

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAES

Saúde Mental em Dados



DESMAD

Departamento de Saúde Mental,
Álcool e outras Drogas

Brasília, DF | 2024

13ª EDIÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAES

Saúde Mental em Dados

DESMAD
Departamento de Saúde Mental,
Álcool e outras Drogas

2014 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsm.s.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES).

Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD).

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 9º andar

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados>

Créditos:

MS: Nísia Trindade Lima

SAES/MS: Adriano Massuda

DESMAD/SAES/MS: Sônia Barros

CGDDH/DESMAD/SAES/MS: João Mendes de Lima Júnior

CGESMAD/DESMAD/SAES/MS: Neli Maria Castro de Almeida

Revisão Final:

Sônia Barros (DESMAD - SAES)

João Mendes de Lima Júnior (CGDDH/DESMAD - SAES)

Neli Maria Castro de Almeida (CGESMAD/DESMAD - SAES)

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira (DESMAD - SAES)

Elaboração:

Ana Caroline Pereira da Silva (CGDDH/DESMAD - SAES)

Ana Lúcia Ferraz Amstalden (DESMAD - SAES)

Aretuza Santos Oliveira de Freitas (DESMAD - SAES)

Camila Cordeiro Florentino Secundo (DESMAD - SAES)

Gabriella de Andrade Boska (CORAP/DESMAD - SAES)

Henrique Almeida Silva Galvão (DESMAD - SAES)

Ian Jacques de Souza (DESMAD - SAES)

João Mendes de Lima Júnior (CGDDH/DESMAD - SAES)

Marden Marques Soares Filho (DESMAD - SAES)

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira (DESMAD - SAES)

Matheus da Silva Sousa (DESMAD - SAES)

Neli Maria Castro de Almeida (CGESMAD/DESMAD - SAES)

Taia Duarte Mota (CPDRAP/DESMAD - SAES)

Thais Soboslai (DESMAD - SAES)

Rafaela Oliveira Stuckert (DESMAD - SAES)

Organização:

Alessandra Karina Oliveira Barbosa (DESMAD - SAES)

Ana Caroline Pereira da Silva (DESMAD - SAES)

Ana Cristina Carvalho Curvina (DESMAD - SAES)

Ana Lúcia Ferraz Amstalden (DESMAD - SAES)

Ana Luisa Aranha e Silva (DESMAD - SAES)

Andrea Domanico (DESMAD - SAES)

Aretuza Santos Oliveira de Freitas (DESMAD - SAES)

Camila Cordeiro Florentino Secundo (DESMAD - SAES)

Claudia Renata Silva (DESMAD - SAES)

Daniel Adolpho Daltin Assis (DESMAD - SAES)

Daniel Nardelli Santos (DESMAD - SAES)

Daniela Palma Araújo (DESMAD - SAES)

Fernando Fernandes Vieira (DESMAD - SAES)

Gabriella de Andrade Boska (CORAP/DESMAD – SAES)
Henrique Almeida Silva Galvão (DESMAD - SAES)
Ian Jacques de Souza (DESMAD - SAES)
Joana Thiesen (DESMAD - SAES)
João Mendes de Lima Júnior (CGDDH/DESMAD - SAES)
Keila Gomes Pinto (DESMAD - SAES)
Lauana Ribeiro dos Santos (DESMAD - SAES)
Lucas Santos e Ávila (DESMAD - SAES)
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira (DESMAD - SAES)
Marden Marques Soares Filho (CGDDH/DESMAD - SAES)
Matheus da Silva Sousa (DESMAD - SAES)
Mauro Pioli Rehbein (DESMAD - SAES)
Natalina França da Silva (DESMAD - SAES)
Neli Maria Castro Almeida (CGESMAD/DESMAD – SAES)
Taia Duarte Mota (CPDRAP/DESMAD – SAES)
Thais Soboslai (DESMAD - SAES)
Vanuse Maria Resende Braga (DESMAD - SAES)
Victor Reis Santos (DESMAD - SAES)
Rafaela Oliveira Stuckert (DESMAD - SAES)
Sônia Barros (DESMAD - SAES)

Colaboração:

Andrea Francisca Arantes Maciel (CGPO - SAES)
Emille Souto Pinto (CGOF/DRAC - SAES)
Larissa Correia Nunes Dantas (DEGES - SEGETS)
Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello (DEGES - SEGETS)

Projeto gráfico e diagramação:

Mauricio Euclides de Lima e Borges (NUCOM - SAES)

Capa:

Obra de Maria do Socorro Santos, pintora e militante do Movimento Antimanicomial do Rio de Janeiro, falecida em março de 2005. A pintura, através de um estilo predominantemente surrealista, foi para Socorro a forma privilegiada de expressar sua individualidade, de reconstruir um projeto de vida e trabalho, e de participação nas lutas sociais. A divulgação de suas imagens para publicações e cartazes ligados a valores e princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial é possível, a partir de pedidos ao Projeto Maria do Socorro Santos, que detém a posse dos direitos de sua obra. Contatos: Eduardo Vasconcelos e Lisete Vaz, Rio de Janeiro.

Obs.: Informações disponibilizadas pelos curadores dos direitos autorais das obras de Maria do Socorro Santos

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, Ano 19, nº 13. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD – Brasília : Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

66 p. :il.

Modo de acesso: World Wide Web: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados>

Gráficos

Gráfico 01 – Série histórica da expansão de CAPS por ano. Brasil, de 1998 a 2024.....	12
Gráfico 02 – Distribuição dos CAPS por Tipologia. Brasil, 2024.....	15
Gráfico 03 – Série Histórica do Índice de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes, por Região. Brasil, dez/2002 a dez/2024.....	18
Gráfico 04 - Número de CAPS habilitados com IAE-PI por Região. Brasil, 2024.....	26
Gráfico 05 - Número de CAPS com IAE-PI por Tipologia. Brasil, 2024.....	28
Gráfico 06 – Série da Expansão de Unidades de Acolhimento habilitadas por Tipo. Brasil, dez/2012 a dez/2024.....	31
Gráfico 07 – Série da Expansão de Unidades de Acolhimento habilitadas por Tipo. Brasil, dez/2012 a dez/2024.....	32
Gráfico 08 – Série histórica de Serviços Hospitalares de Referência com número de leitos de saúde mental habilitados por ano. Brasil, 2013 a 2024.....	33
Gráfico 09 – Evolução do número de leitos de saúde mental em SHR por Região. Brasil, dez/2013 a out/2024.....	36
Gráfico 10 – Série histórica de Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados. Brasil, dez/2013 – dez/2024.....	37
Gráfico 11 – Série Histórica de Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados por Tipo. Brasil, dez/ 2013 a dez/2024.....	39
Gráfico 12 – Série histórica de Pessoas Beneficiárias do Programa de Volta Para Casa. Brasil, 2003 a 2024.....	41
Gráfico 13 – Série histórica de leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por ano. Brasil, dez/2002 a set/2024.....	44
Gráfico 14 - Série histórica do percentual de Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por porte hospitalar. Brasil, dez/2002 a set/2024.....	49
Gráfico 15 –Série histórica do custeio dos serviços substitutivos da RAPS por ano. Brasil, Dez/2014 a Dez/2024.....	62
Gráfico 16 – Orçamento de construção de CAPS - Programa de Acelaeração do Crescimento NOVO PAC. Brasil, 2023 e 2024.....	65

Mapas

Mapa 01 – Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes	20
Mapa 02 – Evolução da distribuição dos CAPS por Município Elegível	23

Tabelas

Tabela 01 – Série histórica do número de CAPS habilitados por Tipo. Brasil, dez/2014 a dez/2024.....	14
Tabela 02 – Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes por ano e UF. Brasil, dez/2013 a dez/2024.....	16
Tabela 03 – Centros de Atenção Psicossocial por Tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes. Brasil, dez/2024.....	19
Tabela 04 – Número de municípios, número de municípios elegíveis (ME) com e sem CAPS e número de municípios com CAPS habilitados por UF. Brasil, 2024.....	21
Tabela 05 - Número de CAPS em territórios Quilombolas titulados pelo INCRA por Estado e Região. Brasil. 2024.....	25
Tabela 06 – Número de CAPS com recurso IAE-PI por Estado. Brasil, 2024.....	27
Tabela 07 – Número de Unidades de Acolhimento habilitadas por Tipo e UF. Brasil, dez/2024.....	30
Tabela 08 – Número de Serviços Hospitalares de Referência, número de leitos de saúde mental habilitados e cobertura por 23mil/hab, Região e UF. Brasil, dez/2024.....	35
Tabela 09 – Número de Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados e de moradores, por Tipo de SRT, UF e Região. Brasil, dez/2024.....	38
Tabela 10 – Número de Pessoas Beneficiárias com cadastro ativo no Programa de Volta pra Casa, por UF e Região. Brasil, out/2024.....	42
Tabela 11 – Número de Leitos SUS em Hospital Psiquiátrico por UF e Região. Brasil, 2014 e 2024.....	46
Tabela 12 – Série Histórica dos hospitais psiquiátricos por porte hospitalar. Brasil, dez/2013 a set/2024.....	48
Tabela 13 – Número de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Brasil, 2024.....	51
Tabela 14 – Número de Programas de Residência Médica em Psiquiatria. Brasil, 2024.....	52
Tabela 15 – Cursos de Educação Permanente em Saúde Mental. Brasil, 2024.....	53
Tabela 16– Eventos de Educação Permanente temática em saúde mental. Brasil, 2024.....	54
Tabela 17 – Distribuição de Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Atenção Primária (eAP) e Equipes Multiprofissionais (eMulti) em municípios menores que 15.000 Habitantes (Brasil, nov/2024).....	57
Tabela 18 – Distribuição das Equipes de Consultórios na Rua implantadas e habilitadas, por UF. Brasil, nov/2024.....	59
Tabela 19 – Ações orçamentárias da RAPS por Ano. Brasil, dez/2019 a dez/2024.....	63

Sumário

Prefácio.....	8
Apresentação.....	10
1 - Atenção Psicossocial Estratégica.....	12
1.1 - Equidade na Atenção Psicossocial Estratégica.....	24
2 - Atenção Residencial de Caráter Transitório.....	29
3 - Atenção Hospitalar.....	33
4 - Estratégia de Desinstitucionalização.....	37
4.1 - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).....	37
4.2 - Programa de Volta Para Casa (PVC).....	41
4.3 - Leitos em hospitais psiquiátricos.....	43
5 - Formação e Educação Permanente.....	50
6 - Atenção Primária.....	56
7 - Orçamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	61

PREFÁCIO

Temos a alegria de apresentar a 13ª edição do Boletim Saúde Mental em Dados, fruto da retomada dos processos de sistematização e publicização dos dados da expansão e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial, sob a responsabilidade da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD).

Essa edição do Saúde Mental em Dados recupera as informações da implantação da RAPS, superando as lacunas de informações do período de 2015 a 2022. Com esse esforço foi possível capturar de maneira abrangente a trajetória da política ao longo dos últimos dez anos, dando seguimento à série histórica dos dados publicados nas edições anteriores iniciada em 2006.

Conforme evidenciado nos gráficos e tabelas desta 13ª edição, a Rede de Atenção Psicossocial demonstrou um crescimento constante até o ano de 2016. A segunda metade daquela década foi marcada por uma desaceleração na progressão da RAPS, fenômeno que ocorreu a partir de 2016, após a interrupção do governo da Presidenta Dilma Rousseff. A desaceleração tornou-se mais pronunciada a partir de 2017, ano em que foram publicadas portarias e normativas que resultaram em uma regressividade no modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O momento atual demanda a reconstrução dos alicerces que orientam o cuidado em liberdade. Essa reconstrução pretende superar não apenas os efeitos regressivos da gestão anterior nas políticas sociais no Brasil, mas também projetar uma política de saúde mental sensível aos diversos determinantes sociais expressos nas complexas interseccionalidades de raça, etnia, gênero, classe social, idade e região, dentre outras.

Gostaríamos de chamar atenção para uma iniciativa do governo Lula, que incidiu diretamente no campo da saúde mental: investimentos do Programa de Aceleração do Crescimento (NOVO PAC) para a construção de novos 200 CAPS. A SAES encontra-se, nesse momento, em diálogo com centenas de municípios brasileiros para que possam efetivar as obras. Com isso, teremos uma nova configuração de CAPS, com sedes próprias e projetos arquitetônicos atualizados. Esses novos CAPS vão ampliar o acesso da população aos serviços de saúde mental e ofertar nos territórios mais espaços de acolhimento às comunidades.

Nesses dois últimos anos a RAPS foi ampliada em mais de 10%. Aumentamos o orçamento da RAPS em mais de 35% para incluir novos serviços e para reforçar o custeio dos serviços já existentes. Além disso, foram pactuadas e publicadas as Portarias dos Centros de Convivência e das Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP- para fortalecer a desinstitucionalização de pessoas internadas em hospitais de custódia e tratamento.

Ao criar o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em 2023, o novo governo tomou uma decisão inequívoca de priorizar a saúde mental da população brasileira. Os números atuais da rede assistencial indicam o impacto positivo das ações governamentais no biênio 2023/2024, em acentuado contraste em relação aos números do ciclo de gestão anterior.

Agradecemos, em especial, à Ministra Nísia Trindade e ao Presidente Lula por todo apoio e investimentos na área da Saúde Mental nestes primeiros anos de gestão.

O Ministério da Saúde reafirma o compromisso com uma política de saúde mental como um processo civilizatório, com base nos Direitos Humanos, que avance na perspectiva do cuidado em liberdade no território.

Adriano Massuda

Secretário de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

APRESENTAÇÃO

No início de 2023, quando assumimos a gestão do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Ministério da Saúde, sabíamos o tamanho do desafio para retomar o curso da Reforma Psiquiátrica no país após inúmeros retrocessos e investidas hostis ao campo da atenção psicossocial.

Ao final destes dois primeiros anos de trabalho contínuo e persistente de recuperação dos fundamentos e diretrizes do cuidado digno e em liberdade, temos muito a celebrar e ainda mais a avançar no campo da saúde mental nas suas interfaces com os direitos humanos. Outros desafios permanecem e são proeminentes, considerando que ainda precisamos avançar muito para consolidar um sistema de garantia de direitos para todos aqueles que necessitam de cuidados em saúde mental.

Novos desafios vão surgindo e configurando a necessidade de novas respostas para a atenção em saúde mental: as populações apátridas, refugiados, imigrantes; as populações do campo, das águas e das florestas; as populações que vivem nas periferias das grandes cidades, nas favelas; a urgência de constituir uma política de saúde mental com o compromisso antirracista; as mudanças climáticas, as catástrofes e os desastres. Essas são algumas das questões urgentes para a política de saúde mental. Analisando o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é possível constatar que constantemente somos instigadas a superar desafios; e, assim, a Reforma Psiquiátrica se renova e se reinventa.

A publicação da 13ª edição do Boletim Saúde Mental em Dados da publicação do Saúde Mental em Dados é efeito do compromisso de reconstrução das políticas públicas no Brasil. Essa edição é relevante não somente para registrar a história do processo, mas também para subsidiar o planejamento dos novos horizontes.

O sucesso de um planejamento eficiente repousa sobre boas ferramentas de gestão, incluindo relatórios e boletins confiáveis. Nesse contexto, a 13ª edição do Boletim Saúde Mental em Dados desempenha um papel muito relevante na atualização dos dados em saúde mental, incluindo a série histórica de expansão de CAPS dos últimos 25 anos da política de saúde mental.

Em 2024 ultrapassamos a barreira dos 3.000 CAPS habilitados. Ao final do ano, foram contabilizados 3.019 CAPS habilitados. Há, ao menos, 1 CAPS em 2.007 diferentes municípios, demonstrando a capilaridade dessa rede. Crescemos também no índice de cobertura de CAPS por 100.000 habitantes. Atualmente, esse índice é de 1,13 CAPS/100.000. Esse patamar nos coloca no cenário internacional como uma das maiores redes públicas de cuidado em saúde mental em comparação com os principais sistemas de saúde do mundo. Ao todo, em dois anos habilitamos 603 novos pontos de atenção da RAPS; um crescimento superior a 10% comparado com o número de serviços de 2022. Temos hoje 6.379 serviços habilitados. O nosso compromisso é de que a rede continue crescendo para aumentar o acesso aos serviços de saúde mental.

Entre 2023 e 2024 o custeio dos CAPS, SRT e UA tiveram um importante reajuste, sendo 27% para os CAPS e SRT, e 100% de reajuste para as UA. Aumentamos também em 51% o valor do auxílio do Programa de Volta para Casa. O orçamento da RAPS passou a contar com R\$ 614.370.160 (seis-

centos e quatorze milhões, trezentos e setenta mil, cento e sessenta reais) a mais. Uma evolução de 35% comparado com o orçamento de 2022.

Conseguimos regulamentar os Centros de Convivência, um marco histórico para a RAPS. Essa era uma espera de mais de trinta anos. Ainda em 2024 alcançamos também outro importante avanço para fortalecer a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Incluímos com ponto de atenção da RAPS as Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst.

No que diz respeito ao Controle Social, em 2023 foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio (CNSM), conduzida pelo Conselho Nacional de Saúde junto aos demais Conselhos Estaduais, Municipais e Distrital de saúde, reunindo trabalhadoras, trabalhadores, gestoras, gestores, usuárias e usuários da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Sob o título "A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS", a V CNSM reafirmou as diretrizes e fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira, contribuindo de forma significativa para a retomada do crescimento e fortalecimento da RAPS.

A Reforma Psiquiátrica é uma estrada construída e percorrida por muitos, ao longo de várias décadas. Não chegaríamos tão longe se não tivéssemos a base de um Sistema Único de Saúde que nos permite estruturar uma potente rede de cuidados para a saúde mental.

