



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SIDCLEI QUEIROGA DE ARAUJO

**DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NO
DISTRITO FEDERAL: ATENÇÃO PRIMÁRIA REFERENCIADA E INEQUIDADES EM
SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Profº. Dr. Walter Massa Ramalho

Brasília - DF, 2022.

SIDCLEI QUEIROGA DE ARAUJO

**DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NO
DISTRITO FEDERAL: ATENÇÃO PRIMÁRIA REFERENCIADA E INEQUIDADES EM
SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Defesa em: 27/01/2023

BANCA EXAMINADORA:

Prof^o. Dr. Walter Massa Ramalho
Universidade de Brasília
(Presidente)

Prof^o. Dr. Everton Nunes da Silva
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Helen da Costa Gurgel
Universidade de Brasília

Prof^o. Dr. Renato Antunes dos Santos
University of Toronto / Canadá
(suplente)

Dedico esse trabalho a todos que, no conhecimento ou na luta, buscam um Brasil melhor para o seu povo.

Aos profissionais de saúde que militam diariamente por um sistema de saúde público, universal e de qualidade.

Aos que lutam constantemente para as populações negligenciadas pelas elites brasileiras a terem um maior acesso ao ensino superior público e à saúde pública de qualidade, afim de reduzir as desigualdades sociais de nossa nação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe Carminda e ao meu pai Silvanil (in memorian), que lutaram muito com amor e dignidade para eu ter chegado até aqui, nesse momento especial.

Aos meus irmãos e familiares, que de alguma forma me apoiaram nesse trajeto para eu estar aqui, especialmente para Bruno, Carlinhos, Marcelo, Sancherlei, Cezar, Sidnei, Selma, Liliu e Simone, minha madrinha Nena e meu padrinho Teté (in memorian).

A Thamires, que me falta palavras para poder descrever tanta gratidão e amor que sinto por tudo.

A Rodrigo Pessanha, Rafael Pessanha, Alexsander Gonçalves, Robson Carvalhosa, Luciano Carvalho, Sandro Carvalho, Vaneide, e a todos os outros irmãos e irmãs de Santa Margarida, no Bairro de Campo Grande (Subúrbio do Rio de Janeiro/RJ), que a vida me deu.

Aos professores e aos amigos que fizeram parte da minha formação no Colégio Antônio de Pádua, no Ginásio Público Mário Quintana, na Escola Técnica Estadual Adolpho Bloch, no Colégio Resultante, na Escola Estadual de Ensino Supletivo Barão de Santa Margarida, no Pré-Vestibular Social da Paróquia Nossa Senhora Aparecida (de Campo Grande/RJ) e no Pré-Vestibular Social do CEDERJ (Campus Campo Grande/RJ).

Aos amigos que fiz trabalhando na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ, meu muito obrigado Ricardo Marcelo, Glauce Alhadas, Renato Botelho, André Mello, Héverton Muniz, Carlos Barglini, Bira, Dedeco, Izabela Baptista, Adriana Toledo, Gustavo Xavier, Andreza Santos, Rafael Pinheiro, Marcus Vinicius Ferreira, Viviane Gomes, Felipe Nascimento, Juliana Dias, André Luís da Silva, Marcos Pinheiro, Jean Barrado, Marcio Garcia, Denise Arduini, Carla Côrte, Izabel Reis, Beti Brisse, Gislani Mateus, Caroline Cyriaco, Cristiano Pedreira,...

Ao Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), e aos docentes e discentes que presenciaram a minha passagem por lá, local onde aprendi a militar pela Saúde Coletiva, em especial para os discentes Norberto dos Santos, Barbara Bulhões, Ana Cristina, Luciana Aquino, Lilandra Torquato, Cezar Nogueira, Rafael Magalhães, Anderson Rodolfo, Bernardo Sotero, Nivia Amoedo,

Carolynne Cosme, Bianca Leandro, Gabriella Ferreira, Luis Guilherme, Eduardo Fernandes, Rebecca Faray, Felipe Cezário, Larissa Oliveira... E para os professores Gabriel Schütz, Jaqueline Ferreira, Marcia Ribeiro, Alexandre Costa, Ricardo Tavares, Paula Brito...

Na Universidade de Brasília (UnB), agradeço aos que fizeram parte da minha formação, aos professores que Natan Monsore, Leonor Pacheco, Edlaine Villela, Claudia Pedrosa, Daphne Rattner, Edgar Merchán, Ana Valéria Machado, Elza Maria de Souza, Everton Luis Pereira, Jonas Brant, Magda Duarte, Maria Fátima de Sousa, Margarita Urdaneta, Maria Paula Zaitune, Mauro Sanchez, Muna Muhammad Odeh, Edu Cavadinha, Janaina Sallas, Marcelo Pedra, Wallace dos Santos...

Aos amigos que encontrei pelo movimento estudantil de Saúde Coletiva Florentino Júnio (UnB), Paulo Henrique Gomes (UnB), Norberto dos Santos (UFRJ), Barbara Bulhões (UFRJ), Vitor Átila (UnB), Elizabeth Alves (UnB), Ilano Barreto (UFBA), Matheus Rangel (UFRN), Ana Cristina (UFRJ), Cezar Nogueira (UFRJ), Rafael Magalhães (UFRJ), Carolynne Cosme (UFRJ), Bianca Leandro (UFRJ), Jéssica Sales (UFRN), João Paulo Marques (UnB), Luan Cuiabano (UFMT), Luciana de Freitas (UFMT), Tuanny Ramos (UFMT), Victor Hugo França (UFRN), Bárbara Melo (UFRN), Ricardo Monteiro (UFMT), Joaquim Pedro Vasconcelos (UnB), Ana Carolina Binacett (UnB), Hélio Rodrigues Júnio (UnB), Luís Gustavo Nascimento (UnB), Raelma Paz (UnB), Kelly Resende (UnB), Marianne Cardoso (UFMT), Lia Josetti (UnB), Filomena Valadares (UnB), Lucas Resende (UnB), Sérgio Rocha (UnB), Victor Bier (UFRJ), Felipe Cezário (UFRJ), Renan Freitas (UFPE), Thais Paulo (UFRN), Maria Gabriele (UFBA), Ivan Ricaldi (UFRGS), Juliana Porto (UFRGS), Maria Giovana Fortunato (UFRGS), Camila Reis (UFBA), Karina Cordeiro (UFBA), Fernanda Scher (UFBA), Cintia Clara (UFBA), Daniele Souza (UFBA), Gisélia Pinheiro (UFBA), Estela Junges (UFRGS), Guilherme Müller (UFRGS), entre outras pessoas.

Aos amigos, profissionais e militantes da saúde que tive a honra de trabalhar no Ministério da Saúde, João Paulo Brito, André Luis da Silva, Fernão Lopes, Celmário Castro, Erika Almeida, Florentino Júnio, Paulo Henrique Gomes, Luciana Almeida, César Lopes, Maria Alessio, Grasiela Damasceno, Felipe Guapo, Renato Antunes, Mariana Vilela, Priscilla Azevedo, Aline Xavier, Vanessa Lima, Ilano Barreto, Ana Claudio Cielo, José Eudes

Barroso, Jessica Duarte, Alexsana Sposito, Allan Nuno, Ariadne Sousa, Luana Konzen, Aristides Oliveira, Erika Siqueira, Felipe Proenço, Jerzey Timoteo Ribeiro, Evellin Bezerra, Fernanda Gambarra, Lia Padilha, Luan Cuiabano, Matheus Falcão, Raphael Gomes, Suzzi Lopes, Vanessa Lora, Edson Pistori, Amanda Valadares, Vitor Átila, Thiago Campos, Douglas Miranda, Liu Leal, Renato Antunes, Thais Alessa, Caroline Cyriaco, Katia Motta, Fatima Pereira, Fabiana Vieira, Giovanna Soutinho, Tania Coelho, Debora Estela Massarente, Talitha Giovanna Neres, Kátia Godoy, Lucas Agostinho, Priscila Prado, Ludimyla Rodrigues, Rafaela Mendes, Dalila Tusset, Graziela Tavares, Jaqueline Misael, Paola Alves, Matheus Rangel, Veridiana Ramalho, Juliana Fleck, Juliana Rezende, Ana Claudia Cardozo, Dressiane Zanardi, Flavia Nascimento, Fernando Pessoa, Gilmara Santos, Ana Paula Cruz, Luciana Botelho, Tatiany Volker, Rochelle, Thalita Lellice, Tannira Bueno, Roberta Coutinho, Dianne Soares, Sara Silva, Ricardo Gadelha, Henrique Bezerra, Micheline Cunegundes, Silvio Luís Almeida, Camila Dantas, Maria Aline Siqueira, Silvânia Caribé, Raquel Miranda, Thiago Bahia, Janini Ginani, Cristiane Alexandre, Karina Paula de Souza, Cléo Rodrigues, Liliane Nogueira, Mariana Rodrigues, Liliane Augusto, Pedro Presta, Karoliny Remor, Márcio Garcia, Wilma Tomé, Maria Dilma, Keyla Kikushi, dentre outros amigos e lutadores.

A Thamires, Marcelo Pedra, Debora Estela Massarente, Lucas Agostinho e Paola Alves por toda ajuda e revisão.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Walter Ramalho pelos direcionamentos e contribuições nesse trabalho. Obrigado por tudo.

A todos que cooperaram para o meu mestrado e minha formação como sanitarista e como pessoa, meu profundo agradecimento.

“Rir muito e com frequência; ganhar o respeito de pessoas inteligentes e o afeto das crianças; merecer a consideração de críticos honestos e suportar a traição de falsos amigos; apreciar a beleza, encontrar o melhor nos outros; deixar o mundo um pouco melhor, seja por uma saudável criança, um canteiro de jardim ou uma redimida condição social; saber que ao menos uma vida respirou mais fácil porque você viveu. Isso é ter tido sucesso.

