L. M. et al. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. **Rev Bras Epidemiol Suppl**, p. 126-135, 2014.

BRACKEN, P.; THOMAS, P. From Szasz to Foucault: On the Role of Critical Psychiatry. **Philosophy, Psychiatry & Psychology**, v. 17, n. 3, p. 219-228, 2010.

BRAGANÇA JÚNIOR, Á.A. À margem da sabedoria: por um exemplo de crítica social de fundamentação cristã na Idade Média tardia Germanófona em A Nau dos Insensatos, de Sebastian Brant. **Revista Ágora**, n. 26, p. 14-29, 2017.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos**. Brasília:

CONASS, 2009.

BRASIL. **Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 2001.

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).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS Nº 154 de 24 de janeiro de 2008 – Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD. **Saúde Mental em Dados – 13.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 148 de 31 de janeiro de 2012 - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 – Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social.** Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016 – Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saude. **Nota Técnica nº 3/2020 DESF/SAPS/MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 757 de 21 de junho de 2023 – Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saude. **Portaria GM/MS Nº 635 de 22 de maio de 2023 - Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde amplia em R\$ 414 milhões por ano os recursos para custeio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/com-foco-em-atendimento-humanizado-e-cuidado-integral-ministerio-da-saude-fortalece-assistencia-para-saude-mental->

[no-sus](#). Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Acesso em 16 jan 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/Tabnet. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI). Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)**. 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/Tabnet. **Sistema de Informações Hospitalares – SIH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/Tabnet/ANS. **Informações em Saúde Suplementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAPLAN, G. **Principles of Preventive Psychiatry**. New York, 1964.

CASTALDELLI-MAIA, J.M.; VENTRIGLIO, A. The impact of Basaglia on Brazilian Psychiatry. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 62, n. 5, p. 411-414, 2016.

CORRÊA, L.M.; LIMA, R. C. A tendência à neoinstitucionalização e o discurso religioso: elementos de análise para a reforma psiquiátrica. **Saúde Soc. São Paulo**, v.33, n.4, 2024.

COELHO, V. A. A. et al. Rede de Atenção Psicossocial: desenvolvimento e validação de um instrumento multidimensional para avaliação da implantação (IMAI-RAPS). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, 2023.

COELHO, V. A. A. et al. Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1895-1909, 2022.

COLDEFY, M. The Evolution of Psychiatric Care Systems in Germany, England, France and Italy: Similarities and Differences. **Questions d'économie de la santé**, n. 180, 2012.

COTTA, R. M. M. et al. A Crise no Sistema Único de Saúde e a Fuga para o Mercado. **Ciência & Saúde Coletiva**, III (1), 1998.

CRUZ, N.F.O.; GONÇALVES, R.W.; DELGADO, P.G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

DALTON-LOCKE, C. et al. Emerging models and trends in mental health crisis care in England: a national investigation of crisis care systems. **BMC Health Services Research**, v. 21, p. 1174, 2021.

DE SETA, M. H. et al. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26 (Supl. 2), p. 3781-3786, 2021.

EUROPEAN COMMISSION. **Mental health care – psychiatric hospital beds**. EUROPEAN COMMISSION, 2019.

FAVERET, P. F.; OLIVEIRA, P. J. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 3, p. 139-162, 1990.

FERNANDES, C. J. et al. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta da análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020.

FERREIRA, A. A. L. et al. Da nau dos loucos ao grande excludimento: uma história das histórias foucaultianas sobre a loucura. **Cad Saúde Col**, v. 9, n. 1, p. 69-81, 2001.

FIORITTI, A. Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 27, p. 319-323, 2018.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 7a. Ed, São Paulo: Editora Perspectiva, 2004.

FOOT, J. Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961-78. **Crit Radic Soc Work**, v. 2, n. 2, p. 235-249, 2014.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 9ª Ed, São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

GOIÁS. Instituto Mauro Borges (IMB) de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. **Goiás em dados - 2023**. Goiânia: IMB, 2023.

GOIÁS. Instituto Mauro Borges (IMB) de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. **Índice Multidimensional de Carência das Famílias – Junho/2024**. Goiânia: IMB, 2024.

GOIÁS. Instituto Mauro Borges (IMB) de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. **Regiões de Planejamento do Estado de Goiás: uma revisão para a Gestão Pública**. Goiânia: IMB, 2022.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). **Regiões de saúde**. Goiás, 2024. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/regionais-de-saude/>. Acesso em 28 nov 2024.

HARRIS, J. C. Pintel delivering the Insane. **Arch Gen Psychiatry**, v. 60, n. 6, p. 552, 2003.

IESS. INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Análise Especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2011 e 2017**. São Paulo, 2018.

IESS. INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados Assistenciais da Saúde Suplementar: Evolução e Perspectivas entre 2019 e 2022.** São Paulo, 2023.

IESS. INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados Assistenciais da Saúde Suplementar. Edição Especial: SAÚDE MENTAL.** São Paulo, 2023.