Nesse ciclo de reconstrução ensejado pelo governo Lula, junto à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD) retomou o necessário processo de produção e divulgação dos dados referentes à atenção psicossocial no Brasil, visando resgatar a memória do processo e tornar os dados novamente públicos e acessíveis.

A retomada da habilitação de novos serviços estratégicos para a Reforma Psiquiátrica brasileira é uma expressão concreta e evidente do compromisso do Ministério da Saúde com o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. A Política de Saúde Mental volta a ser prioridade para o Ministério da Saúde e retoma o seu curso em consonância com os princípios históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Sônia Barros

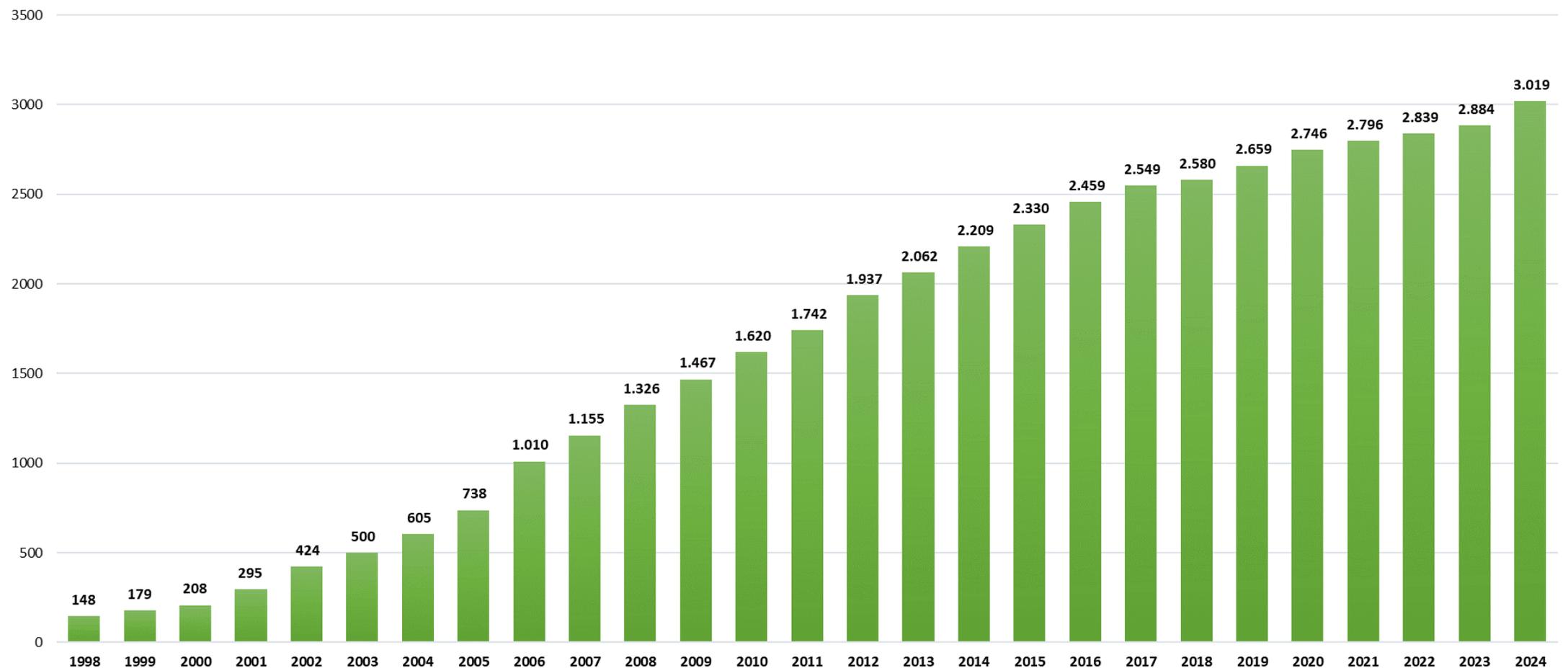
Diretora do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - SAES/MS

1.

Atenção Psicossocial Estratégica

O Gráfico 1 apresenta a série histórica com a curva de expansão anual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, desde 1998 até dezembro de 2024¹, representando o número de serviços implantados em território nacional. A taxa anual de crescimento dos CAPS permaneceu estável desde sua criação, intensificando-se significativamente entre 2004 e 2016, com um acréscimo de mais de 100 novos serviços anualmente. A partir de 2017, contudo, foi observada uma desaceleração no ritmo de expansão, destacando-se especialmente em 2018, ano em que foram habilitados apenas 31 CAPS.

Gráfico 01 – Série histórica da expansão de CAPS por ano. Brasil, 1998 a 2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS).

¹ Na segunda edição do “Saúde Mental em Dados”, referente ao período de janeiro a julho de 2006, foi apresentado pela primeira vez o gráfico da expansão dos CAPS no país, cujos dados remontam a década de 1980. A fonte de dados utilizada pelo Ministério da Saúde na época, que perdurou até o ano de 2001, foi o Disque-Saúde. A publicação desta edição do boletim, contendo dados sobre a expansão dos CAPS no período de 1980 a 2001, encontra-se disponível no sítio eletrônico: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2006_SMD_02.pdf.

No âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a desaceleração no crescimento dos CAPS coincidiu com uma mudança normativa no componente de Atenção Psicossocial Especializada da RAPS. Essa mudança ocorreu com a criação do CAPS ad IV e da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM/AMENT), conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.588/2017. Vale destacar que o financiamento federal para essas novas modalidades era proporcionalmente maior em comparação com algumas das modalidades de CAPS existentes na época.

Em junho de 2023, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, o Ministério da Saúde revogou a Portaria nº 3.588/2017 com a publicação da Portaria GM/MS 757/2023. Essa revogação possibilitou retomar as diretrizes normativas do componente de Atenção Psicossocial Especializada da RAPS, em consonância com a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A recomposição do custeio federal destinado aos CAPS vem ocorrendo desde 2023, por meio da Portaria GM/MS nº 660, de 3 de julho de 2023 e da Portaria GM/MS nº 5.500, de 24 de outubro de 2024, alcançando um aumento de 51,9% para a RAPS no período de 2023-2024. Esse processo reafirma o compromisso de fortalecer as ofertas de saúde mental no SUS, buscando corrigir as grandes discrepâncias do financiamento estabelecidas nos últimos anos e contribuindo para a sustentabilidade da rede de cuidados em saúde mental.

A Tabela abaixo apresenta a evolução da implantação dos diferentes Tipos de CAPS ao longo dos últimos dez anos. A expansão dos CAPS ad III foi expressiva, mais que o dobro neste período. Essa tendência geral de crescimento é verificada com a ampliação do número de CAPS III, que teve um crescimento de aproximadamente 60%.

Tais modalidades de CAPS são fundamentais para a ampliação da cobertura assistencial contínua, nas 24 horas do dia, bem como para o cuidado territorial nas situações de crise e/ou de maior complexidade destinadas às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e àquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Destaca-se, ainda, a expressiva ampliação do número de CAPS I nos últimos dez anos, de 201 para 324, indicando aumento de 61%. Contudo, é importante observar a necessidade de ampliação deste dispositivo para o campo do cuidado à criança, adolescentes e jovens. Em relação ao número de CAPS I verifica-se a ampliação de 1.069 para 1.522, apresentando aumento de 42% no mesmo período.

Tabela 01 – Série histórica do número de CAPS habilitados por Tipo. Brasil, dez/2013 a dez/2024.

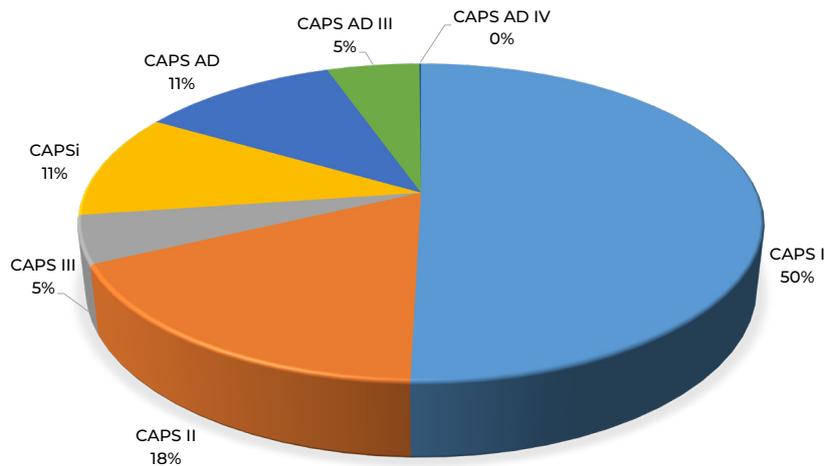
ANO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	Total Geral
2013	978	471	78	187	301	47	nsa	2.062
2014	1069	476	85	201	309	69	nsa	2.209
2015	1135	487	94	210	316	88	nsa	2.330
2016	1196	502	101	228	324	108	nsa	2.459
2017	1246	509	107	241	332	114	nsa	2.549
2018	1263	514	108	249	331	115	0	2.580
2019	1316	519	113	257	327	124	3	2.659
2020	1365	523	122	274	330	129	3	2.746
2021	1402	523	123	282	330	133	3	2.796
2022	1427	528	127	287	331	136	3	2.839
2023	1453	530	128	300	332	138	3	2.884
2024	1522	528	146	324	338	158	3	3.019

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS).

Ressalta-se que a Tabela 01 permite a comparação dos biênios 2021/2022 e 2023/2024 em referência ao número de CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde. Verifica-se que no biênio 2021/2022 foram habilitados 93 CAPS, e no biênio subsequente foram habilitados 180 CAPS. Identifica-se um aumento de quase 100% do número de CAPS habilitados no biênio 2023/2024, colocando em evidência a retomada atual dos investimentos federais nos Centros de Atenção Psicossocial.

O Gráfico abaixo apresenta a conformação da distribuição dos CAPS no Brasil de acordo com o tipo de serviço. Essa imagem apresenta um dado importante para compreensão da evolução da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Cerca de 50% dos CAPS são serviços Tipo I, que estão habilitados em municípios de pequeno porte populacional. Isso permite concluir que a reorientação do modelo assistencial está cumprindo uma meta muito relevante para o planejamento da política de saúde mental, qual seja, a interiorização dos serviços de saúde mental. Cada vez mais municípios de pequeno porte passam a ter os serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial.

Gráfico 02 – Distribuição dos CAPS por Tipologia. Brasil Dez/2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS)..

Em relação aos CAPS III e CAPS ad III, identifica-se que são cerca de 10% da totalidade de CAPS. Há dez anos esse indicador era de 7%. Além de um número maior de habilitação de novos serviços 24 horas, muitos municípios têm qualificado os CAPS II transformando-os em CAPS III. O mesmo ocorre em relação aos CAPS ad.

O mesmo crescimento pode ser verificado em relação aos CAPSi. Em 2014 os serviços dessa modalidade correspondiam a 9%. Em 2024 os CAPSi chegam a 11% do total de serviços.

Em uma década houve uma ligeira redução proporcional dos CAPS Tipo II e dos CAPS ad quando computados no total dos serviços atualmente habilitados. No caso dos CAPS ad, a redução de CAPS ad Tipo II foi compensada pelo aumento proporcional dos CAPS ad Tipo III comparando os indicadores de 2014 e 2024.

Tabela 02 – Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes por ano, UF e Região.
Brasil, dez/2013 a dez/2024.

Região	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
NORTE	0,59	0,61	0,65	0,67	0,69	0,68	0,68	0,68	0,69	0,77	0,80	0,79
Acre	0,45	0,44	0,50	0,49	0,54	0,52	0,57	0,56	0,55	0,66	0,78	0,74
Amapá	0,41	0,47	0,46	0,45	0,50	0,48	0,53	0,52	0,51	0,61	0,75	0,81
Amazonas	0,39	0,39	0,39	0,40	0,44	0,44	0,43	0,43	0,42	0,47	0,49	0,49
Pará	0,62	0,66	0,68	0,70	0,71	0,69	0,69	0,71	0,72	0,83	0,84	0,85
Rondônia	0,78	0,77	0,79	0,78	0,78	0,80	0,79	0,78	0,83	0,89	0,89	0,80
Roraima	0,92	1,21	1,29	1,26	1,44	1,30	1,24	1,19	1,15	1,18	1,18	1,12
Tocantins	0,71	0,73	0,96	1,08	1,06	1,06	1,08	1,07	1,06	1,12	1,12	1,14
NORDESTE	0,96	1	1,05	1,09	1,11	1,12	1,15	1,18	1,19	1,28	1,30	1,28
Alagoas	1	0,99	1,02	1,03	1,10	1,11	1,12	1,12	1,13	1,21	1,25	1,27
Bahia	0,91	0,95	0,99	1,04	1,04	1,09	1,11	1,14	1,15	1,24	1,24	1,23
Ceará	1,01	1,1	1,14	1,15	1,16	1,15	1,17	1,19	1,24	1,33	1,36	1,35
Maranhão	0,71	0,74	0,77	0,77	0,79	0,78	0,81	0,85	0,85	0,89	0,92	0,89
Paraíba	1,52	1,57	1,71	1,78	1,85	1,89	1,90	1,98	2,04	2,15	2,16	2,11
Pernambuco	0,81	0,86	0,91	0,98	0,99	0,98	1,04	1,08	1,09	1,20	1,23	1,21
Piauí	1,05	1,13	1,28	1,37	1,37	1,35	1,34	1,36	1,38	1,41	1,44	1,39
Rio Grande do Norte	0,92	0,92	0,94	1,01	1,03	1,03	1,00	1,06	1,04	1,14	1,15	1,12
Sergipe	1,25	1,28	1,27	1,32	1,31	1,38	1,37	1,36	1,35	1,47	1,47	1,42
CENTRO-OESTE	0,62	0,66	0,68	0,71	0,72	0,72	0,73	0,75	0,73	0,76	0,79	0,81
Distrito Federal	0,45	0,46	0,45	0,52	0,51	0,52	0,51	0,51	0,45	0,51	0,53	0,54
Goiás	0,6	0,69	0,72	0,74	0,76	0,77	0,78	0,80	0,81	0,84	0,86	0,85
Mato Grosso	0,75	0,76	0,78	0,77	0,78	0,76	0,76	0,77	0,73	0,74	0,75	0,78
Mato Grosso do Sul	0,7	0,69	0,74	0,78	0,81	0,80	0,77	0,84	0,85	0,87	0,91	1,05
SUDESTE	0,74	0,79	0,83	0,89	0,93	0,94	0,97	1,00	1,02	1,09	1,10	1,12
Espírito Santo	0,46	0,46	0,53	0,55	0,55	0,58	0,57	0,60	0,67	0,72	0,72	0,69
Minas Gerais	0,84	0,95	1,04	1,18	1,30	1,32	1,38	1,39	1,42	1,50	1,50	1,52
Rio de Janeiro	0,68	0,73	0,73	0,76	0,79	0,78	0,83	0,86	0,86	0,94	0,97	0,93
São Paulo	0,74	0,77	0,79	0,83	0,85	0,86	0,87	0,91	0,92	0,98	1,00	1,04
SUL	0,98	1,07	1,13	1,17	1,19	1,20	1,21	1,22	1,21	1,24	1,26	1,27
Paraná	0,8	0,89	0,99	1,02	1,07	1,07	1,09	1,08	1,07	1,10	1,11	1,09
Rio Grande do Sul	1,19	1,32	1,34	1,40	1,39	1,43	1,44	1,47	1,46	1,55	1,56	1,64
Santa Catarina	0,93	0,97	1,03	1,05	1,04	1,03	1,04	1,05	1,04	1,01	1,04	1,01
Brasil	0,81	0,86	0,91	0,95	0,98	0,99	1,01	1,03	1,04	1,11	1,13	1,13
População Brasil	201.062.789	202.799.518	204.450.649	206.081.432	207.660.929	208.494.900	210.147.125	211.755.692	213.317.639	203.080.756	203.080.756	212.583.750

Fonte: Departamewnto de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A Tabela 2 acima demonstra a evolução do indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes para cada unidade da federação na última década. A taxa de cobertura nacional manteve crescimento contínuo neste período e atualmente é de 1,13 CAPS/100 mil habitantes. Tal ampliação do índice de cobertura de CAPS é observada em todas as Regiões do país, com destaque para a Região Nordeste (1,28 CAPS/100 mil habitantes).

O indicador de cobertura CAPS/100 mil habitantes² foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e ser instrumento aos gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação dos pontos de atenção do componente de atenção especializada e estratégica da RAPS.