Ralph Waldo Emerson.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a distância das UBS referenciadas para os CAPS de referência no Distrito Federal. **Método:** Trata-se de estudo descritivo e ecológico, partindo-se do georreferenciamento dos CAPS e das UBS, no DF, identificados e extraídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no mês de 07/2020, pelo registro de endereço. Se buscou indicadores que retratam a situação socioeconômica nas diferentes áreas do DF. **Resultados:** No presente estudo foi identificada uma distribuição geográfica desigual entre as regiões de saúde (RS) do DF para a oferta de CAPS, principalmente quando se observa os perfis de vulnerabilidade social para a distância das UBS com os CAPS em suas diferentes modalidades do perfil de atendimento. Isso, reforça as teorias da Lei dos Cuidados Inversos e a da Hipótese da Equidade Inversa, que expressa que a oferta de serviços e profissionais de saúde tendem a se concentrar em lugares mais privilegiados e carecendo nos locais mais vulneráveis socialmente, ou seja, gerando mais iniquidade. **Conclusão:** Este estudo traz à luz sobre como a rede está organizada no território para este momento de adversidade. A potência dos CAPS, entre outros os serviços de saúde mental, relaciona-se a uma proposta de mudança do cuidado de saúde mental para uma abordagem psicossocial, humanizada e territorializada, matriciando as equipes nas UBS.

Palavras-chave: Saúde mental, Análise espacial, serviços de saúde mental, Atenção Primária à Saúde, Iniquidades em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the distance from the referenced UBS to the reference CAPS in the Federal District. **Method:** This is a descriptive and ecological study, based on the georeferencing of CAPS and UBS, in the DF, identified and extracted in the National Register of Health Establishments (CNES), in the month of 07/2020, by registering the address . Indicators that portray the socioeconomic situation in different areas of the DF were sought. **Results:** In the present study, an unequal geographic distribution was identified between the health regions of the DF for the provision of CAPS, especially when observing the profiles of social vulnerability for the distance between the UBS and the CAPS in their different modalities of the service profile. This reinforces the theories of the Inverse Care Law and the Inverse Equity Hypothesis, which expresses that the supply of services and health professionals tend to be concentrated in more privileged places and lacking in the most socially vulnerable places, that is, generating more iniquity. **Conclusion:** This study sheds light on how the network is organized in the territory for this moment of adversity. The power of CAPS, among other mental health services, is related to a proposal to change mental health care to a psychosocial, humanized and territorialized approach, matrixing the teams in the UBS.

Keywords: Mental Health, Spatial analysis, mental health services, Primary Health Care, Health Inequities.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Brasil, 2022. 20
- Figura 2 – Inauguração do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 1 de Brazlândia. Distrito Federal, 2018. 28
- Figura 3 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Distrito Federal, 2018. 31
- Figura 4 – Oscar Niemeyer projetando edifícios da futura capital. 44
- Figura 5 – Marco Zero e Esplanada dos Ministérios, em 30/09/1958. 45
- Figura 6 – Acampamento de pioneiros durante a construção de Brasília, no Núcleo Bandeirante. 46
- Figura 7 – Inauguração de Brasília, em 21 de abril de 2021. 47
- Figura 8 – Número de habitantes por regiões administrativas (RA). Distrito Federal, 2018. 51
- Figura 9 – Densidade demográfica (habitantes por km²) por por Regiões administrativas (RA). Distrito Federal, 2018. 52
- Figura 10 – Zoneamento urbano. Distrito Federal, 2022. 54
- Figura 11 – Renda domiciliar per capita por Regiões administrativas (RA). Distrito Federal, 2019. 55
- Figura 12 – Categorização do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). 56
- Figura 13 – Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por Regiões administrativas (RA). Distrito Federal, 2019. 57
- Figura 14 – Percentual de habitantes com planos privados de saúde por Regiões administrativas (RA). Distrito Federal, 2020. 59
- Figura 15 – Regiões administrativas e regiões de saúde. Distrito Federal, 2022. 60
- Figura 16 – John Snow e seu mapa do surto de cólera em Londres, no ano de 1854. 61

ARTIGO

- Figura 1a – Geolocalização dos CAPS Gerais e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por regiões administrativas. DF, 2018 e 2020. 86
- Figura 1b – Geolocalização dos CAPS Infanto-juvenis e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por regiões administrativas. DF, 2018 e 2020. 87

Figura 1c – Geolocalização dos CAPS para Usuários de Álcool e Outras Drogas e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por regiões administrativas. DF, 2018 e 2020. 88

Figura 2a – Geolocalização dos CAPS Gerais e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e áreas de tipo de zoneamento urbano. DF, 2020. 89

Figura 2b – Geolocalização dos CAPS Infanto-juvenis e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e áreas de tipo de zoneamento urbano. DF, 2020. 90

Figura 2c – Geolocalização dos CAPS para Usuários de Álcool e Outras Drogas e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e áreas de tipo de zoneamento urbano. DF, 2020. 91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de habitantes e de regiões administrativas criadas por década. Distrito Federal, de 1960 a 2020. 50

ARTIGO

Gráfico 1 – Média da distância em km dos CAPS para as UBS que referenciam por perfil do público de atendimento, com intervalo de confiança, por categoria do IVS das RA de localização das UBS. DF, 2018 e 2020. 93

Gráfico 2 – Média da distância em Km dos CAPS para as UBS que referenciam por perfil do público de atendimento, com intervalo de confiança, por tipo de zoneamento urbano de localização das UBS. DF, 2020. 94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modalidades de CAPS e suas disposições gerais e indicação, no âmbito da orientação do Ministério da Saúde. Brasil, 2022. 23

Quadro 2 – Modalidades de CAPS com 40 horas semanais de funcionamento com suas conformações de equipes mínimas de profissionais, no âmbito da orientação do Ministério da Saúde. Brasil, 2022. 24

Quadro 3 – CAPS AD 3 municipal/distrital e regional com suas respectivas equipes mínimas de profissionais e carga horária, no âmbito da orientação do Ministério da Saúde. Brasil, 2022. 25

Quadro 4 – CAPS AD 4 com sua respectiva equipe mínima de profissionais e carga horária, no âmbito da orientação do Ministério da Saúde. Brasil, 2022. 26

Quadro 5 – Modalidades de CAPS e suas respectivas características de funcionamento e organização, no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Distrito Federal, 2020. 29

Quadro 6 – Relação de CAPS. Distrito Federal, 2020. 30

LISTA DE TABELAS

ARTIGO

Tabela 1 - Quantidade de UBS e de CAPS e relações de CAPS por 100 mil habitantes e de UBS por CAPS por RS. DF, 2020. 83

Tabela 2a – Relação de profissionais de saúde de nível superior nos CAPS Gerais com a população cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas por perfis de atendimento e em cada CAPS Gerais de referência e por categoria profissional. DF, Outubro de 2022. 96

Tabela 3b – Relação de profissionais de saúde de nível superior nos CAPSi com a população cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas por perfis de atendimento e em cada CAPSi de referência e por categoria profissional. DF, Outubro de 2022. 97

Tabela 4c – Relação de profissionais de saúde de nível superior nos CAPS AD com a população cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas por perfis de atendimento e em cada CAPS AD de referência e por categoria profissional. DF, Outubro de 2022. 98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS 1 - Centro de Atenção Psicossocial 1

CAPS 2 - Centro de Atenção Psicossocial 2

CAPS 3 - Centro de Atenção Psicossocial 3

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS AD 2 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 2

CAPS AD 3 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 3

CAPS AD 4 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 4

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Codeplan - Companhia de Planejamento do Distrito Federal

COMPP - Centro de Orientação Médico-Psicopedagógico

DF - Distrito Federal

eAP - Equipe de Atenção Primária

eSB - Equipe de Saúde Bucal

eSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

FTE - *Full Time Equivalent*

GP - General Practitioner

HBDF - Hospital de Base do Distrito Federal

IVS - Índice de Vulnerabilidade Social

NAPS/CAPS - Núcleos/Centros de atenção psicossocial

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NHS - National Health Service

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDOT - Plano Diretor de Ordenamento Territorial

PDSM/DF - Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RA – Região Administrativa

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RS – Região de Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES/DF - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Rede de Atenção Psicossocial	16
2.1.1. Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Federal	27
2.2 O papel da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção Psicossocial.....	32
2.3 Matriciamento.....	34
2.4 Iniquidades em saúde.....	37
2.5 A Lei dos Cuidados Inversos e a Hipótese da Equidade Inversa	39
2.6 Contexto atual de saúde mental.....	41
2.7 Geografia do Distrito Federal.....	43
2.8 Usos e aplicações das análises espaciais em saúde.....	61
2.9 Mapas de fluxo	64
3. OBJETIVOS	66
3.1 Objetivo Geral	66
3.2 Objetivos específicos	66
4. MÉTODOS	67
4.1 Aspectos éticos	70
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
5.1 Artigo – Distribuição espacial dos centros de atenção psicossocial (CAPS) no Distrito Federal: atenção primária referenciada e iniquidades em saúde (submetido na revista acadêmica Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ – 2022).....	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	110
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111

1. INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conjunto de ações de saúde mental voltadas à promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, é considerada uma importante estrutura para o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base e principal serviço o centro de atenção psicossocial (CAPS)⁽¹⁾. Como retaguarda da atenção primária à saúde (APS), esta rede tem o papel fundamental de referência para os atendimentos mais complexos e de apoio técnico aos atendimentos menos complexos, aumentando assim a resolutividade e a qualificação da APS para os casos de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas^(2,3).

Em contrapartida, a distribuição geográfica dos CAPS pode ser heterogênea, influenciando no acesso aos atendimentos especializados, exemplificando os conceitos da Lei dos Cuidados Inversos e da Hipótese da Equidade Inversa. A Lei do Cuidado Inverso atenta sobre a dificuldade de acesso aos serviços da população que mais necessita de cuidados, enquanto os menos vulneráveis tem mais acesso, causando um enorme agravante social^(4,5). E a Hipótese da Equidade Inversa elucida como as inovações em saúde, que atingem inicialmente os mais privilegiados social e economicamente, geram mais desigualdade ao acesso à saúde⁽⁵⁻⁷⁾.

A RAPS do Distrito Federal (DF) é constituída por 18 CAPS em funcionamento, sob a gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), entre outros tipos de serviços de saúde mental. A rede é orientada pelo Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (PDSM/DF) (2020 – 2023), aprovada pelo Conselho de Saúde do DF⁽⁸⁾.