IKKOS, G. et al. Madness and Society in Britain. **B J Psych Bulletin**, v. 47, p. 152-156, 2023.

JOHNSON, S. et al. In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. **The British Journal of Psychiatry**, v. 194, n. 5, 2018.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 12, n. 4, 2003.

LIMA, I. B. et al. Indicadores de saúde mental para a Rede de Atenção Psicossocial brasileira: uma proposta. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2022.

LOBOSQUE, A. M. **Cuidando em Liberdade: invenções antimanicomiais.** 1a Ed, Belo Horizonte: Editora Fábrica de Ideias Odisseia, 2024.

LUI, L. et al. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 5065-5074, 2020.

MELO, W. Da Nau dos Insensatos ao círculo antropológico: a obra de arte em História da Loucura de Michel Foucault. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 3, n. 6, p. 65-88, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: 2011.

METCALFE, J.; DRAKE, R. National levels of human development and number of mental hospital beds. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, e167, p. 1-7, 2020.

MORGENSTERN, H. ECOLOGIC STUDIES IN EPIDEMIOLOGY: Concepts, Principles, and Methods. **Annu. Rev. Public Health**, v. 16, p. 61-81, 1995.

NEVES, R. G. et al. Time trend of Family Health Strategy coverage in Brazil, its Regions and Federative Units, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 27, n. 3, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde Debate**, v. 41, p. 71-83, 2017.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos**. Washington, D.C.: OPAS; 2018

PAHO/WHO. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION / WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Caracas Declaration**. PAHO/WHO, 1990.

PAHO/WHO. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Deinstitutionalization of Psychiatric Care in Latin America and the Caribbean**. PAHO/WHO, 2021.

PAHO/WHO. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health Indicators. Conceptual and operational considerations**. Washington, D.D.: PAHO, 2018.

PALERMO, G.B. The 1978 Italian Mental Health Law - a personal evaluation: a review. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 84, 1991.

PASSARINHO, J. G.N. Retrocessos na política nacional de saúde mental:

consequências para o paradigma psicossocial. **Em Pauta**, v. 20, n. 49, p. 65 – 80, 2022.

PUTTINI, R.F. et al. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010.

RAJA, T. et al. Psychiatric hospital reform in low- and middle-income countries: a systematic review of literature. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 56, p. 1341-1357, 2021.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 14, n. 3, p. 771-782, 2009.

RISI JUNIOR, J. B. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1049-1053, 2006.

ROCHA, H. A. et al. Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. **Rev. Saúde Pública**, v. 55, 2021.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação dos Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v. 21, n. 1, p. 37-59, 2014.

ROTOLI, A. et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019.

RUSSO, J.; WOOLEY, S. The Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: More Than Just Another. **Health and Human Rights Journal Reform of Psychiatry**, v. 22, n. 1, 2020.

SALES, W. B. et al. A importância da equipe NASF/AB - enfrentamentos e multidisciplinariedade: uma revisão narrativa/crítica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**, v. 48, 2020.

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

SARACENO, B. O futuro da psiquiatria e da saúde mental. **Saúde Debate**, v. 44, n. 3, p. 29-32, 2020.

SEALY, P.; WHITEHEAD, P. C. Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatry Services in Canada: An Empirical Assessment. **Can J Psychiatry**, v. 49, n. 4, p. 249-257, 2004.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, 2019.

SILVA, P. F.; COSTA, N. R. Saúde Mental e os Planos de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4653-4664, 2011.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 19, n. 3, 2010.

SZASZ, T. The myth of mental illness: 50 years later. **The Psychiatrist**, v. 35, p. 179-182, 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

UNDP (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME). **Handbook on Monitoring and Evaluating for Results**. New York: PNUD, 2002.

VANDONI, M. et al. The transition towards community-based mental health care in the European Union: Current realities and prospects. **Health policy**, v. 144, 2024.

VIAÇA, F. et al. Avaliação de desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo

de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Mental health legislation and human rights**. WHO, 2003.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders**. WHO, 1996.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches**. WHO, 2021a.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **WHO report highlights global shortfall in investment in mental health**. WHO, 2021b.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **WHO-AIMS: World Health Organization Assessment Instrument for Mental health Systems**. WHO, 2005.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Monitoring and evaluation of mental health policies and plans**. WHO, 2007.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Mental health, human rights and legislation: Guidance and Practice**. WHO, 2023.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Global Health Observatory data repository**. WHO, 2019.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