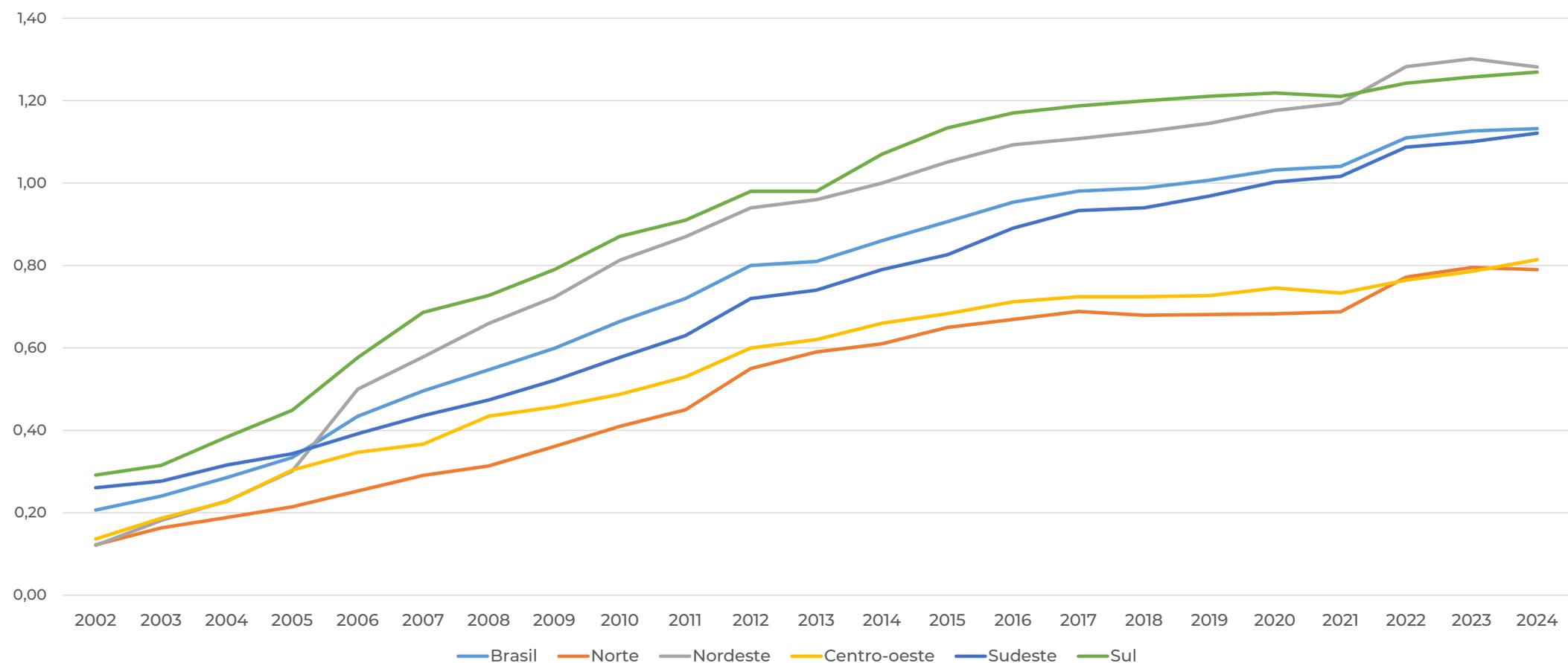
A matriz de cálculo do índice de cobertura estabelece uma equação entre a somatória do número de CAPS, considerando os pesos diferenciados para as diferentes tipologias, e o número de habitantes por unidade de análise (Município, Estado, Brasil). Desta forma, os índices de cobertura para os anos de 2021 a 2024 foram influenciados de forma significativa em decorrência de diferentes estimativas populacionais publicadas pelo IBGE no período. A elevação do índice de cobertura de 1,04 de CAPS, em 2021, para 1,11, em 2022, justifica-se pela redução de mais de 10 milhões de habitantes na estimativa do Censo IBGE 2022/2023.

Em relação a evolução desse indicador entre 2023 e 2024, verifica-se na Tabela 02 que não houve alteração, ainda que em 2024 tenham sido habilitados 135 novos serviços, resgatando uma média de novas habilitações semelhante ao que ocorreu quinze anos antes. Esse resultado decorre pelo fato de que a estimativa populacional divulgada pelo IBGE em novembro de 2024 apontou um crescimento superior a 9,5 milhões de pessoas em um ano. Com o coeficiente da equação aumentado, mesmo com um significativo número de novos serviços habilitados, não houve ampliação no indicador de cobertura.

Ressalta-se que os resultados deste indicador não devem ser analisados isoladamente, dado que não reflete integralmente a expansão ou cobertura assistencial da RAPS, cuja estrutura e organização é composta por diversos serviços e ações.

2 Para análise do indicador de cobertura, utiliza-se o cálculo ponderado em que cada Tipologia de CAPS tem um peso diferenciado, de acordo com o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 do Ministério da Saúde, que se baseia na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, de 19 junho de 2013, que estabeleceu as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no período de 2013-2015.

Gráfico 03 – Série Histórica do Índice de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes, por Região. Brasil, dez/2002 a dez/2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O gráfico acima ilustra a evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes, por Região do Brasil.

O crescimento nas Regiões Nordeste e Sul mantém-se em destaque, visto que apresentam os melhores índices de cobertura, seguidas da Região Sudeste, Norte e Centro-Oeste.

Vale salientar que as Regiões Nordeste e Sudeste mantiveram evolução contínua do indicador de cobertura do CAPS/100 mil habitantes ao longo dos últimos dez anos.

A linha evolutiva reflete a variação do número de habitantes e a habilitação de novos serviços, como demonstrado anteriormente. O Nordeste e o Sul, 1,28 e 1,27, respectivamente, são as duas Regiões que atualmente estão acima do indicador de cobertura nacional, enquanto que o Norte tem a menor cobertura entre as cinco Regiões do Brasil.

Tabela 03 – Centros de Atenção Psicossocial por Tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes. Brasil, dez/2024.

Região	População Estimada (IBGE 2024)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	Total	Cobertura CAPS/100 mil habitantes*
NORTE	18.669.345	130	34	8	11	12	9	0	204	0,79
Acre	880.631	6	2	0	0	0	1	0	9	0,74
Amapá	802.837	4	0	0	2	1	1	0	8	0,81
Amazonas	4.281.209	17	4	2	2	2	1	0	28	0,49
Pará	8.664.306	71	17	5	5	7	1	0	106	0,85
Rondônia	1.746.227	14	5	0	1	1	0	0	21	0,80
Roraima	716.793	8	1	1	0	0	1	0	11	1,12
Tocantins	1.577.342	10	5	0	1	1	4	0	21	1,14
NORDESTE	57.112.096	648	150	31	66	81	43	0	1.019	1,28
Alagoas	3.220.104	55	6	0	1	2	3	0	67	1,27
Bahia	14.850.513	202	35	5	12	18	6	0	278	1,23
Ceará	9.233.656	80	33	4	15	22	6	0	160	1,35
Maranhão	7.010.960	57	17	4	4	7	0	0	89	0,89
Paraíba	4.145.040	74	8	5	12	5	12	0	116	2,11
Pernambuco	9.539.029	86	24	8	14	12	7	0	151	1,21
Piauí	3.375.646	43	11	1	3	7	2	0	67	1,39
Rio Grande do Norte	3.446.071	22	11	1	3	6	4	0	47	1,12
Sergipe	2.291.077	29	5	3	2	2	3	0	44	1,42
CENTRO-OESTE	17.071.595	103	28	9	15	19	8	1	183	0,81
Distrito Federal	2.982.818	0	3	1	3	4	3	0	14	0,54
Goiás	7.350.483	51	17	3	4	7	3	0	85	0,85
Mato Grosso	3.836.399	33	3	1	4	5	0	0	46	0,78
Mato Grosso do Sul	2.901.895	19	5	4	4	3	2	1	38	1,05
SUDESTE	88.617.693	405	230	88	172	155	68	1	1.119	1,12
Espírito Santo	4.102.129	15	9	1	4	5	1	0	35	0,69
Minas Gerais	21.322.691	202	63	21	46	41	28	1	402	1,52
Rio de Janeiro	17.219.679	46	47	13	35	24	8	0	173	0,93
São Paulo	45.973.194	142	111	53	87	85	31	0	509	1,04
SUL	31.113.021	236	86	10	60	71	30	1	494	1,27
Paraná	11.824.665	73	26	6	16	25	11	0	157	1,09
Rio Grande do Sul	11.229.915	91	44	2	33	33	17	1	221	1,64
Santa Catarina	8.058.441	71	16	2	11	13	2	0	115	1,01
BRASIL	212.583.750	1.522	528	146	324	338	158	3	3.019	1,13

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

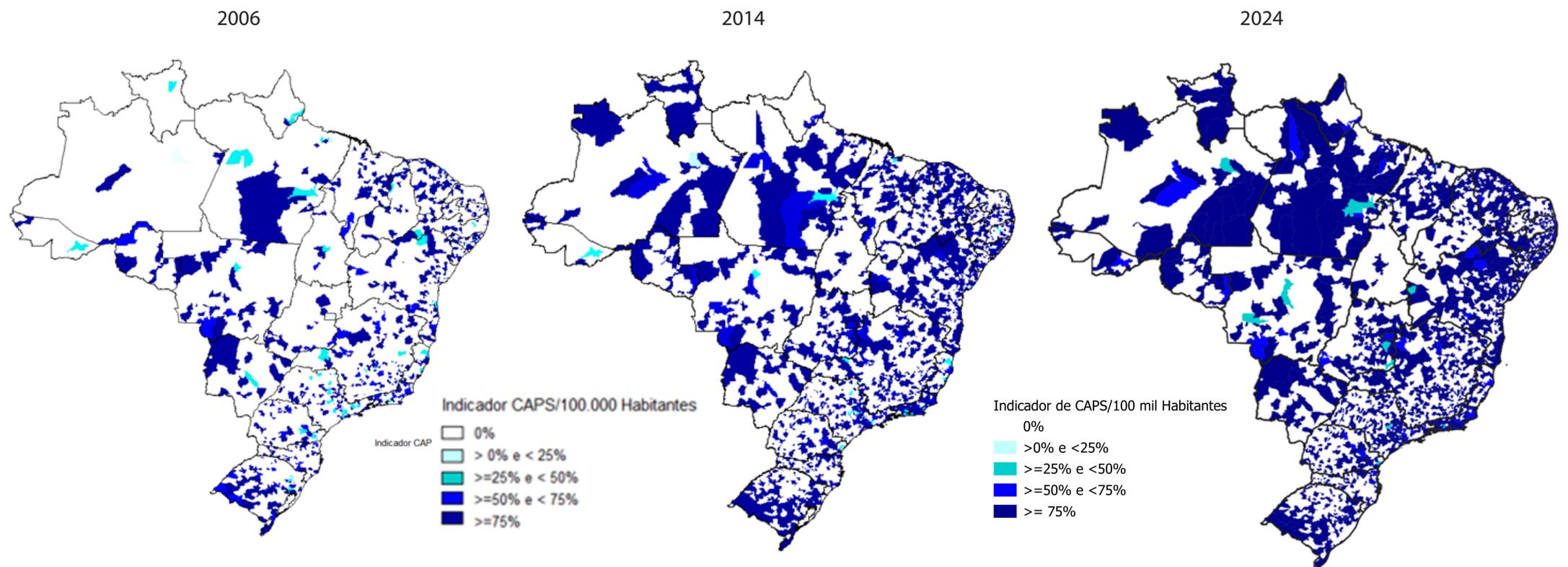
A tabela acima apresenta a distribuição dos CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, por UF, Tipo de serviço e Indicador de Cobertura, no ano de 2024.

As Regiões Sul e Nordeste mantêm-se apresentando Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes maior do que a média nacional, situação que se repete nos Estados de Tocantins, Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Sergipe, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Destaca-se, ainda, a Paraíba, que tem se mantido por mais de dez anos como o Estado de maior cobertura assistencial do país.

Apenas o Estado de Rondônia ainda não possui serviços com cobertura 24h (CAPS III ou ad III) habilitados, Mato Grosso não possui CAPS ad III e outros dois (Acre e Roraima, ambos na Região Norte) ainda não possuem CAPSi habilitados.

Este cenário indica a necessidade de fortalecimento e avanço na expansão dos CAPS e da RAPS como um todo.

Mapa 01 – Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes



Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006 e 2014); Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024):

Observação: dados referentes a dezembro de 2006, dezembro de 2014 e dezembro de 2024

Os mapas acima permitem visualizar a expansão e a interiorização de CAPS no território brasileiro no período de 2006 a 2024. A escala em azul indica a cobertura dos municípios: quanto mais escuro maior a cobertura. Observa-se o adensamento de serviços nas Regiões Nordeste e Sudeste, e o contínuo crescimento da implantação de serviços na Região Norte.

Tabela 04 – Número de municípios, número de municípios elegíveis (ME) com e sem CAPS e número de municípios com CAPS habilitados por UF e Região Brasil, 2024

Região	Nº de Municípios	Nº Municípios Elegíveis para CAPS*	Nº Municípios Elegíveis com CAPS habilitados	% Municípios Elegíveis com CAPS habilitados	Nº Municípios Elegíveis sem CAPS Habilitados	% Municípios Elegíveis sem CAPS habilitados	Nº Municípios com CAPS habilitados**
NORTE	450	240	159	66%	81	34%	166
Acre	22	14	6	43%	8	57%	8
Amazonas	62	51	21	41%	30	59%	22
Amapá	16	6	6	100%	0	0%	6
Pará	144	120	87	73%	33	28%	87
Rondônia	52	24	18	75%	6	25%	18
Roraima	15	11	9	82%	2	18%	9
Tocantins	139	14	12	86%	2	14%	16
NORDESTE	1.794	833	673	81%	160	19%	785
Alagoas	102	54	53	98%	1	2%	59
Bahia	417	239	199	83%	40	17%	225
Ceará	184	129	106	82%	23	18%	112
Maranhão	217	125	70	56%	55	44%	77
Paraíba	223	56	53	95%	3	5%	83
Pernambuco	185	126	99	79%	27	21%	112
Piauí	224	37	36	97%	1	3%	50
Rio Grande do Norte	167	33	28	85%	5	15%	34
Sergipe	75	34	29	85%	5	15%	33
CENTRO-OESTE	466	158	115	73%	43	27%	129
Goiás	246	71	58	82%	13	18%	68
Mato Grosso do Sul	79	37	23	62%	14	38%	25
Mato Grosso	141	50	34	68%	16	32%	36
SUDESTE	1.668	666	532	80%	134	20%	616
Espírito Santo	78	43	21	49%	22	51%	23
Minas Gerais	853	244	212	87%	32	13%	274
Rio de Janeiro	92	75	74	99%	1	1%	82
São Paulo	645	304	225	74%	79	26%	237
SUL	1.191	346	280	81%	66	19%	311
Paraná	399	124	93	75%	31	25%	101
Rio Grande do Sul	497	126	111	88%	15	12%	123
Santa Catarina	295	96	76	79%	20	21%	87
BRASIL	5.569	2.243	1.759	78%	484	22%	2.007

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

* Municípios Elegíveis para CAPS são os municípios com população acima de 15 mil habitantes (estimativa IBGE 2024).

** Inclui municípios com menos de 15 mil habitantes.

*** O Distrito Federal, por sua particularidade enquanto Unidade Federativa, não foi incluído.

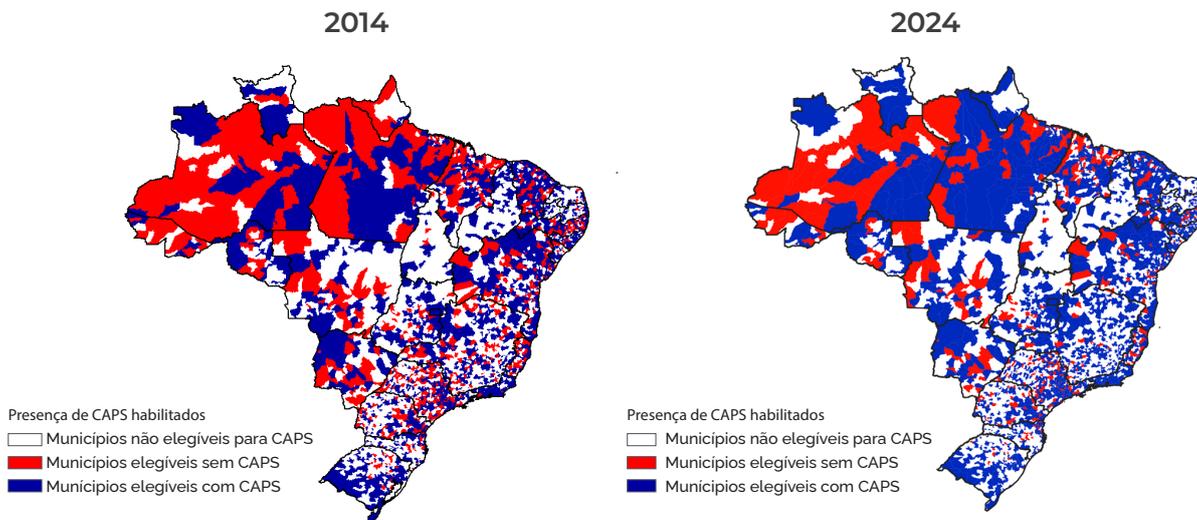
Conforme definido na Portaria de Consolidação 03/2017, municípios com população igual ou superior a 15.000 habitantes são considerados elegíveis para a habilitação de CAPS. A Tabela 04 apresenta o número de municípios elegíveis para implantação de CAPS, com e sem CAPS, divididos por Estado e Região.

A ausência de CAPS habilitados em municípios elegíveis permite uma análise sobre o vazio assistencial deste componente da RAPS nos municípios brasileiros. Tal cenário tem se reduzido ao longo dos anos, mas ainda corresponde a 21,6% (484) dos municípios elegíveis do país. Ao todo, são 2.243 municípios elegíveis (ME) para a habilitação de serviços de saúde mental tipo CAPS. Todas as regiões do país apresentaram crescimento do número de CAPS habilitados, em comparação aos dados apresentados na última edição do Saúde Mental em Dados, nº 12 de 2014. Destacam-se as Regiões Nordeste, Sul e Sudeste, cujo percentual de municípios elegíveis com implantação de CAPS habilitados é maior do que o nacional. Apesar dos avanços nos últimos anos, a Região Norte ainda conta com os menores percentuais de municípios com CAPS habilitados.

Dez estados apresentam percentual de ME com CAPS habilitados maior do que índice nacional, são eles: Tocantins, Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Sergipe, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. O Estado do Amazonas, por sua vez, conta ainda com 58% dos municípios elegíveis sem CAPS habilitados, embora este percentual esteja em gradual redução ao longo dos anos. A soma da população dos municípios com CAPS corresponde a mais de 179 milhões de brasileiros e brasileiras com possibilidade de acesso territorial à atenção psicossocial.