Como a distribuição da situação de saúde das coletividades humanas não se apresentam de forma aleatória no espaço, a análise espacial se mostra como uma ferramenta muito útil para avaliação da distribuição dos CAPS e de suas unidades básicas de saúde (UBS) referenciadas, além de correlacionar esta distribuição com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e o zoneamento urbano e rural de cada área do DF a fim de entender as possíveis iniquidades no dimensionamento da rede de saúde mental.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As mudanças que a sociedade vem sofrendo, principalmente após a revolução industrial, trouxeram também processos de exclusão de diferentes grupos. Essa reorganização social influencia diretamente na vida da comunidade e no acesso aos equipamentos do estado como saúde, educação e mercado de trabalho. A desigualdade social e iniquidade em saúde são fatores determinantes no processo saúde-doença do indivíduo. Um grupo social que vem sofrendo com a marginalização são as pessoas com transtornos mentais^(9,10).

A discussão sobre saúde mental no Brasil ganhou proporção e importância significativa com a reforma psiquiátrica, na década de 1970, que foi impulsionada pelo movimento da reforma sanitária e depois pela criação do SUS⁽¹¹⁾.

A partir desse marco histórico foram criadas leis, políticas públicas e documentos que garantem assistência humanizada às pessoas que sofrem de transtornos mentais. Fundamentado nesses dispositivos legais, foi possível realizar e validar estudos que indicavam tratamentos psiquiátricos adequados e que respeitavam a dignidade da pessoa humana, ou seja, o tratamento tinha como ponto focal a reabilitação da pessoa⁽¹²⁾.

Faz-se necessário destacar a relevância do movimento psiquiátrico por se tratar de uma discussão iniciada pela comunidade envolvida nessa questão, como os familiares, pacientes e trabalhadores da saúde, e também por que o movimento sanitário combateu a marginalização das pessoas com doenças mentais⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A reorientação do modelo foi marco estratégico na nova abordagem da saúde mental. Saímos do modelo biomédico e passamos a adotar medidas que tinham como apoio teórico o acolhimento, o tratamento terapêutico voltado para redução de danos, a

organização dos serviços em rede e a adoção de um novo perfil e posicionamento do trabalhador da saúde mental. Segundo Caponi 2012 e Barbosa 2016 esse novo arranjo da perspectiva de trabalho demanda do trabalhador desenvolvimento de expertises voltadas à atuação técnica e aguçadas em vigilância epistêmica, que se reflete num ciclo de ação-reflexão-ação-avaliação, para que não se volte ao antigo modelo assistencial⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Para o profissional que trabalha com saúde mental, faz-se necessário conceituar o termo. Estudiosos da temática, como Canguilhem e Foucault, colaboraram ao longo de suas pesquisas e reflexões para a construção de um conceito que levasse em consideração as influências sociais, culturais, políticas e econômicas, como determinantes que atuam diretamente na saúde mental do indivíduo^(14,18-20). Hoje a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo perceba as suas próprias capacidades, possa lidar com as tensões normais da vida, possa trabalhar de forma produtiva e frutífera e possa contribuir para a sua comunidade^(14,20).

As Políticas Nacionais de Saúde Mental elencam como principais transtornos mentais identificados no Brasil a depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo e adicção. Entretanto alguns estudos realizados na APS apontam que dentre os seis transtornos, a ansiedade, depressão e transtornos de personalidade estão entre os diagnósticos mais realizados nos serviços de saúde do Brasil^(21,22).

Alguns dos principais sintomas da ansiedade são sensações difusas, desagradáveis que podem ser acompanhadas por sintomas como cefaleia, palpitações, aperto no peito, desconforto estomacal e inquietação⁽²¹⁾. Já a depressão é considerada hoje a número um de casos diagnosticados no Brasil, e por esse motivo é de grande

relevância epidemiológica^(23,24). A depressão apresenta sintomas como perda de interesse e prazer por tudo, pelo sentimento de tristeza e baixa da autoestima, na qual os quadros mais graves podem levar ao autoextermínio^(23,24).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o transtorno de personalidade possui dez classificações e ainda subgrupos, isso pode acarretar em dificuldade de diagnosticar por parte dos trabalhadores da saúde mental⁽²⁵⁾.

Os transtornos mentais acima citados possuem algo em comum: a possibilidade de tratamento⁽²¹⁾. Quando indivíduo que apresenta sintomas característicos de ansiedade, depressão e transtornos de personalidade é diagnosticado precocemente e conduzido tratamento adequado, a adesão e os resultados são melhores. Além do diagnóstico precoce, é de fundamental relevância que o profissional esteja bem preparado para ouvir e acolher esse paciente, sabendo encaminhá-lo dentro do serviço, para garantir a assistência integral^(21,25,26).

No Brasil, ainda são muitas as dificuldades que as pessoas com transtornos mentais enfrentam, ainda é preciso lutar contra a marginalização e o estigma sociocultural. Porém é indiscutível que a reforma psiquiátrica trouxe grandes conquistas como o tratamento terapêutico singular e os aparelhos de saúde pública adequados⁽²¹⁾.

2.1 Rede de Atenção Psicossocial

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi influenciada num contexto internacional de mudanças pela superação do modelo manicomial, de encarceramento como principal tratamento da loucura^(27,28). Este processo ganha mais força por iniciar entre os anos 1970 e 1980, num contexto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e das discussões sobre a construção de um sistema universal de saúde que viria a ser o SUS, buscando a mudança dos hegemônicos Modelos Médico Assistencial Privatista

e Modelo Sanitarista para o de Vigilância em Saúde^(27,29,30). Isto é, em conjunto com os processos de democratização e participação social e de descentralização da política de saúde^(11,28,29,31).

A Reforma Psiquiátrica se converteu num processo político e social complexo com a discussão de diversos atores sob um modelo de saúde mental reorientado na maneira de cuidar com foco no que seria uma clínica ampliada e compartilhada, em ações efetuadas por meios intra e intersetoriais, em redes capilarizadas e territorializadas^(11,27,28,32).

Diante disso, a primeira grande mudança instituída pós criação do SUS na Rede Saúde Mental está na Portaria SAS/MS nº 224/92, que estabelece as diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental^(11,33). Assim, introduz as diretrizes de organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; de diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; de garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; de multiprofissionalidade na prestação de serviços; de ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; de definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados⁽³³⁾.

Concomitantemente com a discussão sobre a construção da rede, o conceito de Regionalização se fortaleceu, principalmente por meio das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002) e das normas trazidas pelo Pacto pela Saúde 2006⁽³⁴⁾. Esse arranjo constitui em um método para reparar a fragmentação dos serviços de Saúde e as desigualdades no acesso, com definição das atribuições dos entes federados, e dos fluxos de referência^(34,35). A Regionalização,

surgido como organizador funcional da descentralização das ações e serviços do SUS, em seus diversos níveis de complexidade, se efetiva como meio de viabilidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da garantia de acesso da população^(34,35).

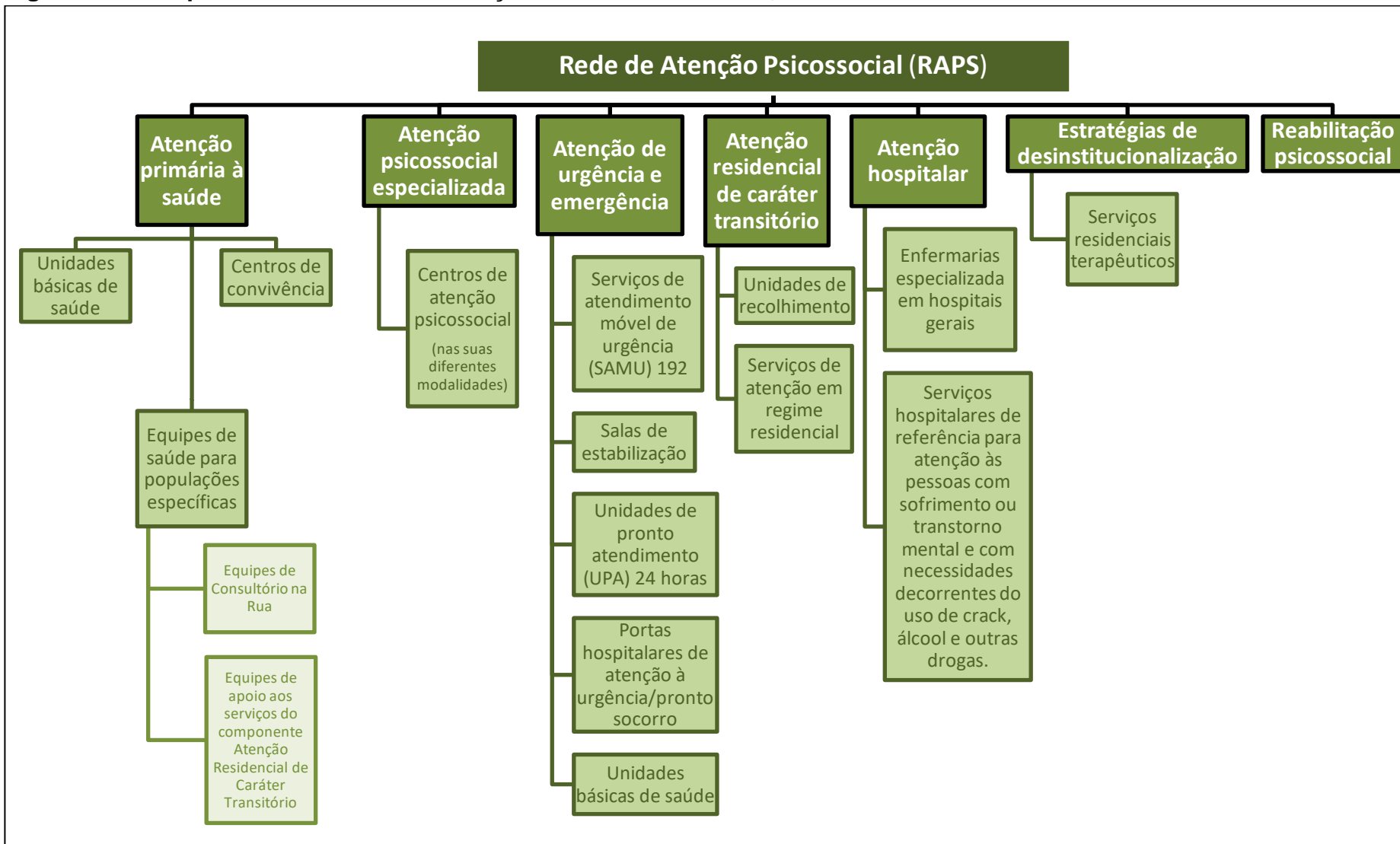
A Rede fica instituída em serviços de atendimento ambulatorial constituídos por UBS, centros de saúde e ambulatórios; em núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS); em serviços de atendimento hospitalar compostos por hospitais-dia, serviços de urgência psiquiátrica em hospitais gerais, leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais-gerais e hospitais especializados em psiquiatria^(11,33).