APÊNDICE

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
iRAPS	Goiás	0,10	0,13	0,16	0,18	0,21	0,27	0,29	0,33	0,35	0,36	0,38	0,37
	Centro-Oeste	0,15	0,16	0,23	0,22	0,23	0,28	0,30	0,31	0,31	0,33	0,32	0,32
	Nordeste	0,02	0,03	0,05	0,09	0,09	0,11	0,14	0,15	0,15	0,17	0,19	0,18
	Centro-Norte	0,15	0,17	0,20	0,24	0,24	0,29	0,32	0,37	0,38	0,40	0,47	0,47
	Sudoeste	0,11	0,19	0,19	0,18	0,28	0,34	0,35	0,40	0,40	0,44	0,43	0,42
	Centro-Sudeste	0,04	0,11	0,12	0,14	0,23	0,34	0,37	0,45	0,53	0,52	0,53	0,52
Cob CAPS	Goiás	0,39	0,39	0,45	0,49	0,60	0,66	0,65	0,72	0,78	0,78	0,80	0,80
	Centro-Oeste	0,57	0,57	0,71	0,70	0,71	0,73	0,72	0,72	0,71	0,70	0,70	0,70
	Nordeste	0,07	0,13	0,19	0,25	0,26	0,25	0,25	0,30	0,29	0,29	0,35	0,35
	Centro-Norte	0,60	0,59	0,59	0,66	0,65	0,68	0,67	0,74	0,73	0,74	0,80	0,84
	Sudoeste	0,44	0,43	0,43	0,42	0,78	0,77	0,75	0,74	0,72	0,77	0,76	0,74
	Centro-Sudeste	0,16	0,16	0,16	0,24	0,59	0,83	0,82	1,06	1,36	1,35	1,36	1,34
Cob NASF	Goiás	0,01	0,12	0,18	0,22	0,23	0,36	0,48	0,52	0,52	0,57	0,61	0,59
	Centro-Oeste	0,02	0,09	0,19	0,20	0,20	0,36	0,44	0,47	0,47	0,55	0,54	0,53
	Nordeste	0,00	0,00	0,00	0,11	0,11	0,18	0,32	0,32	0,31	0,40	0,40	0,39
	Centro-Norte	0,00	0,09	0,22	0,31	0,32	0,49	0,60	0,72	0,72	0,68	0,90	0,88
	Sudoeste	0,00	0,16	0,16	0,16	0,17	0,43	0,51	0,54	0,56	0,69	0,68	0,62
	Centro-Sudeste	0,00	0,28	0,31	0,33	0,33	0,38	0,58	0,60	0,61	0,62	0,65	0,62
Cob LHG	Goiás	0,00	0,02	0,02	0,01	0,01	0,05	0,03	0,06	0,07	0,09	0,09	0,09
	Centro-Oeste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01
	Nordeste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Centro-Norte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,16	0,16	0,16
	Sudoeste	0,00	0,16	0,16	0,15	0,15	0,15	0,14	0,32	0,31	0,31	0,30	0,30
	Centro-Sudeste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,07	0,13	0,13	0,13	0,12	0,12
Cob UA	Goiás	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
	Centro-Oeste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
	Nordeste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Centro-Norte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Sudoeste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Centro-Sudeste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LHE SUS	Goiás	17,7	18,4	20,1	19,8	19,5	16,7	16,4	14,2	13,4	9,8	9,4	8,5
	Centro-Oeste	23,6	23,4	30,1	29,7	29,3	21,6	21,5	14,1	13,9	15,3	10,9	9,7
	Nordeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Centro-Norte	31,3	31,0	30,7	30,4	30,1	29,8	29,5	29,6	28,9	9,0	8,9	8,8
	Sudoeste	14,9	14,6	20,8	20,3	19,9	19,5	18,0	17,7	11,3	4,7	4,7	0,0
	Centro-Sudeste	13,0	17,9	12,5	12,3	12,0	11,8	11,6	13,5	13,2	13,0	18,0	17,7
LHE nSUS	Goiás	7,3	7,5	9,2	9,0	9,7	12,0	12,8	15,8	15,3	18,0	18,9	17,6
	Centro-Oeste	18,3	18,0	19,6	19,3	19,0	26,2	25,6	35,3	34,8	37,7	40,8	37,2
	Nordeste	0,0	0,0	4,5	4,4	4,3	4,2	9,1	8,1	7,9	7,8	7,6	7,5
	Centro-Norte	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	9,0	8,9	8,8
	Sudoeste	0,0	0,0	7,0	6,8	3,6	3,5	4,5	4,5	1,1	7,7	7,6	6,4
	Centro-Sudeste	3,2	4,5	3,1	3,1	8,3	8,1	8,0	7,8	8,1	7,9	7,8	7,7
LHE Total	Goiás	25,0	25,9	29,3	28,8	29,2	28,7	29,2	30,0	28,7	27,8	28,4	26,0
	Centro-Oeste	41,9	41,4	49,6	49,0	48,3	47,7	47,1	49,3	48,7	52,9	51,7	46,9
	Nordeste	0,0	0,0	4,5	4,4	4,3	4,2	9,1	8,1	7,9	7,8	7,6	7,5
	Centro-Norte	33,3	33,0	32,7	32,4	32,1	31,8	31,5	31,5	30,8	17,9	17,8	17,6
	Sudoeste	14,9	14,6	27,8	27,2	23,5	23,0	22,6	22,1	12,4	12,4	12,2	6,4
	Centro-Sudeste	16,2	22,3	15,7	15,3	20,3	19,9	19,5	21,3	21,3	20,9	25,8	25,4