A tabela 04 informa que, considerando o critério de elegibilidade, há 1.759 municípios com possibilidade de ter CAPS. Entretanto, há CAPS habilitado em 2.008 municípios. Isso permite constatar que há mais municípios com CAPS habilitados que o número de municípios elegíveis. Essa diferença se dá pelo fato de que alguns CAPS foram habilitados em municípios de porte inferior ao que está previsto na portaria que os regulamenta. Isso ocorre porque há CAPS habilitados em sistema de consórcios entre pequenos municípios, ou serviços habilitados em municípios de pequeno porte distantes de outras referências em saúde mental, ou mesmo por ter havido um diagnóstico da CIR com justificativas de necessidade epidemiológica para tal habilitação.

Mapa 02 – Evolução da distribuição dos CAPS por Município Elegível



* Municípios Elegíveis para CAPS são os municípios com população acima de 15 mil habitantes (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo V).

Fonte: Ano 2014: Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ano 2024: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Os mapas acima permitem visualizar a capilaridade de serviços no território brasileiro. A legenda em azul indica os municípios elegíveis com CAPS habilitados, a legenda em vermelho indica municípios elegíveis e que ainda não têm CAPS.

No decorrer dos últimos dez anos observa-se a ampliação na distribuição dos CAPS nas Regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste do país. Destaca-se, especialmente, o aumento da capilaridade dos CAPS nos Estados do Amapá, Pará e Acre, na Região Norte, e do Mato Grosso do Sul, na Região Centro-Oeste. A Região Sudeste é marcada pela maior capilarização nos Estados de Minas Gerais e São Paulo. No Estado do Rio de Janeiro, durante esse período, todos os municípios elegíveis passaram a contar com pelo menos um CAPS, um marco alcançado também em Roraima, na Região Norte. No Nordeste merece destaque o aumento na distribuição de serviços nos Estados de Pernambuco e Bahia.

1.1 - Equidade na Atenção Psicossocial Estratégica

A Portaria GM/MS nº 2.198, de 06 de dezembro de 2023, institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, apontando que a perspectiva étnico-racial deve estar na “formulação, na execução e no monitoramento das políticas públicas de saúde mental, considerando as especificidades do sofrimento psíquico nos diferentes segmentos étnico-raciais da população”. Dessa forma, o princípio da equidade é tomado como premissa basilar para a reestruturação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

As estratégias de expansão e consolidação da RAPS passam a levar em consideração a diversidade étnico-racial e territorial. Para avançarmos com o acesso à saúde mental e atenção psicossocial vem sendo adotada a obrigatoriedade do quesito raça-cor, conforme está instituído na Portaria GM/MS nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, o que exige uma mudança nos sistemas de saúde e inclusão dos dados nos prontuários.

Atualmente, o Brasil possui 396 comunidades quilombolas em áreas tituladas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) em todas as regiões do país. Das 396 comunidades, 272 (69%) possuem CAPS em seus territórios de referência, com destaque para os Estados do Pará e do Maranhão. O Estado do Pará é o estado que mais possui comunidades quilombolas em municípios que não tem CAPS habilitados.

A Tabela 05 apresenta os CAPS que estão em Regiões Quilombolas em áreas que foram tituladas pelo INCRA. Como pode ser observado, em 7 unidades da federação, sendo 4 na Região Norte (Acre, Amazonas, Rondônia e Roraima), não se identifica a implantação de CAPS em territórios quilombolas.

Tabela 05 – Número de CAPS em territórios Quilombolas titulados pelo INCRA, por Estado e Região. Brasil. 2024.

UF	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	Total Geral
NORTE	21	7	2	5	6	1	0	42
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0
Acre	0	0	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	2	1	1	0	4
Pará	20	7	2	3	5	0	0	37
Tocantins	1	0	0	0	0	0	0	1
Rondônia	0	0	0	0	0	0	0	0
RR	0	0	0	0	0	0	0	0
NORDESTE	26	18	3	5	8	1	0	61
Bahia	5	11	1	2	3	1	0	23
Alagoas	0	1	0	0	1	0	0	2
Ceará	0	1	0	1	0	0	0	2
Maranhão	11	3	1	1	1	0	0	17
Paraíba	1	0	0	0	0	0	0	1
Pernambuco	1	0	1	0	1	0	0	3
Piauí	3	2	0	1	2	0	0	8
Rio Grande do Norte	2	0	0	0	0	0	0	2
Sergipe	3	0	0	0	0	0	0	3
CENTRO - OESTE	2	0	0	0	0	0	0	2
Goiás	1	0	0	0	0	0	0	1
Mato Grosso do Sul	1	0	0	0	0	0	0	1
Mato Grosso	0	0	0	0	0	0	0	0
SUDESTE	6	2	0	1	1	1	0	11
Espírito Santo	0	0	0	0	0	0	0	0
Minas Gerais	4	0	0	0	0	1	0	5
Rio de Janeiro	2	1	0	1	1	0	0	5
São Paulo	0	1	0	0	0	0	0	1
SUL	1	6	1	4	1	8	1	22
Paraná	0	0	0	0	0	0	0	0
Rio Grande do Sul	0	6	1	4	1	8	1	21
Santa Catarina	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	56	33	6	15	16	11	1	138

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS)

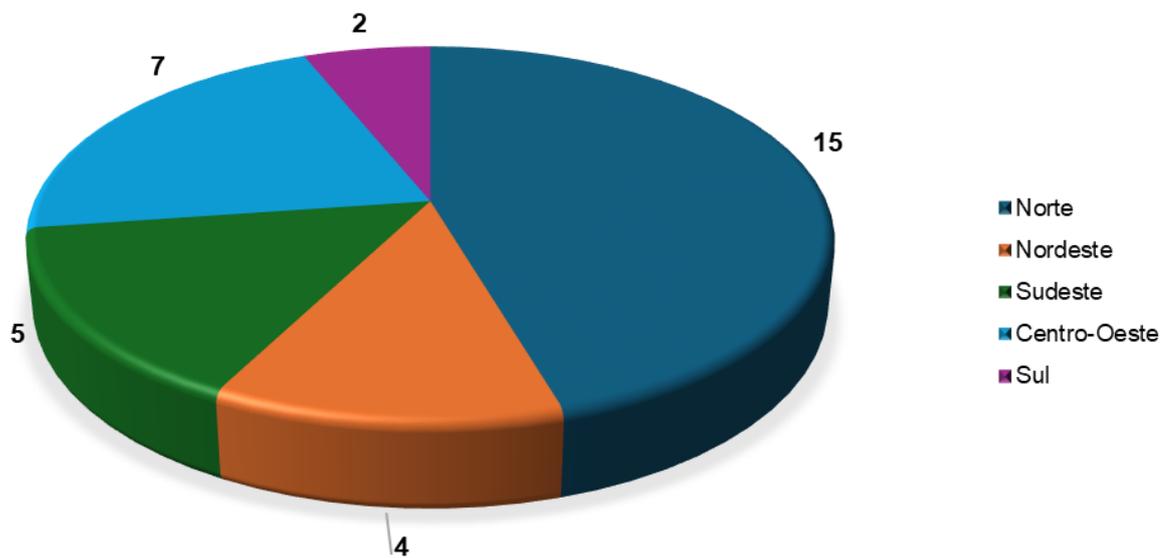
A partir desse primeiro levantamento, identifica-se a presença de 138 CAPS em território quilombola titulado pelo INCRA, o que se constitui como uma informação importante para uma primeira aproximação do campo da atenção psicossocial às demandas de saúde mental destes territórios.

Em relação a saúde mental dos povos indígenas e originários identificam-se algumas estratégias adotadas para adequar as ações de cuidado às necessidades específicas das populações indi-

genas. Uma dessas estratégias é o Incentivo Financeiro para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) estabelecido pela Portaria GM/MS nº 2.663, de 11 de outubro de 2017. Este incentivo visa a melhoria do acesso e atendimento psicossocial aos povos indígenas e a promoção do bem-viver, o que exige melhor compreensão e reconhecimento do perfil da população atendida. Assim, os CAPS, que são serviços especializados, precisam adequar-se aos aspectos culturais e étnicos para viabilizar melhor cuidado nos territórios indígenas.

Atualmente, dos 3.019 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, 33 deles recebem o IAE-PI, representando aproximadamente 1,1% do total de CAPS existentes. Como mostra o gráfico 04, dos 33 CAPS que atualmente foram habilitados para recebimento desse incentivo, 15 (46%) estão na Região Norte, 4 (12%) na Região Nordeste, 7 (21%) na Região Centro-Oeste, 5 na Região (15%) Sudeste e 2 (5%) na Região Sul.

Gráfico 04 - Número de CAPS habilitados com IAE-PI por Região. Brasil, 2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS).

A Tabela 06 apresenta os CAPS com IAE-PI, distribuídos por Estados, considerando as diferentes tipologias, até dezembro de 2024.

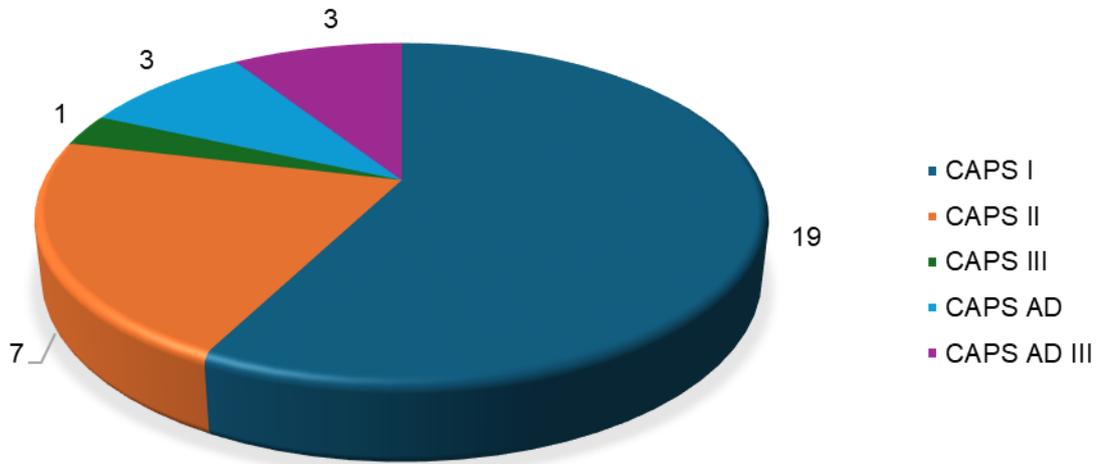
Tabela 06 – Número de CAPS com recurso IAE-PI por Tipologia e UF. Brasil, 2024

Região	Tipo de CAPS				
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III
NORTE					
Amazonas	3	1	1		1
Pará	2	1			
Rondônia		1			
Tocantins	3			1	1
NORDESTE					
Alagoas	1				
Ceará	1	1			1
CENTRO-OESTE					
Mato Grosso do Sul		1		1	
Mato Grosso	5				
SUDESTE					
Espírito Santo		2			
Minas Gerais	2			1	
SUL					
Paraná	1				
Santa Catarina	1				
Total por tipo	19	7	1	3	3
TOTAL GERAL					33

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS).

O gráfico abaixo apresenta a distribuição dos CAPS que recebem IAE-PI de acordo com as diferentes Tipologias.

Gráfico 05 – Número de CAPS com IAE-PI, por Tipologia. Brasil, 2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS).

Identifica-se a predominância de CAPS de Tipologia I (19 CAPS) que recebe o IAE-PI, assim como, a ausência de CAPSi (CAPS Infantil) vinculado a essa modalidade de incentivo. Também, importante registrar, considerando a presença de população indígena em todo território nacional, um número muito reduzido de serviços do campo da saúde mental especializada que se vinculam ao IAE-PI.

2.

Atenção Residencial de Caráter Transitório

A Atenção Residencial de Caráter Transitório, como componente da RAPS, tem o objetivo de oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar, e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Os serviços deverão garantir direitos de moradia, educação e convivência familiar e social, com tempo de permanência de cada usuário previsto no Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2011a).

As Unidades de Acolhimento (UA) são regulamentadas pela Portaria GM/MS Nº 121, de 25 de janeiro de 2012, com republicação no dia 21 de maio de 2013, como um ponto de atenção do componente Residencial de Caráter Transitório da RAPS. As UA operam em duas modalidades: para acolhimento adulto (UAA) ou acolhimento infantojuvenil (UAI), que devem funcionar como residência em período integral, 24 horas e sete dias da semana, sempre de forma articulada com os CAPS.

A UA desenvolve suas atividades de maneira articulada com os CAPS de referência, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) estabelecido para cada pessoa. O processo de acolhimento deve prever atividades de socialização e elaboração de contratualidade que garantam a participação do sujeito.

A Tabela 07 apresenta a totalidade destes dispositivos habilitados pelo Ministério da Saúde, indicando as unidades federativas com Unidades de Acolhimento implantadas. Destacam-se Estado de São Paulo com o maior número de UA (21), seguido de Minas Gerais (15) e Ceará (11)

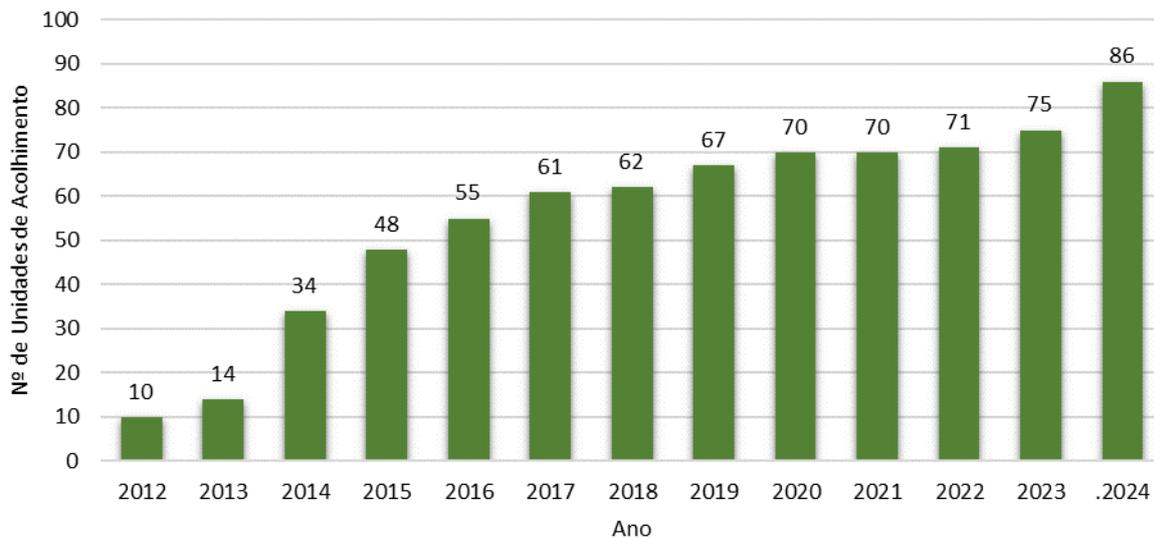
Tabela 07 – Número de Unidades de Acolhimento habilitadas, por tipo e UF. Brasil, dez/2024.

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

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD/SAES/MS)

Entre 2018 e 2022, o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) ficou fechado por um longo período para a inserção de novas solicitações. Durante a vigência da Portaria GM/MS nº 3.588/2017 ocorreu uma estagnação do número de UA. Com a retomada do processo de expansão da RAPS, em 2023 e 2024, houve a habilitação de 15 novas Unidades de Acolhimento.

Gráfico 06 – Série da Expansão de Unidades de Acolhimento habilitadas, por tipo. Brasil, dez/2012 a dez/2024.



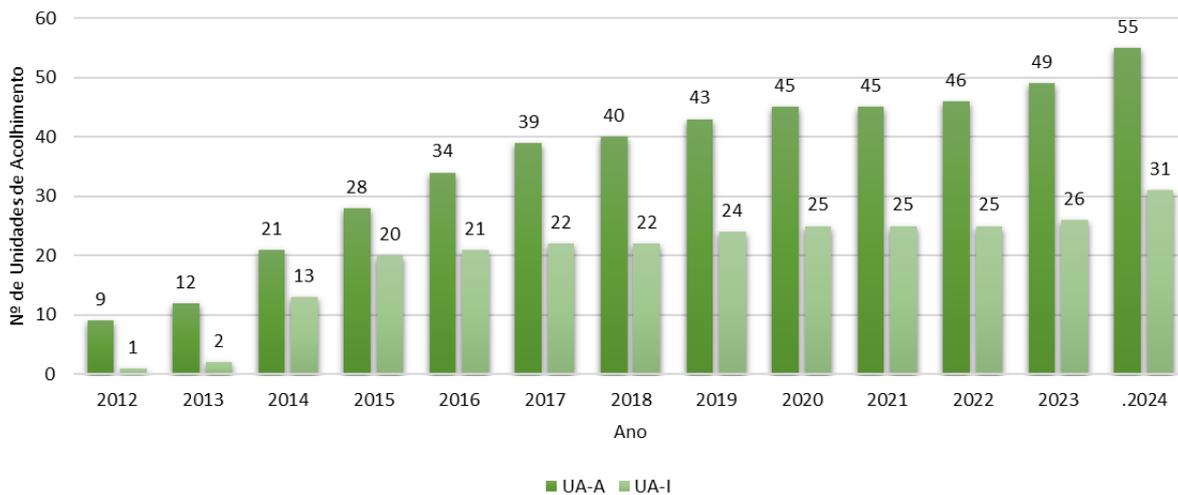
Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD/SAES/MS)

Em dez anos, o número de UA dobrou. Atualmente, 17 unidades da federação têm pelo menos 1 UA habilitada pelo Ministério da Saúde, abrangendo todas as Regiões do Brasil. A Portaria GM/MS Nº 615/2013, estabeleceu um incentivo financeiro para o investimento na construção de CAPS e UA, impulsionando o aumento anual desses serviços até 2017.