Para reforçar todos os esforços de fortalecimento de direitos, da ampliação do acesso e de melhoria do cuidado feitos na mudança de modelo na rede de saúde mental até o final da Década de 1990, institui-se a Lei 10.216/2001, que regulamenta sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental^(28,36,37). Nessa conjuntura, há um crescimento da rede de saúde mental e a concepção de novos programas, ampliando algumas ações^(11,27,28). A exemplo disso podemos elencar o surgimento do Programa de Volta para Casa, a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos e dos CAPS e a elaboração da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas^(11,28,37).

Em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 3.088/11, se instituiu a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS^(1,37). As Redes de Atenção à Saúde (RAS), entre elas a RAPS, são estruturas organizacionais de ações e serviços de saúde, de diversificadas densidades tecnológicas, para constituir a integração dos vários pontos de atenção, otimizando os recursos de saúde e proporcionando princípio da integralidade aos usuários do SUS⁽³⁸⁾.

A RAPS se constitui das diretrizes organizativas de respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; de promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; de combate a estigmas e preconceitos; de garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; de atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; de diversificação das estratégias de cuidado; de desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; de desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; de ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; de organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; de promoção de estratégias de educação permanente; e de desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)^(1,39).

Figura 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Brasil, 2022.



Fonte: Portaria MS 3.088/2011. Elaboração própria.

A RAPS, com o embrião na Política Nacional de Saúde Mental, Lei Nº 10.216/2001, e instituída oficialmente pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, foi criada com o objetivo de organização dos pontos de atenção de saúde mental, incluindo a criação, a ampliação e a articulação com os demais serviços do SUS para responsabilização do cuidado compartilhado e interdisciplinar das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades consequentes do uso de crack, álcool e outras drogas^(1,36,37). Assim, a RAPS possui amplo atendimento voltado à saúde mental, transversal aos diferentes níveis de atenção à saúde, formada por diversos tipos de pontos de atenção, como demonstra a Figura 1.

Os CAPS, desenhados pela Portaria MS/SAS nº 224/1992, e instituídos efetivamente pela Portaria MS/GM nº 336/2002, destacam-se por serem serviços de Atenção Psicossocial Especializada na RAPS⁽³²⁾. Estes serviços prestam assistência à saúde em caráter aberto e comunitário, organizado por equipe multiprofissional que prioriza o atendimento às pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento, e, aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas^(32,40). Seu objetivo é oferecer atendimento, acompanhamento clínico e a reinserção do sujeito para ter acesso ao trabalho, lazer, aos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários⁽³²⁾. Desta maneira o serviço oferece atendimento de nível intermediário entre o ambulatorial e o hospitalar, em dois ou mais turnos de acordo com a demanda da população adscrita e ainda atua como uma das portas de entrada da RAPS⁽³²⁾.

As pessoas atendidas pelos CAPS são aquelas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo, etc, bem como as que tem histórico de dependência química como álcool e outras drogas⁽³²⁾. O usuário pode acessar diretamente o serviço ou ser encaminhado pela UBS⁽³²⁾. Também pode ser egresso de instituições psiquiátricas de longa permanência ou podem ter sido atendidos em outros serviços de saúde como

ambulatório, hospital-dia ou consultórios⁽³²⁾.

Assim que adentrar o serviço, a pessoa será acolhida e passará por uma escuta ativa. Após este primeiro contato e compreendido sobre sua situação, deve-se estabelecer um vínculo de confiança entre o usuário e o profissional, cujo objetivo seja desenvolver um PTS em que o indivíduo e sua família estejam juntos e as dificuldades, em relação a sua condição de saúde mental, sejam superadas^(1,32,41-43).

Além disso, os CAPS são classificados nas seguintes modalidades:

- Centro de Atenção Psicossocial 1 (CAPS 1);
- Centro de Atenção Psicossocial 2 (CAPS 2);
- Centro de Atenção Psicossocial 3 (CAPS 3);
- Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi);
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 2 (CAPS AD 2);
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 3 (CAPS AD 3);
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 4 (CAPS AD 4).

As modalidades de CAPS expressam arranjos organizativos para diferentes portes populacionais e/ou de oferta de atendimento mais especializada para um determinado grupo da população. Essas diferentes modalidades de CAPS, de acordo com as normativas do Ministério da Saúde, são observadas sob diversas perspectivas, desde a indicação de público até das conformações de equipes mínimas de profissionais para o funcionamento, conforme demonstrado nos Quadros 1, 2, 3 e 4 abaixo^(1,32,42,43).

Quadro 1 – Modalidades de CAPS e suas disposições gerais e indicação, no âmbito da orientação do Ministério da Saúde. Brasil, 2022.

Modalidades	Disposições Gerais	Indicação
CAPS 1	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias	Municípios ou regiões com mais de 15 mil habitantes.
CAPS 2	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local.	Municípios ou regiões com mais de 70 mil habitantes.
CAPS 3	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad.	Municípios ou regiões com mais de 150 mil habitantes.
CAPSi	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário.	Municípios ou regiões com mais de 70 mil habitantes.
CAPS AD 2	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário	Municípios ou regiões com mais de 70 mil habitantes.
CAPS AD 3	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.	Municípios ou regiões com mais de 150 mil habitantes.
CAPS AD 4	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com assistência a urgências e emergências, e contando com leitos de observação. Serviço de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.	Municípios com mais de 500 mil habitantes ou capitais de Estado.

Fonte: Portaria MS 3.088/2011, Portaria MS 130/2012 e Portaria MS 3.588/2017. Elaboração própria.

Quadro 2 – Modalidades de CAPS com 40 horas semanais de funcionamento com suas conformações de equipes mínimas de profissionais, no âmbito da orientação do Ministério da Saúde. Brasil, 2022.

Mod.	Médicos	Enfermeiros	Profissionais de nível superior de outras categorias profissionais	Profissionais de nível médio
CAPS 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 (três) profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 (quatro) profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
CAPS 2	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) médico psiquiatra. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 (quatro) profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 (seis) profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
CAPS 3	<ul style="list-style-type: none"> • 2 (dois) médicos psiquiatras. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 (cinco) profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 (oito) profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão .
CAPSi	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 (quatro) profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 (cinco) profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
CAPS AD 2	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) médico psiquiatra; • 1 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 (quatro) profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 (seis) profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Fonte: Portaria MS 3.088/2011. Elaboração própria.

Quadro 3 – CAPS AD 3 municipal/distrital e regional com suas respectivas equipes mínimas de profissionais e carga horária, no âmbito da orientação do Ministério da Saúde. Brasil, 2022.

Mod.	Médicos	Enfermeiros	Profissionais de nível superior de outras categorias profissionais	Profissionais de nível médio
CAPS AD 3 Municipal ou distrital	A) DIARISTA (40H – SEG-SEX)			
	<ul style="list-style-type: none"> 1 (um) médico clínico; 1 (um) médico psiquiatra. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> 5 (cinco) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo e educador físico. 	<ul style="list-style-type: none"> 4 (quatro) técnicos de enfermagem; 4 (quatro) profissionais de nível médio; 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.
	B) PLANTONISTA NOTURNO (12H)			
	<ul style="list-style-type: none"> 1 (um) profissional de saúde de nível superior, preferencialmente enfermeiro. 			<ul style="list-style-type: none"> 2 (dois) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.
CAPS AD 3 Regional	A) DIARISTA (40H – SEG-SEX)			
	<ul style="list-style-type: none"> 1 (um) médico clínico; 1 (um) médico psiquiatra. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> 7 (sete) profissionais de nível superior pertencentes às seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo e educador físico. 	<ul style="list-style-type: none"> 5 (cinco) técnicos de enfermagem; 4 (quatro) profissionais de nível médio; 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.
	B) PLANTONISTA NOTURNO (12H)			
	<ul style="list-style-type: none"> 1 (um) profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro. 			<ul style="list-style-type: none"> 2 (dois) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.
CAPS AD 3 Regional	C) PLANTONISTA DIURNO (aos sábados, domingos e feriados) (12H)			
	-	<ul style="list-style-type: none"> 1 (um) enfermeiro. 	-	<ul style="list-style-type: none"> 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.
	C) PLANTONISTA DIURNO (aos sábados, domingos e feriados) (12H)			
	-	<ul style="list-style-type: none"> 1 (um) enfermeiro. 	-	<ul style="list-style-type: none"> 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Fonte: Portaria MS 130/2012. Elaboração própria.

Quadro 4 – CAPS AD 4 com sua respectiva equipe mínima de profissionais e carga horária, no âmbito da orientação do Ministério da Saúde. Brasil, 2022.