O período transcorrido entre 2020 a 2022 destaca-se pela interrupção da expansão destes serviços, sendo que no ano de 2021 não houve nenhuma habilitação deste ponto de atenção em todo o Brasil. As UA são dispositivos que cumprem uma importante função no acolhimento residencial de caráter transitório, estratégico para as demandas psicossociais relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Em seu fundamento ético-político está a lógica do cuidado em liberdade e a redução de danos, preservando o convívio social.

Com a reabertura das habilitações em 2023 verifica-se a retomada da expansão desses serviços, como será visto no gráfico abaixo.

Gráfico 07 – Série da Expansão de Unidades de Acolhimento habilitadas, por tipo. Brasil, dez/2012 a dez/2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS). Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica.

O gráfico acima apresenta a evolução da habilitação das UA de acordo com as duas Tipologias. Esse é um ponto de atenção que o DESMAD considera prioritário para o cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Para estimular a expansão do número de serviços, em 2023 o Ministério da Saúde ampliou em 100% o custeio dessas unidades de saúde, estabelecido pela Portaria GM/MS N° 2.289, de 8 de dezembro de 2023.

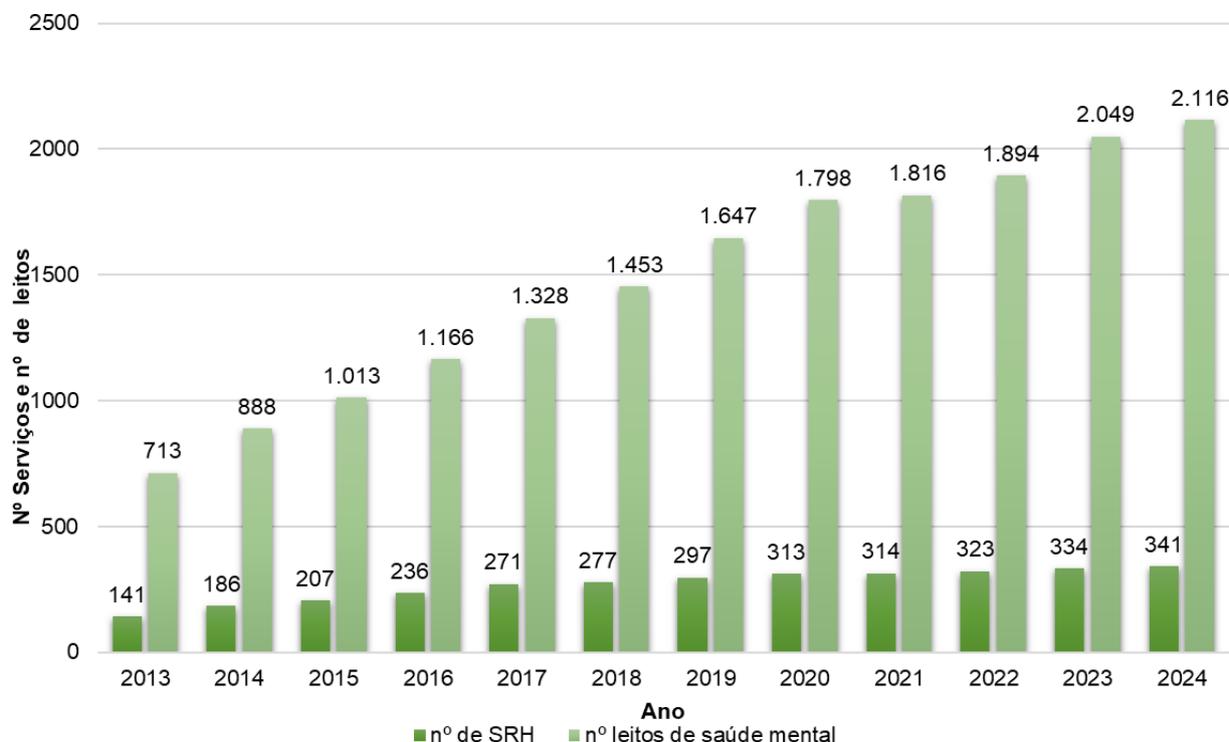
3.

Atenção Hospitalar

O componente de Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que inclui os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, desempenha um papel importante na atenção integral à saúde das pessoas com sofrimento psicossocial, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Os Leitos de Saúde Mental podem ser habilitados em hospitais gerais, maternidades e hospitais pediátricos. As internações devem ser, preferencialmente, de curta duração, e destinadas a situações de urgência e emergência abrangendo condições agudas e/ou crônicas de saúde, incluindo comorbidades clínicas. A cooperação e o compartilhamento do cuidado entre o CAPS e outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e demais recursos intersetoriais, são essenciais nesse contexto.

O gráfico abaixo demonstra a série histórica de crescimento dos leitos nos últimos 11 anos.

Gráfico 08 – Série histórica de Serviços Hospitalares de Referência com número de leitos de saúde mental habilitados por ano. Brasil, 2013 a 2024



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS).

Com as modificações propostas pela Portaria nº 757/2023, considera-se os parâmetros de configuração da PRT 148/2012, incluídas as alterações estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 1.615, de 26 de julho de 2012 e Portaria GM/MS nº 1.516, de 24 de julho de 2013, incorporados nas Portarias de Consolidação nº 03 e nº 06, de 28 de setembro de 2017. O parâmetro atual considera um leito para cada 23.000 habitantes e o quantitativo de leitos não deve ultrapassar 15% do total de leitos do Hospital Geral, sendo que, quando acima de 09 leitos, estes deverão estar em uma enfermaria específica, e não poderão ultrapassar o máximo de 25 leitos.

A Tabela 08 apresenta os dados relativos aos Hospitais Gerais, e o respectivo número de leitos de Saúde Mental em habilitados até novembro de 2024 em cada Estado, perfazendo um total de 2.116 leitos de Saúde Mental em hospitais gerais destinados ao SUS. Dentre o total de leitos de Saúde Mental habilitados nos 341 Hospitais Gerais, 60,15% dos leitos estão concentrados na Região Sul. As demais Regiões estão abaixo da média nacional, o que demonstra a necessidade de avanços nas pactuações para implantação deste ponto de atenção da RAPS. Considerando o parâmetro de 1 leito para 23.000 habitantes, o Brasil alcança atualmente 22,89% da meta de cobertura do leito 87.

Tabela 08 – 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.

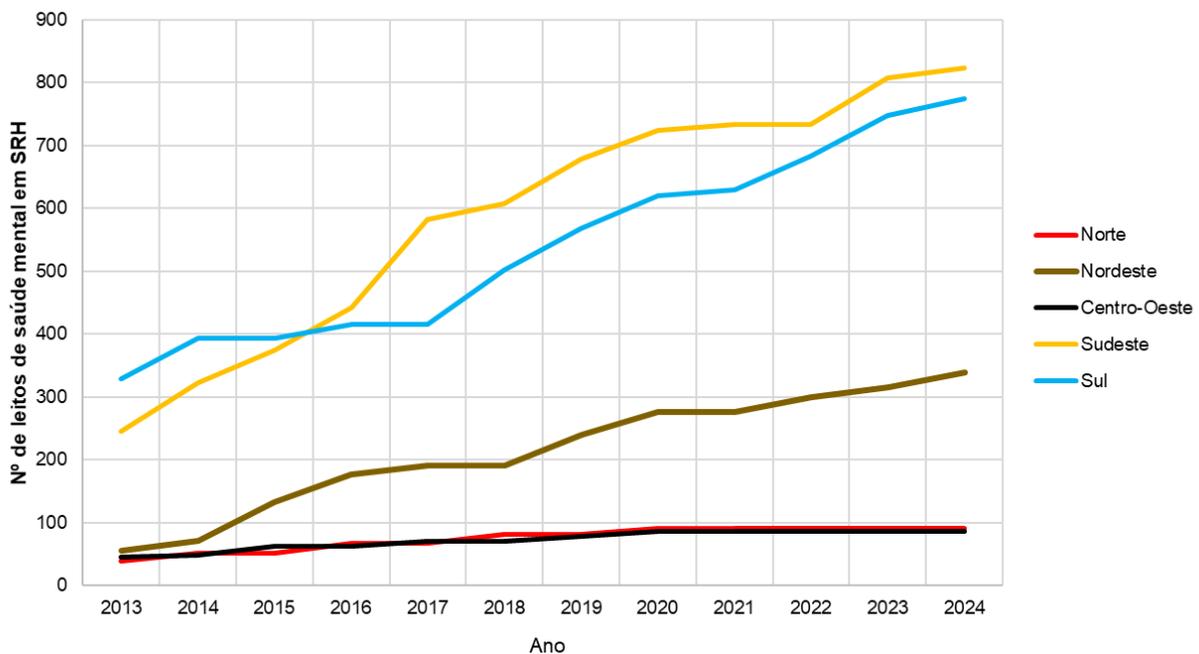
Região / UF	População (IBGE 2024)	Nº SHR	Nº Leitos de Saúde Mental	Percentual do nº leitos de saúde mental em H.G por 23mil habitantes
NORTE	18.669.345,00	9	91	11%
Acre	880.631,00	1	18	47%
Amapá	802.837,00	0	0	0%
Amazonas	4.281.209,00	0	0	0%
Pará	8.664.306,00	3	29	8%
Rondônia	1.746.227,00	2	12	16%
Roraima	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%

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS). Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica.

Para a relação percentual de leitos de saúde mental foram considerados o parâmetro de referência de 1 leito para cada grupo de 23.000 habitantes. Há leitos de saúde mental em hospital geral em 23 Unidades Federativas. Dentre os Estados brasileiros com leitos habilitados, o Estado da Bahia possui a menor cobertura (0,31%), em contraste com o Rio Grande do Sul, com maior concentração de leitos (127,19%). É importante considerar que os Estados do Amapá, Amazonas, Maranhão e Mato Grosso não possuem leitos de saúde mental habilitados.

O gráfico abaixo apresenta a evolução dos leitos por Região do Brasil.

Gráfico 09 – Evolução do número de leitos de saúde mental em Serviço Hospitalar de Referência, por Região. Brasil, dez/2013 a dez/2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS)

A experiência de construção de redes com diferentes pontos de atenção na RAPS evidencia um conjunto de desafios, dentre eles: a necessidade de articulação com os serviços de urgência (SAMU, UPA e Pronto Socorro), o fortalecimento da possibilidade de acolhimento imediato pelos CAPS e a regulação do acesso aos leitos, considerando critérios clínicos e de gestão, com vistas à promoção da atenção integral e contínua para demandas de saúde mental, álcool e outras drogas.

A regulação desse componente é estratégica para a organização e o acesso equitativo aos leitos de saúde mental em hospital geral. A regulação contribui para a organização dos fluxos assistenciais; para integração dos diferentes níveis de atenção; para classificação de risco; monitoramento e avaliação contínua.

O hospital geral, em articulação com outros pontos de atenção para conformação de redes de cuidado, constitui-se como ponto estratégico para o campo da atenção psicossocial. A cobertura populacional deve estar relacionada com o funcionamento da rede como um todo, portanto, territorializados. O projeto terapêutico da internação deve preconizar curta permanência no leito e acesso aos demais recursos clínicos multidisciplinares durante e após a permanência no hospital geral, incluindo a possibilidade de integração com outras tecnologias hospitalares, diferentemente do que ocorre em Hospitais Psiquiátricos.

4.

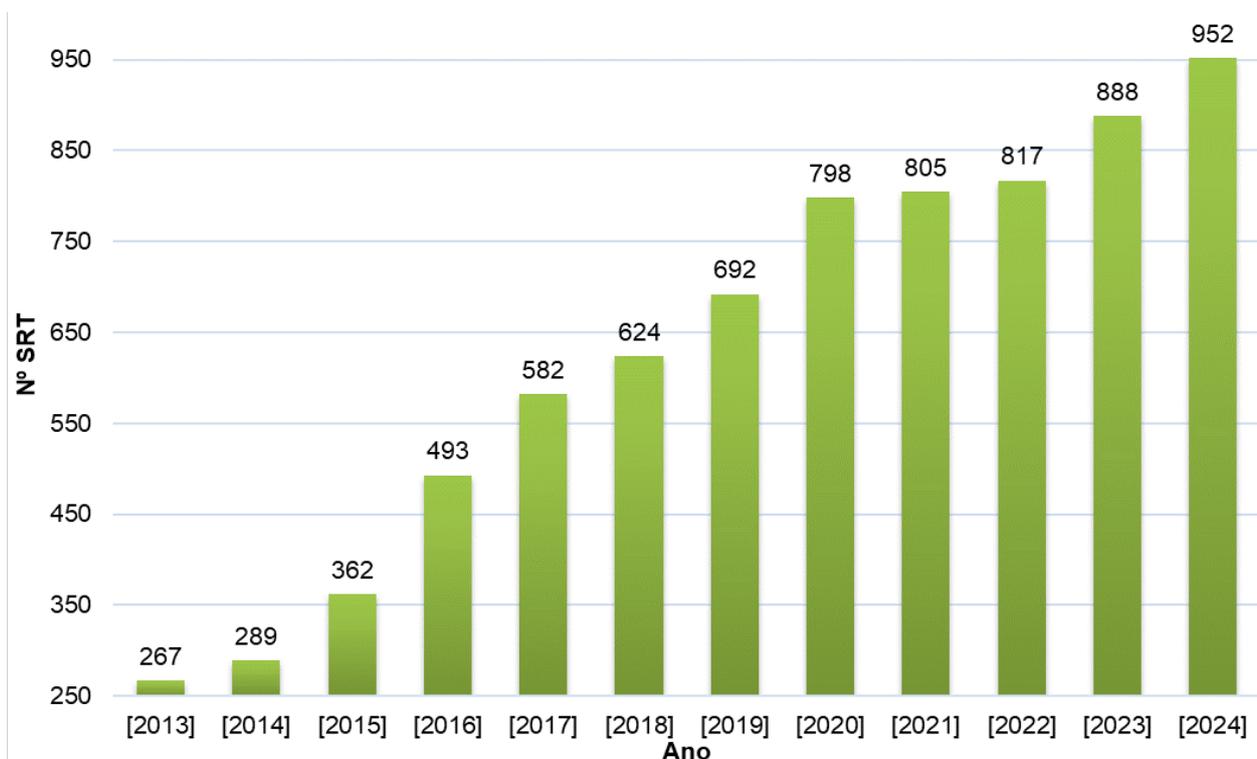
Estratégia de Desinstitucionalização

4.1 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) desempenham um papel fundamental no processo de desinstitucionalização e reinserção social de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. Representam dispositivos para mudanças significativas no paradigma de cuidado, como serviços estratégicos no processo de reorganização de laços territoriais e comunitários, e com potencial de fortalecer os processos de reabilitação em saúde mental.

A habilitação de novos SRT teve uma desaceleração entre 2020 e 2022, período em que apenas 20 serviços foram habilitados. Em janeiro de 2023, o DESMAD reabriu o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), retomando as habilitações. Entre 2023 e 2024 foram habilitados 135 novos SRT. O gráfico abaixo apresenta a série histórica de habilitação desses serviços pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 10 – Série histórica de Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados. Brasil, dez/2013 a dez/2024



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS).

A Tabela 09 apresenta a distribuição dos 952 SRT em funcionamento no país até dezembro de 2024. O conjunto desses SRT tem capacidade de acolher mais de 7 mil moradores.

Tabela 09 – Número de Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados e de moradores, por tipologia, UF e Região. Brasil, dez/2024.

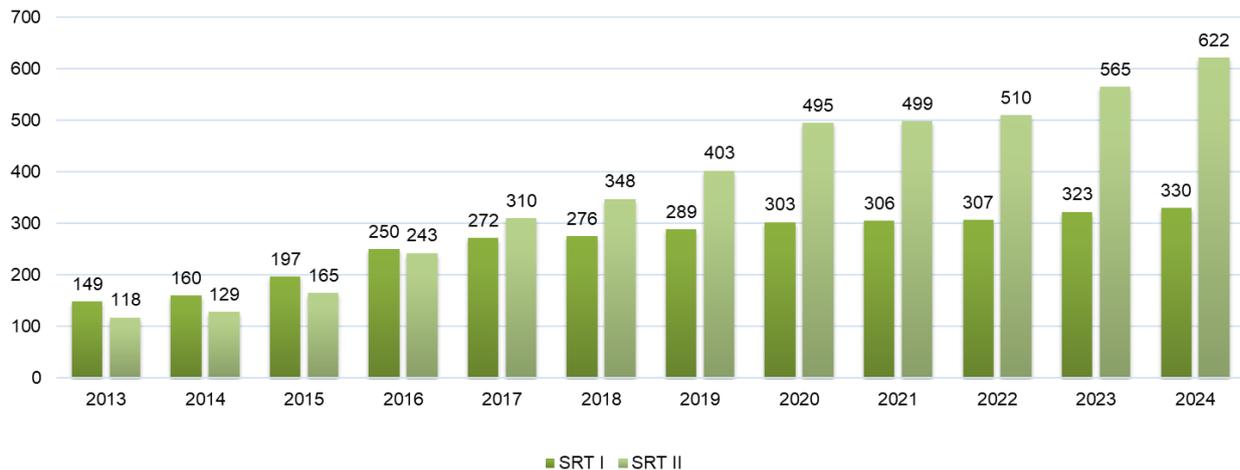
Região	TIPO		Total SRT	Total de Moradores
	SRT Tipo I	SRT Tipo II		
NORTE	2	9	11	57
Amazonas	1	7	8	33
Pará	0	2	2	17
Tocantins	1	0	1	7
NORDESTE	116	55	171	1.285
Alagoas	0	7	7	69
Bahia	5	12	17	117
Ceará	2	3	5	44
Maranhão	3	2	5	34
Paraíba	9	2	11	69
Pernambuco	88	16	104	810
Piauí	5	1	6	35
Rio Grande do Norte	0	4	4	36
Sergipe	4	8	12	71
CENTRO-OESTE	3	21	24	183
Goiás	3	18	21	159
Mato Grosso do Sul	0	3	3	24
SUDESTE	185	505	690	5.386
Espírito Santo	1	1	2	13
Minas Gerais	37	101	138	1105
Rio de Janeiro	88	144	232	1490
São Paulo	59	259	318	2778
SUL	24	32	56	409
Paraná	11	6	17	130
Rio Grande do Sul	12	23	35	244
Santa Catarina	1	3	4	35
BRASIL	330	622	952	7.320

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS). Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica.

A Portaria GM/MS nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, também estabeleceu critérios para habilitação dos serviços, em duas modalidades distintas, cada qual direcionada para atender as necessidades específicas das pessoas que nela residem, em diferentes níveis de suporte e cuidados. Os SRT, de modo geral, são moradias que devem proporcionar espaços de construção de autonomia, retomada da vida cotidiana e reinserção social dos (as) usuários (as). Os SRT de Tipo I são direcionadas às pessoas com autonomia relativa do ponto de vista da saúde em geral; e os SRT

Tipo II recebem pessoas que necessitam de cuidados intensivos específicos ou possuem menor autonomia para executar tarefas diárias, portanto demandam ações mais próximas com apoio técnico diário e pessoal.

Gráfico 11 – Série histórica de Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados por Tipo. Brasil, dez/ 2013 a dez/2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS).

A proposta de financiamento estabelecida pela Portaria n° 3.090, de 23 de dezembro de 2011, determina valor fixo aos SRT habilitados, de forma que os recursos federais permitem a implantação e o custeio mensal. Anteriormente os recursos eram provenientes da realocação de AIH de hospitais de caráter asilar e manicomial. Essa linha de financiamento viabilizou o processo de habilitação de serviços novos. A partir de 2011, o recurso passou a ser fixado em portaria e repassado para o Teto da Média e Alta Complexidade.

Em 2015 foi realizado uma qualificação dos meios de levantamento de dados referentes a estes serviços, passando a ser considerados estritamente aqueles vinculados a estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A disposição dos SRT habilitados nas Regiões brasileiras é uma fotografia da evolução dos processos de desinstitucionalização e reflete as demandas por espaços residenciais para pessoas egressas de internações em instituições de caráter asilar.

O significativo número de habilitações de 2023 a 2024 expressa o represamento de habilitações dos dois anos anteriores. Ao comparar os dois últimos biênios, verifica-se a habilitação de 19 serviços residenciais terapêuticos no biênio 2021/2022, e 135 novos residenciais neste último biênio de 2023 a 2024.

O Ministério da Saúde reajustou o custeio dos SRT em 2023 e 2024. Somadas as duas parcelas, o reajuste orçamentário para esses serviços chegou a 51,9% comparado com o valor de 2022.

A Portaria GM/MS N° 1.627, de 23 de outubro de 2023, estabeleceu os recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e municípios (disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.627-de-23-de-outu>

bro-de-2023-518474017). Essa recomposição representou um aumento de mais de 27% no valor do custeio desses serviços, considerando os valores existentes em dezembro de 2022.

Em 2024, a Portaria GM/MS N° 6265, de 24 dezembro, estabeleceu um segundo reajuste no Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada (disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.265-de-24-de-dezembro-de-2024-604382308>).

Cabe destacar que, com base no inciso IV do artigo 4º da PRT 757/2023, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) retoma sua função estratégica no processo de desinstitucionalização, sendo designado exclusivamente para pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental que saem de internações prolongadas em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Isso está alinhado com o propósito original estabelecido na criação do SRT pela Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.

4.2 - Programa de Volta Para Casa (PVC)

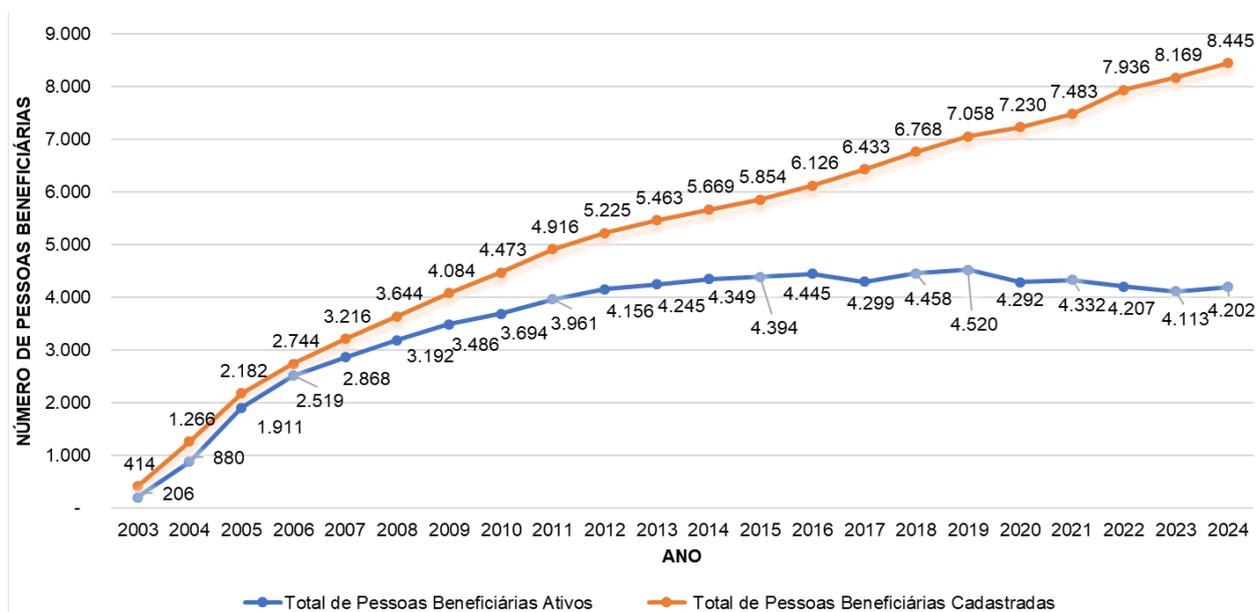
O Programa de Volta Para Casa (PVC), instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, celebrou 20 anos de existência em 2023. Trata-se de uma estratégia da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especificamente no componente de Desinstitucionalização, que visa contribuir com o processo de reinserção social das pessoas egressas de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

O PVC busca favorecer o convívio social na vida comunitária, a ampliação da autonomia e participação social de forma a assegurar o pleno exercício de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Uma parte essencial do PVC é o auxílio pecuniário concedido mensalmente às pessoas beneficiárias com cadastro ativo no Programa. Esse auxílio, juntamente com o acompanhamento pelas referências técnicas municipais e estaduais vinculadas ao Programa, visa fortalecer o poder de contratualidade, favorecendo o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas beneficiárias.

Em 2024 o Ministério da Saúde reajustou o valor do PVC em 51%, estabelecido na Portaria GM/MS nº4139 de 17 de junho de 2024. Atualmente, o benefício é de R\$ 755,00 (setecentos e cinquenta e cinco reais).

Gráfico 12 – Série histórica de Pessoas Beneficiárias do Programa de Volta Para Casa. Brasil, 2003 a 2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Datasus.

Desde a sua implementação, o PVC já beneficiou 8.445 pessoas em todo país, contribuindo com o direito ao retorno à vida em comunidade. Em novembro de 2024, havia 4.202 pessoas beneficiárias com cadastro ativo em todo território nacional. A metodologia adotada para a análise de dados considera "ativa" a pessoa beneficiária com cadastro regular no sistema no momento da geração da folha de pagamento mensal.

Ocorre variações mensais no número de pessoas beneficiadas pelo PVC, em função de inclusões e suspensões no cadastro. Pode ocorrer suspensões devido a inconsistências nos dados bancários ou em caso de óbito do beneficiário; além disso, há suspensão temporária nos casos de reiteração em hospital psiquiátrico. Portanto, o número de beneficiários é dinâmico e sujeito a variações.

Com a retomada da desinstitucionalização como diretriz do DESMAD, espera-se um aumento no número de pessoas beneficiárias e a redução do número de moradores em hospitais psiquiátricos.

Tabela 10 – Número de Pessoas Beneficiárias com cadastro ativo no Programa de Volta Para Casa, por UF e Região. Brasil, out/2024.

Região	Nº de Pessoas Beneficiárias
NORTE	59
Amazonas	14
Pará	44
Rondônia	1
NORDESTE	712
Alagoas	11
Bahia	126
Ceará	22
Maranhão	59
Paraíba	40
Pernambuco	350
Piauí	26
Rio Grande do Norte	25
Sergipe	53
CENTRO-OESTE	174
Distrito Federal	96
Goiás	52
Mato Grosso do Sul	1
Mato Grosso	25
SUDESTE	2.976
Espírito Santo	2
Minas Gerais	684
Rio de Janeiro	850
São Paulo	1.440
SUL	281
Paraná	87
Rio Grande do Sul	173
Santa Catarina	21
BRASIL	4.202

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Datasus.

A Tabela acima apresenta o quantitativo de pessoas beneficiárias com cadastro ativo no Programa De Volta Para Casa, por unidade federativa, no mês de outubro de 2024.

Cerca de 70% das pessoas beneficiárias residem na Região Sudeste, que historicamente concentrou o maior número de leitos em hospitais psiquiátricos e abrange o maior quantitativo de pessoas em cumprimento de medida de segurança em hospitais de custódia do país.

Importante destacar que 23 Unidades Federativas têm municípios cadastrados no Programa de Volta Para Casa.

4.3 - Leitos em hospitais psiquiátricos

Em meados da década de 1980 o Brasil tinha 430 hospitais psiquiátricos e cerca de 105.500 leitos nessas instituições, conforme demonstrado nos arquivos da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 1994. Desde então iniciou-se um gradual processo de redução de leitos e, paralelamente, o aumento do número de serviços comunitários de saúde mental num movimento sincronizado com a evolução das políticas de saúde mental em âmbito internacional.

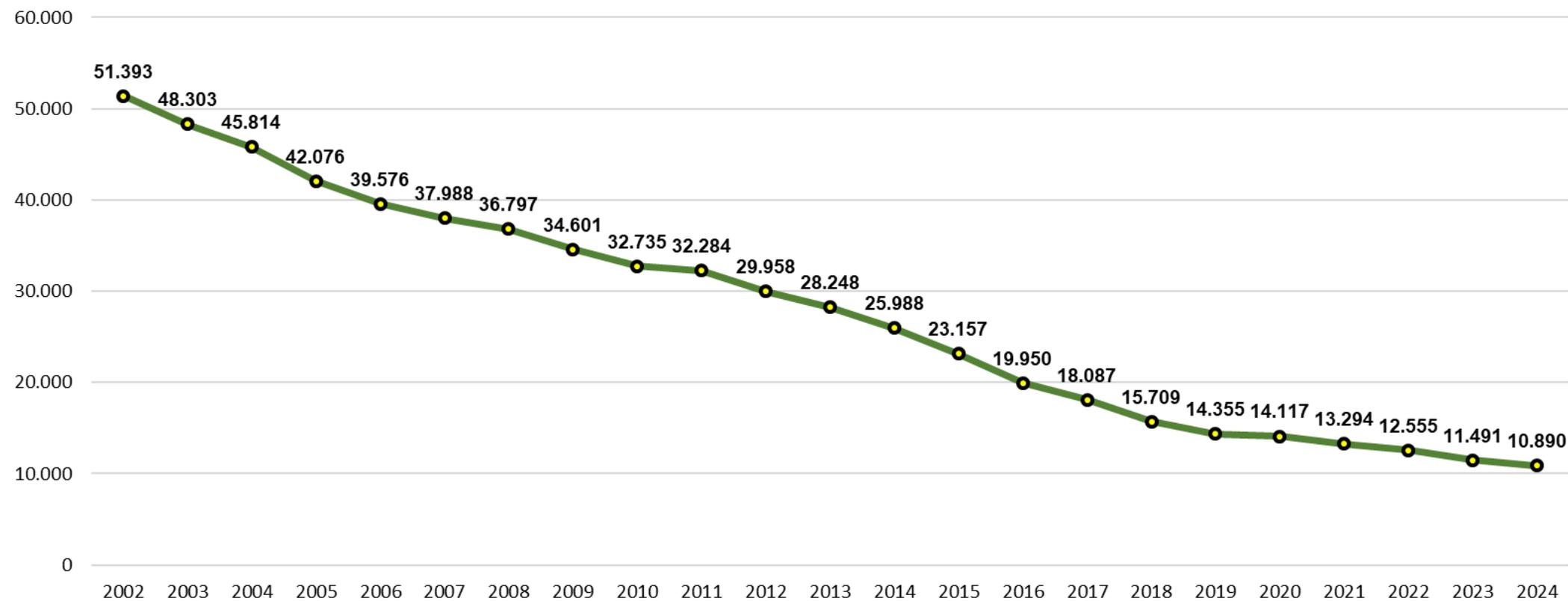
Em 2009 a Organização Mundial de Saúde orientou explicitamente a necessidade de superação dos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, "(...) a OMS recomenda que os hospitais psiquiátricos sejam encerrados e substituídos por serviços nos hospitais gerais, serviços de saúde mental comunitários e serviços integrados nos cuidados primários" (OMS, 2009, p. 21)³. Essa posição é reafirmada no Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. A OMS propõe aos Estados Membros a reorganização dos serviços e a ampliação da cobertura em saúde mental, sugerindo que "(...) em vez de cuidar do paciente em hospitais psiquiátricos de longa permanência, privilegiar sistematicamente o atendimento em centros de saúde não especializados, com uma cobertura crescente de intervenções cientificamente comprovadas (...) recorrendo a uma rede de serviços comunitários de saúde mental inter-relacionados, que inclui, além de internações breves, atendimento ambulatorial em hospitais gerais, atenção primária, centro de saúde mental integral (...)" (OMS, 2013, p. 16)⁴.

O gráfico abaixo apresenta uma série histórica da dinâmica dos leitos em hospitais psiquiátricos vinculados ao SUS, no período de dezembro de 2002 a setembro de 2024.

3 OMS - Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva - Switzerland, 2009.

4 OMS - Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza. 2013.

Gráfico 13 – Série histórica de leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos, por ano. Brasil, dez/2002 a set/2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O gráfico 13 apresenta o número de Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos que possuem classificação publicada em portaria pelo Ministério da Saúde. Os dados, até o ano de 2014, foram extraídos das publicações anteriores do Saúde Mental em Dados. A partir de 2015, devido a descontinuidade da publicação, os dados foram extraídos do [Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES](#), utilizando os seguintes filtros: código de habilitação, leitos 47- psiquiatria SUS e CNES ativo. De 2015 a 2023 os dados foram extraídos na competência de dezembro do respectivo ano, os dados de 2024 são da competência de setembro.

No último número do Saúde Mental em Dados, de 2014, existiam 167 hospitais psiquiátricos. Em setembro de 2024 havia 93 hospitais psiquiátricos ativos no CNES, distribuídos em 22 Unidades da Federação. Verifica-se uma redução de cerca de 55% no número de hospitais psiquiátricos. Com relação ao número de leitos psiquiátricos, no intervalo dessa década constata-se redução de 15.098 leitos. Na lógica da substituição do modelo assistencial, nesse período a Rede de Atenção Psicossocial passou a ter 810 novos Centros de Atenção Psicossocial, 1.228 Leitos em Hospital Geral, 663 Serviços Residenciais Terapêuticos e 52 Unidades de Acolhimento, demonstrando que a Reforma Psiquiátrica no Brasil é o processo planejado de efetiva reorientação do modelo assistencial.

O gráfico 13 também demonstra uma desaceleração na redução dos leitos em hospitais psiquiátricos entre 2019 e 2022, evidenciando que o período de vigência da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que inseriu os hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial, impactou a diminuição dos leitos do SUS em tais instituições freando os processos de desinstitucionalização no país. Atualmente, o Ministério da Saúde retomou seu compromisso com o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e com a substituição do modelo de atenção hospitalar, em consonância com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Tabela 11 – Número de Hospitais Psiquiátricos, número de Leitos SUS em Hospital Psiquiátrico por 1000/hab., UF e Região. Brasil, 2014 e 2024.

Região	Nº de Hospitais Psiquiátricos (SMD12)	Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos (SMD 12)	Nº de Hospitais Psiquiátricos (2024)	Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos (2024)
NORTE	3	152	2	79
Acre	1	65	1	58
Amapá	0	0	0	0
Amazonas	1	65	1	21
Pará	1	22	0	0
Rondônia	0	0	0	0
Roraima	0	0	0	0
Tocantins	0	0	0	0
NORDESTE	35	5.240	22	2.719
Alagoas	5	880	3	424
Bahia	6	671	3	201
Ceará	4	623	3	470
Maranhão	2	560	3	540
Paraíba	4	524	2	215
Pernambuco	9	1.262	3	347
Piauí	1	160	1	212
Rio Grande do Norte	3	480	3	230
Sergipe	1	80	1	80
CENTRO- OESTE	12	1.278	9	930
Distrito Federal	1	85	1	83
Goiás	7	791	4	524
Mato Grosso do Sul	2	200	2	121
Mato Grosso	2	202	2	202
SUDESTE	93	15.589	42	4.566
Espírito Santo	3	460	2	85
Minas Gerais	13	1.798	5	453
Rio de Janeiro	25	3.792	6	414
São Paulo	52	9.539	29	3614
SUL	24	3.729	18	2.596
Paraná	15	2.273	11	1662
Rio Grande do Sul	6	851	5	669
Santa Catarina	3	605	2	265
BRASIL	167	25.988	93	10.890

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

A Tabela 11 apresenta a distribuição dos Hospitais Psiquiátricos e a quantidade de leitos cadastrados no CNES por Estados e Regiões do país. Em comparação com a última edição do Saúde Mental em Dados, verifica-se que em todas as Regiões brasileiras houve redução do quantitativo de leitos psiquiátricos no SUS. O Brasil reduziu 57% de leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos no período de 10 anos. A Região que mais se destacou foi a Sudeste, que nesse período descredenciou mais de 70% dos leitos SUS em hospitais especializados em psiquiatria. A Região que teve menor redução no número de leitos psiquiátricos foi a Centro-Oeste, com apenas 27%.