Mod.	Médicos	Enfermeiros	Profissionais de nível superior de outras categorias profissionais	Profissionais de nível médio
CAPS AD 4	A) DIARISTA (40H – SEG-SEX)			
	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) médico clínico; • 1 (um) médico psiquiatra. 	-	<ul style="list-style-type: none"> • 6 (seis) profissionais de nível superior pertencentes às categorias profissionais de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 (quatro) profissionais de nível médio.
	B) PLANTONISTA NOTURNO (12H)			
	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) médico psiquiatra. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental. 	-	<ul style="list-style-type: none"> • 5 (cinco) técnicos de enfermagem.
C) PLANTONISTA DIURNO (12H)				
<ul style="list-style-type: none"> • 1 (um) médico psiquiatra. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental. 	-	<ul style="list-style-type: none"> • 6 (seis) técnicos de enfermagem. 	

Fonte: Portaria MS 3.588/2017. Elaboração própria.

Neste íterim, dentro da RAPS o papel do CAPS não constitui apenas uma necessidade da construir uma gestão de compartilhamento do cuidado, responsabilidades e compromissos com os usuários, que são interdependentes e essenciais à saúde. Justificam-se, também, pela precisão de diferentes serviços que desenvolvam atenção integral às diferentes necessidades dos sujeitos^(32,41).

Segundo a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/DEVIC/SAPS/MS), existem 2.836 estabelecimentos de saúde habilitados como CAPS no Brasil, em junho de 2022, sendo 1.428 CAPS 1, 528 CAPS 2, 126 CAPS 3, 285 CAPSi, 331 CAPS AD 2, 135 CAPS AD 3 e 3 CAPS AD 4⁽⁴⁴⁾.

2.1.1. Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Federal

No cenário do DF, durante a Reforma Psiquiátrica, o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (HPSVP), centralizava aproximadamente 80% dos atendimentos de transtornos mentais, sendo o único estabelecimento psiquiátrico de referência no DF⁽¹²⁾. Com o início das modificações para qualificação da oferta de atendimento dos serviços de saúde mental no DF, em 1987, houve a criação do Instituto de Saúde Mental e posteriormente o surgimento dos primeiros CAPS^(12,45).

Figura 2 – Inauguração do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 1 de Brazlândia. Distrito Federal, 2018.



Fonte: Dênio Simões/Agência Brasília.

Atualmente, conforme o Plano Diretor de Saúde Mental/DF (PDSM/DF) 2020 – 2023, construído pela SES/DF e aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde, as modalidades dos CAPS, da Rede de Saúde Mental no DF, possuem as características de funcionamento e organização, de acordo com o Quadro 5⁽⁸⁾.

Quadro 5 – Modalidades de CAPS e suas respectivas características de funcionamento e organização, no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Distrito Federal, 2020.

Modalidade	Horário de funcionamento	Atendimento de pessoas com sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes	Atendimento de pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas	Atendimento de demanda espontânea
CAPS 1	Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.	Todas as idades	Todas as idades	Acolhe demanda espontânea
CAPS 2	Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.	A partir de 18 anos	Não atende	Acolhe demanda espontânea
CAPS 3	Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.	A partir de 18 anos	Não atende	Acolhe demanda espontânea
CAPSi	Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.	Até os 17 anos, 11 meses e 29 dias	Até 15 anos, 11 meses e 29 dias	Acolhe demanda espontânea
CAPS AD 2	Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.	Não atende	A partir dos 16 anos	Acolhe demanda espontânea
CAPS AD 3	Funciona 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados.	Não atende	A partir dos 16 anos	Acolhe demanda espontânea

Fonte: Plano Diretor de Saúde Mental/DF (PDSM/DF) 2020 – 2023. Elaboração própria.

E ainda como resultado do PDSM/DF 2020 – 2023, se constituiu áreas de abrangência delimitadas de responsabilidade de cada CAPS, de acordo com sua modalidade, conforme com o Quadro 6⁽⁸⁾. Isso potencializa a construção de um planejamento de trabalho integrado entre as equipes de saúde mental e de APS, dando sensibilidade aos desafios particulares impostos pelo território.

Quadro 6 – Relação de CAPS. Distrito Federal, 2020.

Modalidade	Estabelecimento	Área de abrangência
CAPS 1	CAPS 1 Brazlândia	Brazlândia.
CAPS 2	CAPS 2 Paranoá	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã I e II, Condomínios do Jardim Botânico, Condomínios do Altiplano Leste, Setor de Mansões Dom Bosco, Mangueral, São Sebastião (áreas urbana e rural).
	CAPS 2 Planaltina	Planaltina, Sobradinho I e II (áreas urbana e rural) e Fercal.
	CAPS 2 Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro.
	CAPS 2 Taguatinga	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Areal, Arniqueiras, Ceilândia (todas as, com exceção da QNM e QNN).
	CAPS 2 Riacho Fundo	Estrutural, Candangolândia, Guará I e II, Núcleo Bandeirante, Park Way, Riacho Fundo I e II, Vargem Bonita, Gama, Santa Maria.
CAPS 3	CAPS 3 Samambaia	Recanto das Emas, Samambaia, QNN/QNM de Ceilândia.
CAPSi	CAPSi Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste, Octogonal, Noroeste, Vila Planalto, Granja do Torto, Varjão, Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Estrutural, Guará I e II, Park Way.
	CAPSi Taguatinga	Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Ceilândia, Areal, Arniqueiras.
	CAPSi Recanto das Emas	Recanto das Emas, Samambaia, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo I, Riacho II, Núcleo Bandeirante, Candangolândia.
	CAPSi Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal, Lago Oeste.
CAPS AD 2	CAPS AD 2 Guará	Guará I e II, Estrutural, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way.
	CAPS AD 2 Santa Maria	Gama e Santa Maria.
	CAPS AD 2 Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I e II, Sobradinho II, Fercal.
	CAPS AD 2 Itapoã	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Jardim Mangueral.
CAPS AD 3	CAPS AD 3 Ceilândia	Ceilândia.
	CAPS AD 3 Samambaia	Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Águas Claras, Areal, Arniqueiras, Vicente Pires.
	CAPS AD 3 Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Octogonal, Vila Planalto, Vila Telebrasília, Sudoeste e Varjão.

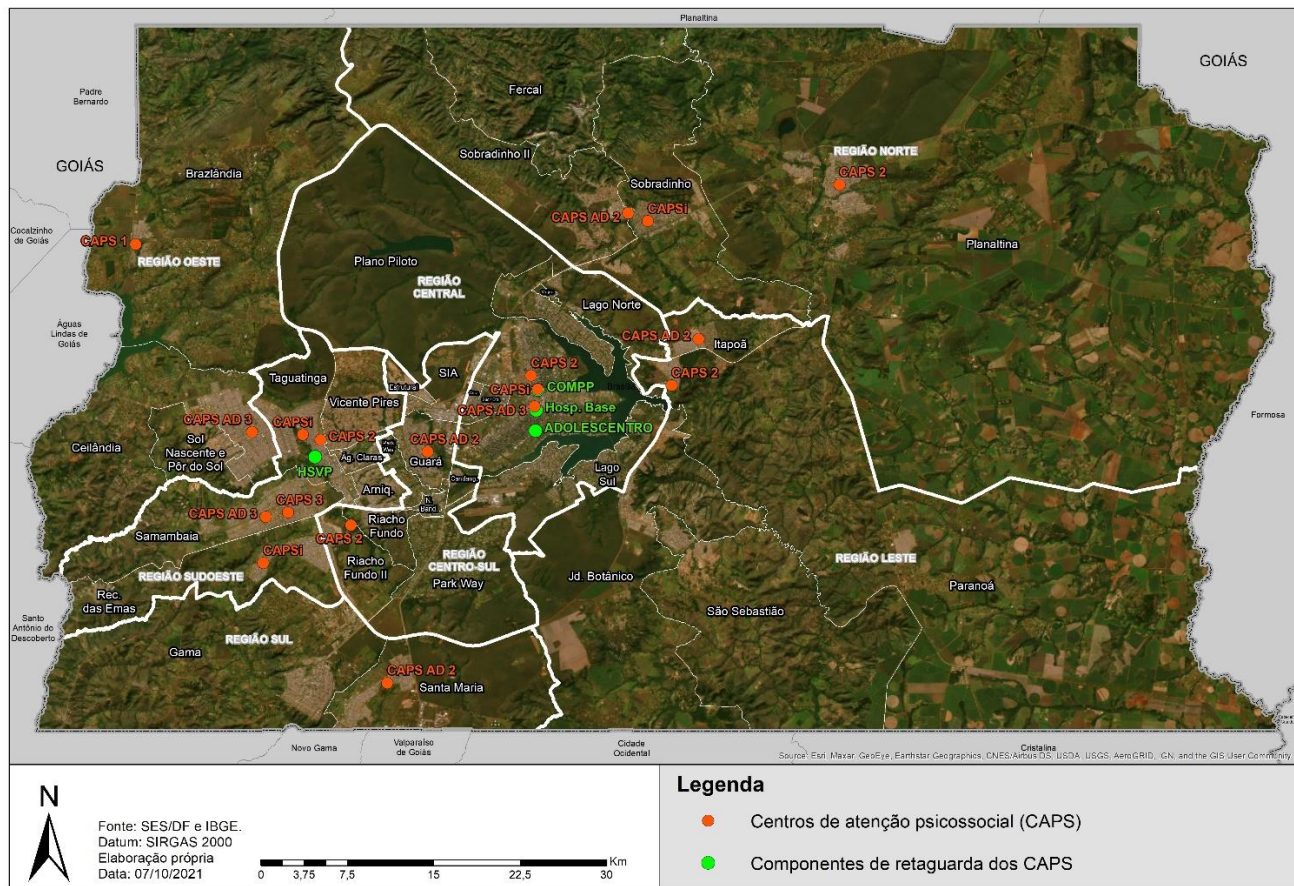
Fonte: Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM) 2020 – 2023, com adaptações.

Já na retaguarda dos CAPS, a rede do DF conta ainda com os seguintes estabelecimentos de saúde mental:

- ADOLESCENTRO (Ambulatório especializado, com acesso regulado, que atende usuários a partir de 12 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias com transtornos mentais moderados ou uso eventual de substâncias psicoativas);

- Centro de Orientação Médico-Psicopedagógico (COMPP) (Ambulatório especializado, com acesso regulado, que atende usuários de até 11 anos, 11 meses e 29 dias com transtornos mentais moderados ou uso eventual de substâncias psicoativas.);
- Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) (Atendimento de Urgência e Internação Psiquiátrica para usuários com idade entre 12 anos a 18 anos (incompletos) ou maior que 60 anos ou com idade entre 18 e 60 anos, caso haja particularidades clínicas.); e
- Hospital São Vicente de Paulo (HPSVP) (Atendimento de Urgência e Internação Psiquiátrica para usuários com idade entre 18 e 60 anos)⁽⁸⁾.