A Região Sul é a que possui maior número de leitos por 1.000 mil habitantes, sendo o Paraná o Estado com a maior proporção.

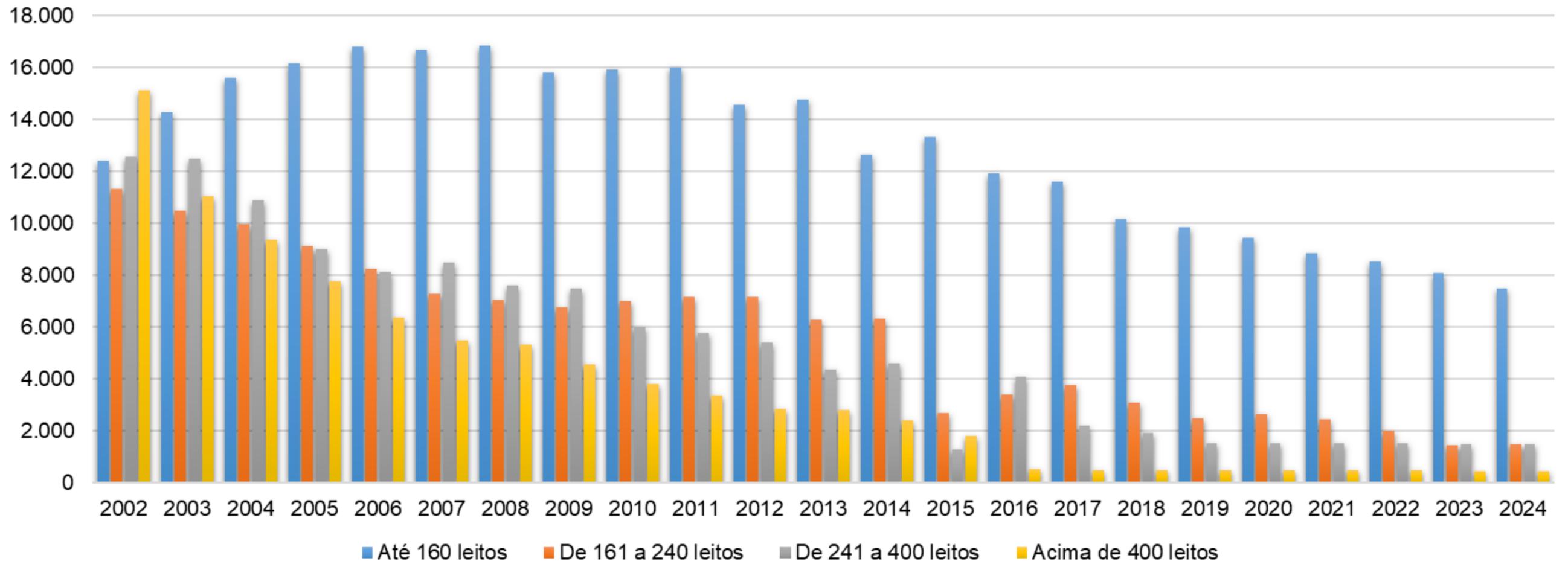
Tabela 12 – Série Histórica dos hospitais psiquiátricos por porte hospitalar. Brasil, dez/2013 a set/2024.

Faixas/ Portes Hospitalares	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 160 leitos	14.758,00	52,24	12.635,00	48,62	13.332,00	69,75	11.930,00	59,80	11.603,00	64,15	10.183,00	64,82	9.833,00	68,50	9.435,00	66,83	8.831,00	66,43	8.545,00	68,06	8.089,00	70,39	7.475,00	68,64
De 161 a 240 leitos	6.305,00	22,32	6.321,00	24,32	2.688,00	14,06	3.426,00	17,17	3.774,00	20,87	3.104,00	19,76	2.482,00	17,29	2.660,00	18,84	2.460,00	18,50	2.018,00	16,07	1.449,00	12,61	1.469,00	13,49
De 241 a 400 leitos	4.379,00	15,50	4.622,00	17,79	1.280,00	6,70	4.085,00	20,48	2.210,00	12,22	1.922,00	12,24	1.542,00	10,74	1.531,00	10,85	1.520,00	11,43	1.516,00	12,07	1.499,00	13,04	1.497,00	13,75
Acima de 400 leitos	2.806,00	9,93	2.410,00	9,27	1.813,00	9,49	509,00	2,55	500,00	2,76	500,00	3,18	498,00	3,47	491,00	3,48	483,00	3,63	476,00	3,79	454,00	3,95	449,00	4,12
Total	28.248	100	25.988	100	19.113	100	19.950	100	18.087	100	15.709	100	14.355	100	14.117	100	13.294	100	12.555	100	11.491	100	10.890	100

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS)

A Tabela 12 acima apresenta a continuidade do processo de migração dos leitos de hospitais especializados em psiquiatria de maior porte para os de menor porte, conforme preconiza o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar- PRH (Portaria n. 52, de 20 de janeiro de 2004). O começo da série histórica pode ser observado na edição 12 do Saúde Mental em dados. Pode-se verificar que, passados 20 anos do PRH, a maior parte dos leitos psiquiátricos está concentrada em hospitais de menor porte, até 160 leitos, o que está ilustrado no gráfico 14 abaixo.

Gráfico 14 - Série histórica do percentual de Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por porte hospitalar. Brasil, dez/2002 a set/2024.



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS)

5.

Formação e Educação Permanente

No cenário brasileiro, o compromisso com a excelência na saúde mental reflete-se nos números expressivos dos programas de formação do Ministério da Saúde. Atualmente, existem 43 programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, coordenados pelo Ministério da Saúde, envolvendo 467 bolsistas e 500 residentes ativos. Esses profissionais desempenham um papel fundamental na construção de uma abordagem integrada e qualificada para a saúde mental no país.

Destacando-se nesse panorama, há atualmente 101 programas de Residência Médica em Saúde Mental, com a participação de 325 bolsistas e 644 residentes ativos. Esses programas são vitais para formar médicos especializados, fortalecendo a rede de cuidados em saúde mental.

Além disso, o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD), em parceria com a Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho (SGETS) do Ministério da Saúde, está lançando a estratégia "Educação Permanente para a RAPS no SUS: Atenção Integral às Pessoas em Sofrimento Mental". Esta iniciativa visa ofertar 40 mil vagas para a capacitação de todos os profissionais que atuam em todos os serviços especializados da RAPS.

Essa estratégia tem como objetivo fomentar boas práticas de cuidado alinhadas à estratégia de redução de danos e à lógica de cuidado em liberdade. A parceria entre DESMAD e SGETS reflete o comprometimento do governo em promover uma educação permanente de qualidade, garantindo que os profissionais estejam atualizados e alinhados às melhores práticas na atenção à saúde mental.

Essas iniciativas conjuntas evidenciam o esforço contínuo do Brasil em fortalecer a rede de saúde mental, capacitando profissionais e promovendo uma abordagem integral e humanizada para o cuidado das pessoas em sofrimento mental.

Tabela 13 – Número de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Brasil, 2024

UF	MUNICÍPIO	PROGRAMAS EM S.M	BOLSAS APROVADAS	RESIDENTES ATIVOS
Ceará	Fortaleza	3	74	83
	Sobral	1	10	12
Distrito Federal	Brasília	2	27	47
Espírito Santo	Vitória	1	25	29
Minas Gerais	Belo Horizonte	3	24	26
	Betim	1	4	0
	Montes Claros	1	12	12
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	1	9	14
Pará	Belém	3	13	26
Pernambuco	Recife	3	25	42
Paraná	Apucarana	1	6	9
	Curitiba	2	7	0
	Ponta Grossa	1	6	10
Rio Grande do Norte	Natal	1	3	6
Rondônia	Vilhena	1	6	11
Rio Grande do Sul	Novo Hamburgo	1	6	0
	Passo Fundo	1	9	15
	Porto Alegre	1	9	0
	Santa Maria	1	9	10
	São Leopoldo	1	11	13
Santa Catarina	Criciúma	1	15	28
	Tubarão	1	16	0
São Paulo	Campinas	1	15	30
	Guarulhos	1	7	8
	Marília	1	12	9
	S.B Do Campo	1	3	5
	São Paulo	4	38	22
	Sorocaba	2	50	9
Tocantins	Palmas	1	16	24
TOTAL		43	467	500

Fonte: Departamento de Gestão da Educação (DEGES/SGTES/MS).

Atualmente existem 101 Residências Médicas em Psiquiatria, como demonstrado na Tabela 14 abaixo.

Tabela 14 – Número de Programas de Residência Médica em Psiquiatria. Brasil, 2024.

UF	QTD. DE PROGRAMAS EM SAÚDE MENTAL	Nº DE BOLSAS APROVADAS	QTD. DE RESIDENTES ATIVOS
Amazonas	2	8	0
Bahia	1	2	6
Ceará	7	17	21
Distrito Federal	2	5	3
Espírito Santo	2	9	22
Goiás	6	17	22
Maranhão	1	5	14
Minas Gerais	8	20	51
Mato Grosso do Sul	1	2	6
Mato Grosso	1	2	5
Pará	1	5	11
Paraíba	1	2	6
Pernambuco	5	15	33
Paraná	11	39	60
Rio de Janeiro	2	10	25
Rio Grande do Norte	1	3	0
Rio Grande do Sul	10	23	54
Santa Catarina	3	8	14
Sergipe	2	2	6
São Paulo	33	130	285
Tocantins	1	1	0
TOTAL	101	325	644

Fonte: Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES/SGTES/MS)

Em termos de educação continuada, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) tem disponibilizado diversos cursos autoinstrucionais. Por meio da plataforma Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) foram ofertados e continuam em reoferta em 2024, os cursos de Prevenção ao Suicídio, Guia de Saúde Mental, e Aperfeiçoamento em Saúde Mental e Atenção Psicossocial de Adolescentes e Jovens, conforme demonstrado na Tabela a seguir.

Tabela 15 – Cursos de Educação Permanente em Saúde Mental. Brasil, 2024.

Plataforma AVASUS						
Cursos	Matriculados	Concluintes	LINK	Carga Horária	Público -Alvo	Objetivo
Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	6557	3.820	https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=264	30h	aberto ao público	Abordar os principais marcos históricos e legislativos pressupostos e desafios; cuidado integral em Saúde Mental na Atenção Primária
Guia de Saúde mental	11226	8.784	https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=57	4h	aberto ao público	Oferecer formação dos agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Básica ; redução de danos para o cuidado das pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas.
Curso de Prevenção ao Suicídio	52263	17.814	https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=277	65h	aberto ao público	Estudar o conceito de comportamento suicida; fatores de risco e proteção e prevenção; diferentes níveis de risco em diferentes contextos: educação, assistência social, atenção primária, atenção secundária, urgência e emergência e população indígena.

Fonte: Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES);

Entre 2023 e 2024 o DESMAD realizou seminários e oficinas presenciais como estratégia de educação permanente. Os temas foram diversificados. Esses eventos contaram com a presença de mais de 850 participantes entre gestores, trabalhadores, e usuários da RAPS e do SUAS, operadores do Sistema de Justiça, entre outros.

Tabela 16 – Eventos de Educação Permanente em Saúde Mental. Brasil, 2024

Evento	Nº de Participantes	Público	Período
Seminário Mineiro de Desinstitucionalização de Pessoas com Problemas de Saúde Mental em Conflito com a Lei e a Resolução 487 do CNJ	110	Gestores estaduais e municipais de saúde mental,	nov/23
		Gestores de serviços e trabalhadores da RAPS,	
		Apoiadores das regionais de saúde mental do Estado de MG,	
		Profissionais do Sistema de Justiça.	
Oficina Nacional de Saúde Mental e o Combate ao Racismo	100	Coordenadores Estaduais e das Capitais,	nov/23
		Movimentos sociais convidados	
		Pesquisadores do campo antirracista e da saúde mental no Brasil	
		Gestores do Ministério da Saúde e de outros Ministérios,	
Oficina Internacional: Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Antirracista	126	Gestores do Ministério da Saúde e de outros Ministérios,	mai/24
		Trabalhadores de áreas técnicas afetas ao tema do antirracismo,	
		Pesquisadores do campo antirracista e da saúde mental no Brasil,	
		Movimentos sociais por meio de representantes da sociedade civil	
Seminário de Desinstitucionalização de Pessoas com Problemas de Saúde Mental em Conflito com a Lei: Edição Bahia	147	Gestores e trabalhadores dos serviços da RAPS e da Rede Socioassistencial,	ago/24
		Apoiadores das regionais de saúde do Estado da BA,	
		Profissionais do Sistema de Justiça,	
		Gestores do Executivo Estadual.	

Seminário Internacional: Saúde Mental, Redes e Desafios Atuais – Crianças, Adolescentes e Jovens	146	Gestores do Ministério da Saúde e de outros Ministérios,	out/24
		Gestores de Saúde Mental dos Estados e das Capitais,	
		Operadores do Sistema de Justiça infantojuvenil,	
		Trabalhadores de áreas técnicas do Ministério da Saúde afetas ao tema da infância e juventude	
Seminário de Desinstitucionalização de Pessoas com Problemas de Saúde Mental em Conflito Com a Lei: Edição São Paulo	330	Articuladores de Saúde Mental do Departamento Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde,	nov/24
		Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde	
		Representantes dos Grupos Condutores Regionais da RAPS,	
		Representantes das Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social (Drads),	
		Profissionais do Sistema de Justiça,	
		Gestores e profissionais do Executivo Estadual	

6.

Atenção Primária

Com seus 5.570 municípios e uma população de 212.583.750 habitantes (IBGE, 2024), o Brasil enfrenta desafios significativos na área da saúde mental, especialmente em localidades menores que não alcançam o critério mínimo de porte populacional para a implantação dos CAPS. Dentre os municípios brasileiros, 3.291 (59,1%) possuem menos de 15 mil habitantes, totalizando cerca de 23.155.598 de pessoas (10,8%) que dependem predominantemente da Atenção Primária para cuidados em saúde mental. A Tabela 18 apresenta o número desses municípios de pequeno porte, classificados em faixas populacionais, e indica o número de Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Atenção Primária (eAP) e Equipes Multiprofissionais (eMulti), em suas três diferentes modalidades, para os municípios abaixo de 15 mil habitantes e para cada faixa populacional definida.

Nesses municípios, operam 10.255 eSF, 547 eAP e 1.501 eMulti, o que representa um potencial significativo para o desenvolvimento de ações estratégicas em saúde mental.

As Equipes de Saúde da Família (eSF) e as Equipes de Atenção Primária (eAP) diferem, basicamente, em sua composição mínima e na carga horária dos profissionais, embora tenham dinâmicas de atuação parecidas.

As eSF tem um enfoque mais comunitário e familiar, buscando atender a saúde das famílias dentro de um território específico. O trabalho é centrado na promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento contínuo dos usuários, com uma abordagem que considera as dinâmicas familiares e sociais.

As eAP têm uma abordagem mais flexível, podendo se adaptar às necessidades locais e características do município. Embora também realizem ações de promoção e prevenção, seu foco pode ser mais amplo, abrangendo diferentes modalidades de atendimento e não necessariamente centrado na família.

Tabela 17 – Distribuição de Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Atenção Primária (eAP) e Equipes Multiprofissionais (eMulti) em municípios menores que 15.000 Habitantes. Brasil, nov/2024.

Brasil e Faixas populacionais (nº habitantes)	Nº Municípios	Total população por faixa (IBGE 2024)	Nº de eSF	Nº eAP	Nº eMULTI	Nº eMULTI Ampliada	Nº eMULTI Complementar	Nº eMULTI Estratégica
Abaixo de 15.000	3291	23.155.598 (10,8%)	10255	547	1501	3	222	1276
	59%							
De 15.000 a 10.000	854	10.488.792 (4,9%)	4468	253	416	1	192	223
	15%							
De 10.000 a 5.000	1172	8389740 (3,9%)	3689	187	541	2	30	509
	21%							
Abaixo de 5.000	1265	4.277.066 (2,0%)	2098	107	544	0	0	544
	23%							
Brasil	5.570 (100%)	212.583.750	53.372	6.052	3.370	510	1.064	1.796

Fonte: e-Gestor Atenção Básica

<https://relatorioaps.saude.gov.br/gerenciaaps/ines-cnec-homologados>

As Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária (eMulti) surgem como uma diferenciação dos antigos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que foram instituídos em 2008. A transição para as eMulti foi formalizada pela Portaria GM/MS nº 635, publicada em 22 de maio de 2023, com o objetivo de aprimorar a organização da atenção primária à saúde no Brasil.

As eMulti são compostas por profissionais de diversas áreas da saúde que atuam de forma integrada e complementar às eSF e às eAP. Essa organização é fundamental para a promoção da saúde mental, especialmente em um contexto em que as demandas por atenção psicossocial estão crescendo.

As eMulti incluem profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, a depender da sua Tipologia (eMulti Ampliada, eMulti Estratégica e eMulti Complementar). Profissionais das eMulti devem estar capacitados para identificar oportunamente sinais de sofrimento mental. O trabalho conjunto com as eSF permite uma vigilância mais eficaz sobre a saúde mental da população, possibilitando intervenções antes que os problemas se agravem.

As equipes desenvolvem atividades educativas e preventivas que visam promover a saúde mental na comunidade. Isso inclui campanhas sobre manejo do estresse, prevenção do suicídio, uso responsável de substâncias (incluindo medicamentos) e promoção do autocuidado. A educação em saúde é uma ferramenta poderosa para desestigmatizar os transtornos mentais e encorajar a população a procurar ajuda quando necessário.