Figura 3 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Distrito Federal, 2018.



2.2 O papel da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção Psicossocial

A APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se define como um grupo de ações de saúde que contém a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, em atendimentos individuais ou em atividades coletivas⁽⁴⁶⁾. A atuação é focada na prevenção de doenças, com a conduta sendo o acolhimento e a resolubilidade de casos de doenças/agravo, por consulta agendada ou demanda espontânea, ou encaminhamento dos casos mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade⁽⁴⁶⁾.

Com a criação do SUS, a APS se converte a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção, voltada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social^(3,47). Assim, se estabelece como um filtro apto a coordenar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, seguindo os níveis de complexidade da atenção⁽⁴⁶⁾.

No Brasil, a APS está organizada de forma descentralizada e capilarizada, de atribuição direta dos municípios, localizada próxima de seus territórios de responsabilidade sanitária^(46,47). As UBS são os principais serviços de estruturação da APS⁽⁴⁵⁾. Nelas, são lotadas alguns tipos de equipes de saúde:

- Equipe de Saúde da Família (eSF) - equipe de referência da Estratégia Saúde da Família (ESF), com base na abordagem multiprofissional do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolubilidade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Suas categorias profissionais estruturantes são a de médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde⁽⁴⁷⁾.
- Equipe de Atenção Primária (eAP) - equipe de Atenção à Saúde no formato de modelo tradicional de APS, com o processo de trabalho fragmentado nas categorias profissionais de médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, fora das orientações da ESF⁽⁴⁷⁾.

- Equipe de Saúde Bucal (eSB) - equipe que atua na APS, especializada em saúde bucal, constituída por cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. Compartilha a gestão e o processo de trabalho, partilha a responsabilidade sanitária da população de forma integrada com a eSF⁽⁴⁷⁾.
- Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) - equipe multiprofissional constituída por técnicos de diferentes formações ou especialidades, que devem apoiar os outros tipos de equipe da APS, como retaguarda. Assim, compartilhando conhecimento e contribuindo no cuidado para o aumento da resolubilidade da APS⁽⁴⁸⁾.

A partir dessa organização, a APS tem relevante função na RAPS por ser a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços oferecidos no SUS⁽³⁾. Deste modo, como primeiro nível de atenção e incumbida pelos cuidados primários relativos aos casos mais comuns de agravos, que compreende no acolhimento às pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais leves e/ou estabilizados, tal como casos relacionados ao uso de álcool e outras drogas; e em demandas de saúde mental com atividades estratégicas em ações de promoção e prevenção⁽³⁾.

Já as pessoas acometidas por transtorno mental moderados ou graves, decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas, para além do encaminhamento para a atenção especializada em saúde, devem ter seu cuidado acompanhado pela APS, da mesma forma como as que sofrem das demais condições crônicas de saúde, por conta de seu vínculo longitudinal estabelecido⁽³⁾.

O fortalecimento do papel da APS no cuidado em saúde mental, com o apoio matricial das equipes do NASF e do CAPS, garante as ações integrais e resolutivas no cotidiano dos serviços de saúde⁽³⁾.

2.3 Matriciamento

A forma hierárquica e vertical tradicional dos sistemas de saúde (referências e contrarreferências), entre quem direciona um caso e quem o acolhe, existindo cessão de responsabilidade ao conduzir os encaminhamentos protocolares, podem elevar a burocracia dos itinerários terapêuticos dos usuários. Além disso, o efeito de aumentar o tempo das respostas dos processos com a baixa resolubilidade de uma APS pouco empoderada, agrava-se ainda quando ocorre em muitas vezes meios precários de comunicação do encaminhamento^(2,49).

O matriciamento ou apoio matricial, elaborado por Gastão Wagner, em 1999, é uma prática interdisciplinar de saúde e um método de concepção compartilhada para gestão do trabalho em saúde de conhecimento e intervenção pedagógico-terapêutica, principalmente usado na integração entre equipes de saúde mental e as de APS num um cuidado colaborativo^(2,49).

A organização horizontalizada do sistema de saúde passa a ter como base as equipes de referência e as equipes de apoio matricial⁽⁴⁹⁾. No caso das ESF, na APS, passam a ser equipes de referência, agindo com responsabilidade sanitária e coordenação do cuidado, atributo essencial para se chegar ao alcance da integralidade, do acesso e da longitudinalidade, simultaneamente ao atendimento especializado que realizam ^(2,49).

Essas equipes de apoio matricial, sendo de saúde mental ou de outra área, precisam propiciar a retaguarda especializada da APS, não apenas do processo saúde-doença, mas também no apoio técnico-pedagógico e no contexto de criação coletiva dos projetos terapêuticos em conjunto com as essas equipes de referência e a população⁽²⁾.

O matriciamento organiza-se em núcleos e campos de saberes⁽⁴⁹⁾. O núcleo se refere a área do conhecimento e de prática profissional⁽⁴⁹⁾. Enquanto o campo é o saber não exclusivo de uma categoria profissional ou de uma especialidade, exigindo a

cooperação para cumprir suas tarefas práticas e teóricas⁽⁴⁹⁾.

A efetivação do matriciamento impõe a construção de novas tecnologias de trabalho com a estruturação do vínculo, permitindo a percepção das particularidades de cada indivíduo e também nos contextos dos territórios onde elas estão inseridas. Assim, possibilita na amplificação da capacidade das equipes em atuar com clínica ampliada e compartilhada entre as diferentes categorias profissionais e especialidades, e entre os profissionais especializados e da APS^(49,50).

Alguns instrumentos do processo de matriciamento são o PTS, interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, contato a distância, genograma e ecomapa⁽²⁾. O PTS é uma agregação de propostas de condutas terapêuticas estruturadas e planejadas por uma determinada equipe interdisciplinar, com a participação do usuário e de sua família, com valorização de seus contextos familiares e territoriais⁽²⁾.

A interconsulta define-se por uma ação colaborativa interdisciplinar entre profissionais de distintas áreas, saberes e visões para a construção do modelo integral do cuidado, incluindo a construção de projetos terapêuticos⁽²⁾. Já a consulta conjunta caracteriza-se como uma prática necessária à resposta de dúvidas sobre as demandas da assistência à saúde⁽²⁾. Essa demanda pode partir da pessoa ou mesmo de um familiar próximo⁽²⁾. Envolve os profissionais de saúde de distintas categorias, o indivíduo atendido e, se necessário, a família deste, podendo a solicitação da consulta ser realizada por qualquer uma das partes⁽²⁾. Isso ajuda na construção de vínculos e de confiança entre os profissionais de saúde com o usuário e sua família⁽²⁾.

A visita domiciliar conjunta está presente em serviços de saúde territorializados⁽¹⁾⁽⁵⁰⁾. É recomendado que as equipes façam uso regular desta prática, quando possível, como de aproximação do território e, em casos especiais que por de dificuldade de locomoção que afete a acessibilidade ou por recusa, o indivíduo não pode ser atendido na unidade de saúde⁽²⁾.

O contato a distância pode ser usado como comunicação por meio telefônico ou digital entre as equipes de referência e as populações adscritas, em áreas remotas ou não, como também entre as equipes de referência e as de matriciamento⁽²⁾. O uso pode ser de orientação técnica entre os profissionais de saúde, e de telessaúde entre os profissionais de saúde e a população⁽²⁾.

O genograma descreve-se como uma representação gráfica do sistema familiar, geralmente em até três gerações, e conta com símbolos estabelecidos para distinguir os membros da família e suas relações⁽²⁾. Serve como estratégia para se entender a situação familiar e avaliar a melhor estratégia de abordagem e intervenção, principalmente em casos de grande reflexo ou interferência do meio familiar na situação de saúde do indivíduo⁽²⁾.

O ecomapa, em complemento com o genograma, também é uma representação gráfica do sistema familiar, mas que reconhece a natureza das relações da família e de seus membros com o território⁽²⁾. Assim, mapeando a rede de apoio, às necessidades e os recursos sociais da família⁽²⁾.

O matriciamento é um relevante instrumento para compartilhamento das demandas de Saúde Mental, que estabelece uma corresponsabilização no cuidado aos usuários com necessidades em saúde mental com as equipes da APS, restringindo a sobrecarga de demanda e a ausência de acesso à RAPS^(2,50). Neste contexto, se constitui com matriciamento uma importante retaguarda especializada de saúde mental, estruturando um promissor suporte técnico-pedagógico integrador das equipes de saúde mental e da APS, além de rediscutir os métodos do modelo tradicional de assistência^(2,8).

2.4 Iniquidades em saúde

As desigualdades na saúde são diferenças sanitárias mensuráveis entre dois ou mais grupos populacionais, devido a variáveis biológicas, como: sexo, faixa etária ou genótipo⁽⁵²⁾.

O conceito de iniquidades na saúde traz que são diferenças na condição de saúde de grupos populacionais devido à sua conjuntura social, definida de acordo com dimensões, como: idade, riqueza, etnia, identidade de gênero, acesso a serviços básicos ou até na distribuição dos recursos destinados à saúde⁽⁵²⁾.

As iniquidades em saúde são diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos recursos de saúde entre diferentes grupos populacionais, decorrentes das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem⁽⁵²⁾.

Embora a iniquidade na saúde não possa ser mensurada ou monitorada por conta de sua subjetividade, as desigualdades verificáveis na saúde entre grupos sociais podem ser medidas e monitoradas e servir indiretamente como meio para avaliar a iniquidade na saúde. Além disso, essas desigualdades ameaçam os avanços em saúde das últimas décadas e põem em perigo o crescimento econômico e social das populações⁽⁵²⁾.

As iniquidades em saúde podem ser crônicas e afetar a condição de saúde da população desde o nascimento até o envelhecimento, causando prejuízo na vida profissional, familiar e social⁽⁵³⁾.

Segundo Margareth Whitehead, que já estudava temática em 1992, as iniquidades em saúde entre populações e pessoas evidenciam que além de se tratar de injustiças sociais, são situações evitáveis e preveníveis. Para a autora isso reflete duas importantes dimensões a ética e a social⁽⁵⁴⁾.

Impulsionado por um movimento internacional que surgiu em 2004 na Assembleia Mundial da Saúde, o Brasil criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que tem como objetivo combater as iniquidades em saúde⁽⁵³⁾. A CNDSS também é um reflexo da reforma sanitária e é considerada um marco para o enfrentamento das iniquidades em saúde, pois é um movimento de monitoramento das desigualdades em saúde de forma sistemática que permite a identificação de situações críticas⁽⁵³⁾.

A partir dos estudos voltados para compreender o movimento das iniquidades em saúde é possível combatê-las através de políticas e estratégias de enfrentamento e articulações entre governos. Para alguns estudiosos só é possível combater as desigualdades com políticas de fortalecimento do processo democrático⁽⁵⁵⁾.

Algumas políticas de saúde têm a proposta de diminuir as desigualdades sociais e conseqüentemente as iniquidades, como é caso do Programa Mais Médicos instituído em 2013 e que tem como objetivo diminuir as desigualdades sociais em saúde, principalmente em relação ao acesso aos serviços de saúde como consultas médicas. São programas como esses que viabilizam o acesso a saúde e combatem as desigualdades sociais⁽⁵⁶⁾.

Embora todos os avanços na atenção à saúde mental, os estigmas, como o preconceito e a discriminação às pessoas com transtornos mentais, persistem socialmente em alguns níveis, influenciando na busca de diagnósticos e tratamento dos transtornos mentais para além a da falta de acesso⁽⁵⁷⁾. O contexto social, com a falta de acesso aos serviços de saúde e de desigualdade social e financeiro, traz culturalmente entendimentos diferentes entre ricos e pobres a construção da perspectiva sobre a saúde mental⁽⁵⁷⁾. Para os pobres, mais afastados da cultura médica e sem acesso aos profissionais especialistas em saúde mental, durante muitos anos, os transtornos mentais eram sinônimos de doenças incuráveis, de isolamento social, de internação forçadas e de invalidez⁽⁵⁷⁾. Enquanto para as classes mais beneficiadas socialmente,

com histórico acesso à saúde mental, principalmente através da psicoterapia e de outros métodos sem envolver internações, desenvolveram o entendimento que os transtornos mentais devem ser diagnosticadas e tratadas, e não devem ser estigmatizadas⁽⁵⁷⁾. Assim, esses entendimentos sobre a saúde mental se tornam mais um ponto no aprofundamento das iniquidades em saúde.

Sabe-se que muitos avanços no combate às iniquidades em saúde foram alcançados, mas ainda é necessário mais estudo e aprofundamento sobre determinantes e iniquidades em saúde⁽⁵⁸⁾.

2.5 A Lei dos Cuidados Inversos e a Hipótese da Equidade Inversa

Publicada em 1971, a Lei do Cuidado Inverso é uma teoria de iniquidade na saúde, desenvolvida por Tudor Hart, no Reino Unido⁽⁴⁾. A teoria se constitui a partir de análises estatísticas e geográficas sobre a situação demográfica e de saúde na Inglaterra e no País de Gales entre os anos de 1934 e 1968, observando as época de antes e durante a implantação do *National Health Service (NHS)*, o sistema de saúde público do Reino Unido instituído em 1948⁽⁴⁾. Antes disso, os serviços de saúde eram majoritariamente privados ou eram privilégio de alguns grupos de pessoas, como aqueles que estivessem empregados e os serviços médicos fossem contratados pelo empregador⁽⁴⁾.

Com o *NHS*, os serviços de saúde de APS, com seus médicos de família denominados *General Practitioners (GP)*, eram concentrados em regiões mais ricas e nos principais centros urbanos, contrastando com as regiões mais pobres e distantes que sofriam com a escassez de assistência médica⁽⁴⁾. Cada *GP* obtinha uma quantidade de população adscrita sob responsabilidade sanitária, cujo tamanho variava bastante em função da região em que ele se encontrava⁽⁴⁾. Em lugares mais ricos, os *GP* tinham população adscrita menores com melhores estruturas, concluindo que as pessoas que mais exigiam cuidados de saúde eram as que mais sofriam com barreiras de acesso, o que causa um enorme agravante social⁽⁴⁾.

Desta forma, a lei dos cuidados inversos indica que a oferta de serviços sociais e de saúde de qualidade tornam-se inversamente proporcionais à necessidade de uma população quando não se há políticas públicas que identifiquem e confrontem esta inequidade⁽⁴⁾. O estudo de Hart também demonstrou que mesmo existindo uma desigualdade entre as áreas ricas e pobres, entre os grandes centros urbanos e as áreas mais distantes, a implantação de um sistema de saúde universal, o *NHS*, com a APS como a base do modelo, estava reduzindo a disparidade da distribuição dos serviços de saúde entre as regiões⁽⁴⁾. E assim, mesmo com esforços contra persistentes desigualdades, o *NHS* se apresenta como um fator de restringimento à lei dos cuidados inversos⁽⁴⁾. Já que uma política pública, ao invés das forças do mercado, era capaz de diminuir as iniquidades em saúde⁽⁴⁾.

Esta constatação aponta para a importância de produzir políticas de saúde que considerem e priorizem a distribuição justa e racional de recursos, serviços e profissionais de saúde com a observação das diferenças sociais, econômicas, geográficas e epidemiológicas e geográficas das populações, principalmente sob maior risco ou com elevada vulnerabilidade social⁽⁴⁾.

A Hipótese da equidade reversa, criada em 2000, teoriza que inovações em saúde (medicamentos, técnicas e serviços), concebidas para melhorar a situação de saúde, produzem inicialmente desigualdades⁽⁷⁾. A medida que se desenvolvem, inclinam-se a ser utilizadas pelos mais favorecidos socialmente, os quais dispõem de menos barreiras de acesso aos serviços de saúde e possuem maiores expectativas de vida⁽⁷⁾.

Conforme a inovação em saúde avança no tempo, a cobertura e o acesso a estes novos serviços aumentam progressivamente, até chegar o momento em que apenas os extremamente vulneráveis e com ainda mais barreiras de acesso serão os que não desfrutarão do seu alcance⁽⁷⁾.

A velocidade em que os serviços de saúde são atingidos pela ampliação e cobertura dessas inovações, como técnicas ou medicamentos, influenciará no aumento da amplitude dos desfechos favoráveis em saúde. Contudo, quando apenas os mais favorecidos podem usufruir da totalidade desses benefícios, as políticas públicas devem aproximar os mais vulneráveis a essas benfeitorias, objetivando reduzir gradativamente as iniquidades em saúde⁽⁷⁾.

Para diminuir as desigualdades, as políticas públicas de saúde precisam ser planejadas rigorosamente, de modo que suas intervenções alcancem os mais vulneráveis ainda em sua fase de constituição e implantação, valorizando o princípio da equidade, estabelecido como um dos pilares do SUS^(5,7).

2.6 Contexto atual de saúde mental

A partir da década de 1960, o Brasil passou a atravessar uma acentuada transição epidemiológica^(59,60). Esse fenômeno se apresentou principalmente pela substituição da predominância de doenças Infecciosas e parasitárias pelas doenças não-transmissíveis e crônicas, incluindo nesta categoria os transtornos mentais^(59,60). Até as primeiras décadas do Século XXI, estudos confirmavam o aumento gradativo de transtornos mentais, tanto em grandes centros urbanos, como em áreas rurais do Brasil^(22,61).

Na contemporaneidade, as pressões sociais pela busca do que é idealizado como felicidade contrasta com o duro contexto de flexibilização das relações do trabalho, do aumento da desigualdade global, de incertezas econômicas e políticas, urbanização rápida, mecanização do campo e de ameaças ambientais⁽⁶²⁾. Diante disso, a vida moderna atribui situações que contribuem para o aumento da prevalência de transtornos mentais, especialmente depressão e ansiedade, vistos como fatores predisponentes para quadros graves, incrementando maior risco para o suicídio⁽⁶³⁻⁶⁵⁾.

E com a pandemia causada pela COVID-19, a utilização de ações de isolamento e regras de segurança sanitária acometeram não apenas a situação econômica, mas

também a saúde física, emotiva e psicológica da população⁽⁶⁶⁾. No contexto de distanciamento social, quarentena, isolamento e temor de ser acometido pela doença ou de perder pessoas próximas, além do agravamento da situação socioeconômica, impactou diferentes formas e costumes da vida^(66,67). Assim, desencadeando o surgimento de uma onda de aumento de problemas de saúde mental nos indivíduos, como ansiedade, estresse, pressão, angústia, uso abusivo de substâncias psicoativas e depressão^(66,67).

Por todo este contexto, a magnitude dos transtornos mentais e comportamentais na população se torna um problema mais relevante para orientar a organização do sistema de saúde e da população^(66,67). Visto a sobrecarga de casos de transtornos mentais, os serviços de APS e de saúde mental, como toda a rede, devem ainda mais se organizarem e buscarem estratégias de modo a minimizar os impactos na população e diminuir as barreiras de acesso a diagnósticos, prevenção e tratamentos^(66,67).

2.7 Geografia do Distrito Federal

No Planalto Central, no cerrado brasileiro, o DF de hoje está no mesmo local desde 21 de abril de 1960, com a fundação de Brasília⁽⁶⁸⁾. Este processo de planejamento da interiorização da capital do País se iniciou ainda na época do Brasil Colônia, com a proposta do marquês de Pombal, primeiro-ministro de Portugal, em 1761⁽⁶⁸⁾.