As equipes da atenção primária atuam em articulação com outros serviços de saúde mental, como os CAPS, que podem ser regionalizados, no caso dos municípios de menor porte populacional, garantindo uma rede de apoio abrangente. Essa integração é vital para atender às necessidades complexas dos pacientes que podem exigir diferentes níveis de cuidado.

É preciso destacar que as iniciativas de saúde mental na Atenção Primária não se limitam apenas aos municípios menores. Em áreas com maior densidade populacional, a colaboração entre as equipes da atenção primária e outros pontos da RAPS é igualmente importante. A integração entre esses serviços é vital para garantir um cuidado integral e contínuo aos usuários.

O cuidado na Atenção Primária deve ser pautado nos princípios da integralidade e intersetorialidade, promovendo uma abordagem que considere não apenas os aspectos clínicos, mas também os determinantes sociais da saúde mental.

Além disso, a presença de profissionais de saúde mental nas equipes da atenção primária é um fator determinante para a eficácia do cuidado. A capacitação contínua desses profissionais é necessária para que possam lidar com a complexidade dos casos apresentados, além de facilitar o acesso a serviços mais especializados quando necessário.

Apesar dos avanços e do fato dos dispositivos da Atenção Primária comporem formalmente a RAPS, os desafios são significativos, como a escassez de recursos humanos e a necessidade de articulação efetiva entre os diferentes pontos de atenção da rede. A falta de planejamento e a baixa articulação no território podem resultar em abordagens fragmentadas do cuidado em saúde mental.

Em suma, fortalecer a atuação da Atenção Primária na saúde mental é essencial não apenas para atender às demandas imediatas dos usuários, mas também para promover uma cultura de cuidado mais inclusiva e respeitosa aos direitos humanos. A construção da RAPS de forma integrada e articulada entre os diversos serviços é fundamental para garantir o atendimento mais eficaz às pessoas e em suas comunidades.

Os Consultórios na Rua (CNR) foram incorporados à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, mas tiveram a sua origem como equipamentos de saúde mental e como estratégia fundamental para acessar as pessoas vivendo em situação de rua e ofertar cuidados amplos em saúde para um grupo populacional que enfrenta condições de vulnerabilidade extrema, frequentemente sem acesso adequado aos serviços de saúde.

Tabela 18 – Distribuição das Equipes de Consultórios na Rua implantadas e habilitadas, por UF. Brasil, nov/2024.

UF	EQUIPES CONSULTÓRIO NA RUA
NORTE	23
Acre	2
Amapá	4
Amazonas	3
Pará	9
Rondônia	1
Roraima	2
Tocantins	2
NORDESTE	62
Alagoas	6
Bahia	13
Ceará	7
Maranhão	8
Paraíba	10
Pernambuco	10
Piauí	2
Rio Grande do Norte	4
Sergipe	2
CENTRO-OESTE	25
Distrito Federal	6
Goiás	10
Mato Grosso	5
Mato Grosso do Sul	4
SUDESTE	138
Espírito Santo	6
Minas Gerais	30
Rio De Janeiro	37
São Paulo	65
SUL	29
Paraná	9
Rio Grande do Sul	12
Santa Catarina	8
TOTAL	277

Fonte: e-Gestor Atenção Básica <https://relatorioaps.saude.gov.br/gerenciaaps/ines-cnec-homologados>. Brasil, nov/2024.

A Tabela acima apresenta as Equipes de Consultório na Rua (CNR) por UF, refletindo especificamente a situação dos serviços financiados pelo Ministério da Saúde. Outras situações, como serviços mantidos exclusivamente com recursos municipais ou operacionais sem homologação, não foram contempladas neste levantamento. Nesse ce-

nário, constatamos que, até meados de outubro de 2024, o Ministério da Saúde contabilizou 277 Equipes de Consultórios na Rua. É importante ressaltar que cada uma das 27 Unidades Federativas do Brasil possui pelo menos uma equipe de Consultório na Rua em pleno funcionamento. Em dezembro de 2014, como apresentado na edição 12 do Saúde Mental em Dados, eram 111 equipes, um crescimento de 122.5%.

Os Consultórios na Rua (CNR) desempenham um papel fundamental no cuidado em saúde mental da população em situação de rua nos diversos municípios brasileiros, uma vez que oportunizam acesso mais direto às ações e aos serviços de saúde.

Nesse contexto, as estratégias de redução de danos voltadas às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas formam um dos pilares do cuidado das equipes de CNR, buscando minimizar os riscos associados ao uso de substâncias e promover a saúde mental. Além disso, a abordagem da redução de danos possibilita a vinculação dessa população às equipes desses dispositivos e o seu acolhimento na Rede de Atenção à Saúde dos seus territórios, contribuindo para a redução de estigmas e para o cuidado integral e digno às pessoas.

Os Consultórios na Rua são essenciais para o cuidado em saúde mental da população em situação de rua no Brasil. Eles representam uma estratégia inovadora que busca superar as barreiras de acesso ao sistema de saúde, promovendo ações de cuidado, de acordo com as necessidades de cada um. Para maximizar seu impacto, é fundamental continuar investindo na formação das equipes e na articulação com outros serviços sociais e de saúde, garantindo assim que as necessidades dessa população sejam atendidas de forma eficaz e digna.

7.

Orçamento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

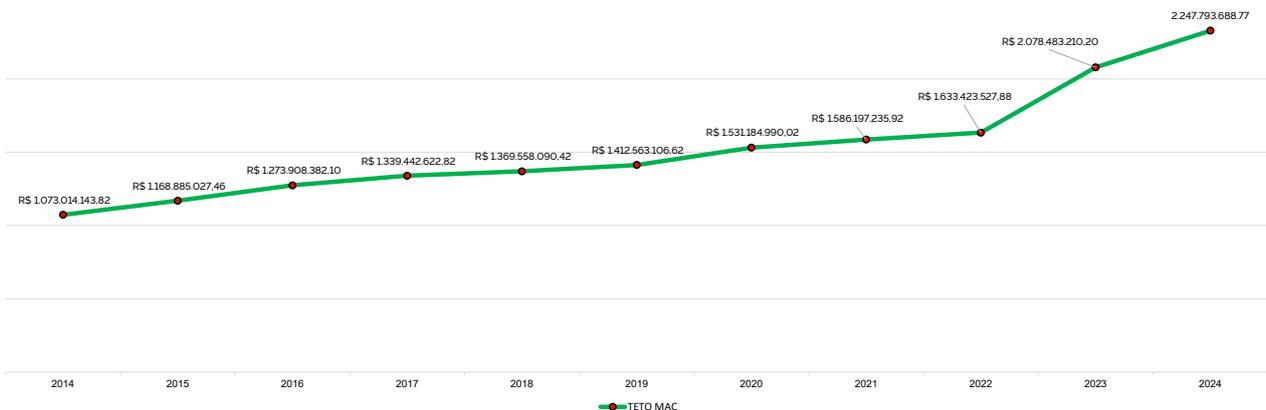
No tópico a seguir apresentaremos os gastos com a RAPS entre os anos de 2014 e 2024. Os dados abaixo incluem a ação programática 20AI [Programa de Volta pra Casa – PVC], a ação programática 21CD [Implementação de Políticas para a RAPS], a ação programática 8535-B [Estruturação da RAPS] e, fundamentalmente, a ação programática 8585 [Custeio TETO MAC] onde está o custeio dos serviços substitutivos da rede de serviços especializados da RAPS. Esses dados constam nos sistemas de informação do Departamento de Regulação Assistencial e Controle - DRAC/SAES/MS e da Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento - CGPO/SAES/MS. As informações da ação programática 8585 correspondem ao incentivo de implantação bem como o custeio dos CAPS, SRT, UA, EMAESM e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral. Consta ainda recursos pagos pela Tabale de Procedimentos. Os valores aqui apresentados constam no Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC).

Verifica-se que no ciclo de governo de 2015 e 2018 o orçamento cresceu R\$ R\$ 296.543.946,60, equivalente a 28 % no período. Essa variação deveu-se exclusivamente a habilitação de novos serviços.

No ciclo de governo de 2019 e 2022 o orçamento cresceu R\$ R\$ 263.865.437,46, equivalente a 19 % no período. Essa variação deveu-se exclusivamente a habilitação de novos serviços.

No ciclo de governo em curso, entre 2023 e 2024 o orçamento da RAPS cresceu em R\$ 614.370.160,89, equivalente a 38%, comparado com o orçamento de dezembro do anterior. Essa variação se deve a habilitação de novos serviços e também a recomposição do custeio dos serviços. Em 2023 o Ministério da Saúde realizou a recomposição do custeio de alguns pontos de atenção da RAPS. Para os CAPS (Portaria GM/ MS 660/2023) e SRT (PRT GM/MS 681/2023 e PRT GM/MS 5.502/2024) a recomposição foi equivalente a 27,11%, valor correspondente as perdas inflacionárias do ciclo de governo anterior. Para as UA a recomposição foi de 100% do valor (PRT GM/MS n° 2.289/2023).

Gráfico 15 – Série histórica do custeio dos serviços substitutivos da RAPS por ano. Brasil, Dez/2014 a Dez/2024



Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Drogas - DESMAD/SAES/MS;
 Departamento de Regulação Assistencial e Controle - DRAC/SAES/MS;
 Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento - CGPO/SAES/MS
 *Dados sujeitos a alterações

Para fins de análise do gasto direto com estabelecimentos de saúde mental da RAPS, na tabela acima estão os valores repassados exclusivamente para o custeio dos serviços da rede substitutiva, notadamente, CAPS, SRT, UA, Leitos em Hospital Geral e EMAESM. Esses gastos incluem também o custeio dos procedimentos ambulatoriais. Tais recursos foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o teto da Média e Alta Complexidade dos estados e municípios. Em uma década o orçamento para o custeio dos serviços da RAPS foi ampliado em R\$ 1.174.779.544 (um bilhão, cento e setenta e quatro milhões, quinhentos e quarenta e quatro reais). Desse montante, mais da metade foi incorporado nos dois últimos anos, o equivalente a R\$ 614.370.160 (seiscentos e quatorze milhões, trezentos e setenta mil, cento e sessenta reais).

A tabela 19 apresenta uma descrição dos gastos, incluindo o Programa de Volta pra Casa, estruturação da RAPS e implementação da política de saúde mental. Para efeitos de comparação, consta na tabela também o gasto com o custeio dos serviços.

Tabela 19 – Ações orçamentárias da RAPS por Ano. Brasil, dez/2019 a dez/2024

Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2024	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	37.859.000,00
	21CD - Implementação de Políticas para a RAPS	17.049.196,00
	8535 - B - Estruturação da RAPS	26.269.320,00
	8585 Custeio - TETO MAC	2.247.793.688,77
TOTAL 2024		R\$ 2.328.971.204,77

Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2023	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	28.000.000,00
	21CD - Implementação de Políticas para a RAPS	12.977.046,83
	8535 - B - Estruturação da RAPS	57.961.698,28
	8585 Custeio - TETO MAC	2.078.483.210,20
TOTAL 2023		2.177.421.955,31

Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2022	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	31.173.500,00
	21CD - Implementação de Políticas para a RAPS	31.852.439,13
	8535 - B - Estruturação da RAPS	7.350.126,00
	8585 Custeio - TETO MAC	1.633.423.527,88
TOTAL 2022		1.703.799.593,01

Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2021	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	22.365.775,90
	21CD - Implementação de Políticas para a RAPS	1.790.050,00
	8535 - B - Estruturação da RAPS	14.841.414,35
	8585 Custeio - TETO MAC	1.586.197.235,92
TOTAL 2021		1.625.194.476,17

Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2020	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	21.801.926,69
	20YI - Implementação de Políticas para a RAPS	1.398.000,00
	8535 - B - Estruturação da RAPS	3.567.780,00
	8585 Custeio - TETO MAC	1.531.184.990,02
TOTAL 2020		1.557.952.696,71

Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2019	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	24.047.761,62
	20YI - Implementação de Políticas para a RAPS	23.697.000,00
	8535 - B - Estruturação da RAPS	8.669.406,00
	8585 Custeio - TETO MAC	1.412.563.106,62
TOTAL 2019		1.468.977.274,24

Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2018	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	20.599.060,00
	8585 Custeio - TETO MAC	1.369.558.090,42
TOTAL 2018		1.390.157.150,42

Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2017	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	25.000.000,00
	8585 Custeio - TETO MAC	1.339.442.622,82
TOTAL 2017		1.364.442.622,82

Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2016	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	23.287.408,00
	8535 - 9 - Estruturação da RAPS	35.392.995,20
	8585 Custeio - TETO MAC	1.273.908.382,10
TOTAL 2016		1.332.588.785,30

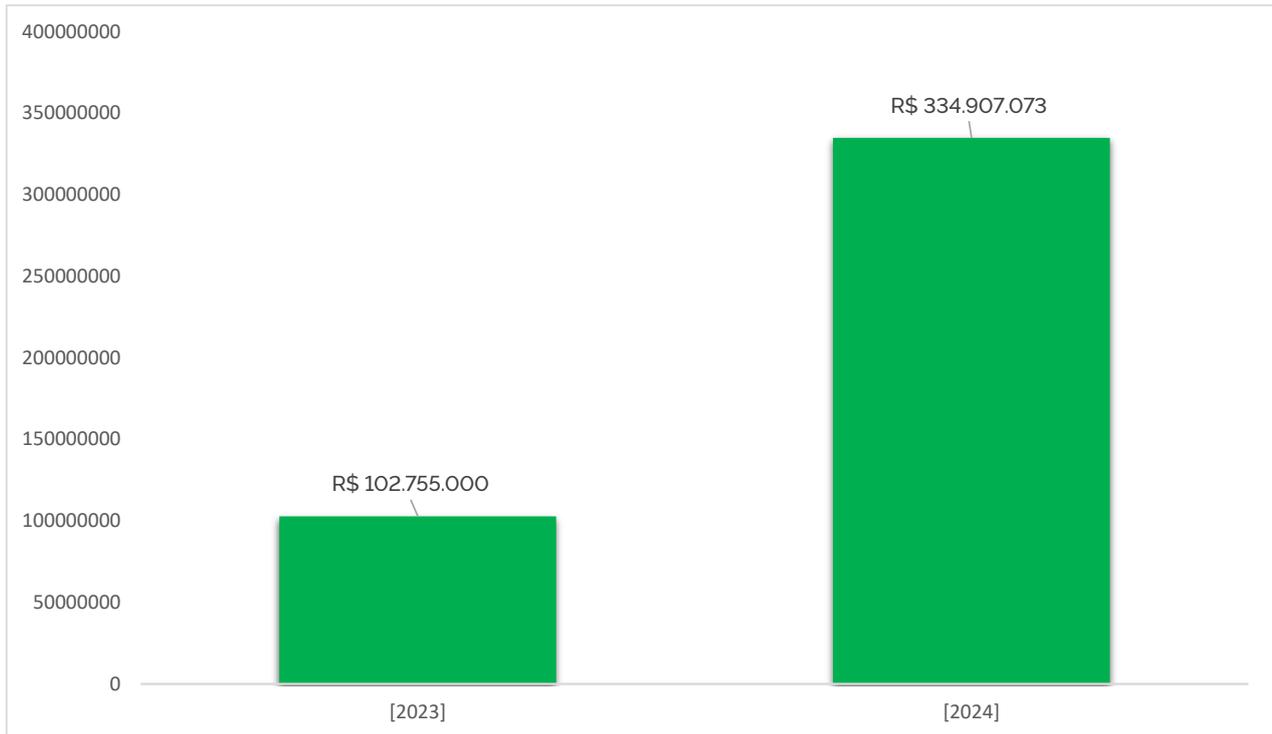
Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2015	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	21.790.483,92
	8535 - 9 - Estruturação da RAPS	10.499.920,00
	8585 Custeio - TETO MAC	1.168.885.027,46
TOTAL 2015		1.201.175.431,38

Ano	Ações Orçamentárias	Despesas Empenhadas
2014	20AI - Programa de Volta pra Casa - PVC	21.416.661,00
	8535 - 9 - Estruturação da RAPS	12.500.000,00
	8585 Custeio - TETO MAC	1.073.014.143,82
TOTAL 2014		1.106.930.804,82

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Drogas - DESMAD/SAES/MS;
 Departamento de Regulação Assistencial e Controle - DRAC/SAES/MS;
 Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento - CGPO/SAES/MS

A partir da retomada do Programa de Aceleração do Crescimento (NOVO PAC) a saúde mental foi contemplada com recurso destinado para a construção de obras. Entre 2023 e 2024 o PAC destinou R\$ 437.662.073,00 para a construção de 202 obras CAPS em 188 municípios. O gráfico abaixo apresenta o gasto com construção do PAC nos últimos dois anos.

Gráfico 16 – Orçamento para construção de CAPS - Programa de Aceleração do Crescimento (NOVO PAC). Brasil, 2023 e 2024.



* em milhões de reais

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Drogas - DESMAD/SAES/MS;
 Departamento de Regulação Assistencial e Controle - DRAC/SAES/MS;
 Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento - CGPO/SAES/MS

Agregando os valores, considerando os gráficos 15 e 16 acima apresentados, verifica-se que o orçamento da política de saúde mental para serviços, ações e construções relacionadas a saúde mental salta de R\$ 1.073.014.143,82 para R\$ 2.663.878.277,77 entre 2014 e 2024, respectivamente.

O crescimento orçamentário verificado nos últimos dois anos dessa série histórica revela o empenho do Ministério da Saúde em fortalecer a política de saúde mental em três perspectivas:

- a) ampliação da RAPS;
- b) recomposição orçamentária para os serviços que tiveram perda inflacionária acumulada ao longo dos anos;
- c) melhoramento da estrutura física dos serviços da RAPS.





DESMAD

Departamento de Saúde Mental,
Álcool e outras Drogas



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