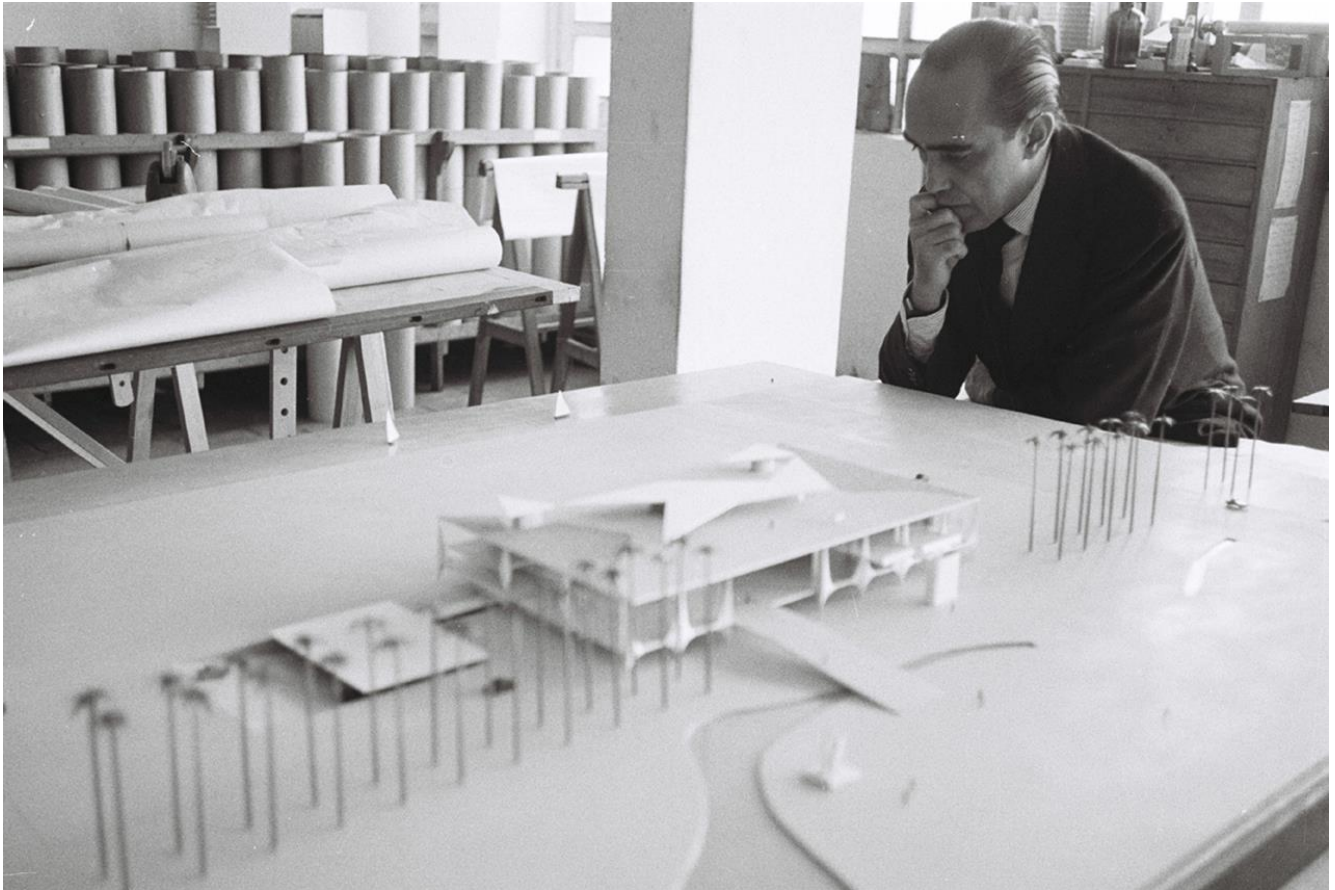
Esta ideia somente amadureceu com a determinação de sua área, em 1891, na primeira constituição republicana brasileira^(68,69). E a partir deste momento, foi planejada uma expedição a fim de mapear e conhecer mais sobre a topografia, o clima, a geologia, a flora, a fauna e os recursos materiais da região^(68,69). Em 1892, realizou-se a expedição pela Comissão Exploradora do Planalto Central do Brasil para demarcar a área aonde a futura capital seria construída. Esta expedição ficou como “Missão Cruls”⁽⁶⁸⁾.

Dentro da área definida do futuro DF já existia a vila de Mestre D'armas a qual fora fundada por bandeirantes séculos antes, reconhecidos administrativamente em 1859, onde atualmente é Planaltina. Este foi o primeiro local povoado da nova capital e que recebeu o Obelisco da Pedra fundamental de Brasília, localizada no Morro do Centenário, em 1922⁽⁷⁰⁻⁷³⁾.

Outro local fundado antes do início das obras de construção de Brasília foi Brazlândia, criada administrativamente em 1933, por influência do desenvolvimento da agricultura de hortifrutigranjeiros local^(70,72,73).

Em 1956, o então presidente da República, Juscelino Kubitschek, deu início de fato à construção da nova capital, que séculos antes, em 1823, José Bonifácio de Andrada e Silva recomendou pela primeira vez o nome de “Brasília”⁽⁷⁴⁾.

Figura 4 – Oscar Niemeyer projetando edifícios da futura capital.



Fonte: Arquivo Público do Distrito Federal.

A construção de Brasília simboliza um ideal desenvolvimentista do país a fim de incentivar o desenvolvimento para outras regiões do país⁽⁷⁵⁾. Durante as obras, o presidente Juscelino Kubitschek não mediu esforços e recursos para que o projeto da nova capital de Oscar Niemeyer e Lúcio Costa fosse erguida⁽⁷⁴⁾.

A demanda exigiu muitos trabalhadores imigrantes, vindos principalmente do Norte e do Nordeste do Brasil⁽⁷³⁾. Atraídos pelo emprego, que muitas vezes não tinha nas suas terras natais, e que posteriormente ficaram conhecidos como candangos⁽⁷³⁾. Assim, as pessoas começaram a povoar varios pontos da área do futuro DF, vieram os muitos trabalhadores, comerciantes e empresários interessados pelas possibilidades trazidas pela construção de uma cidade do nada. E posteriormente, migraram os funcionários públicos transferidos do Rio de Janeiro^(73,74).

Figura 5 – Marco Zero e Esplanada dos Ministérios, em 30/09/1958.



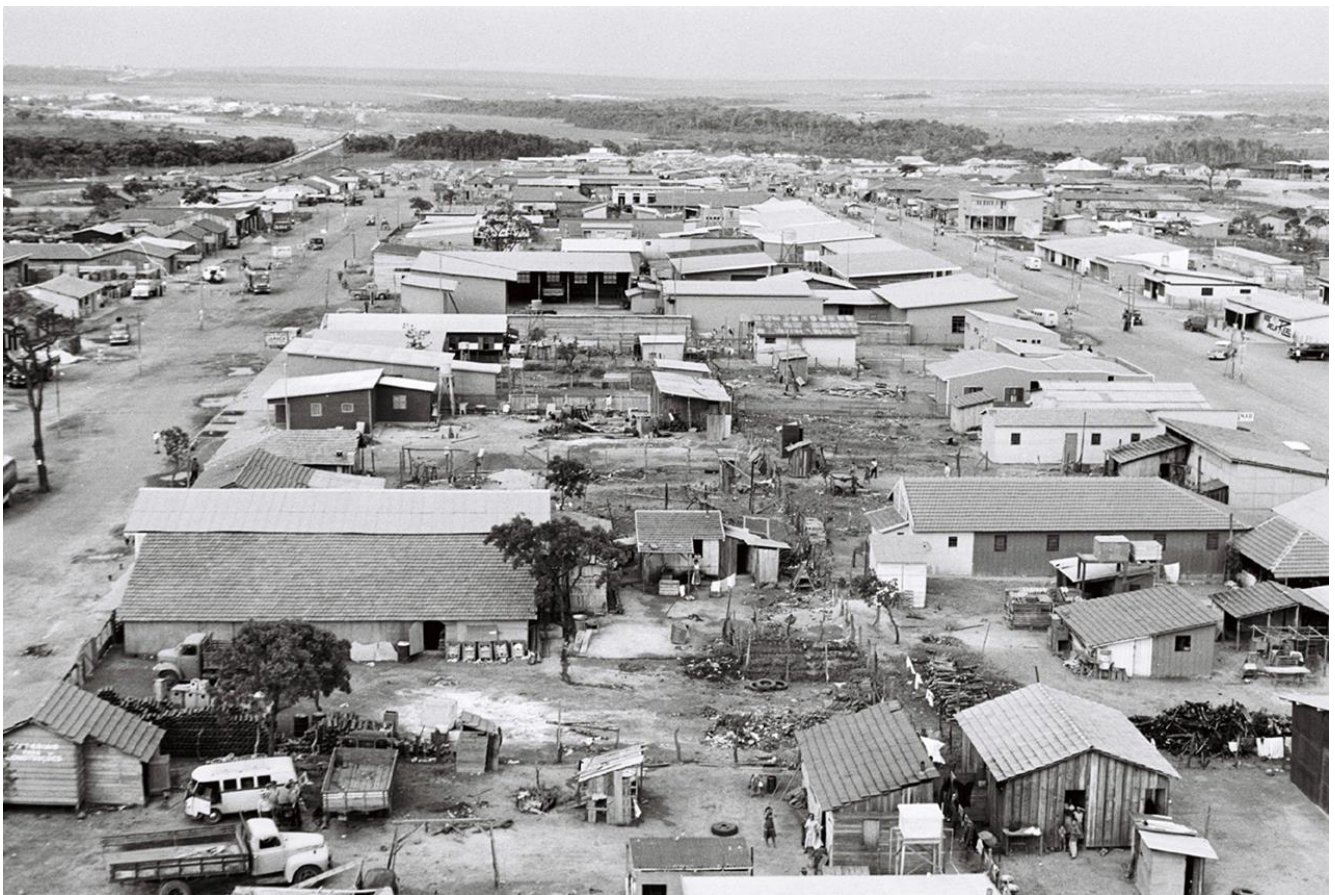
Fonte: Arquivo Público do Distrito Federal.

A construção da nova capital é efeito de um período em que se acreditava que se conseguia conduzir totalmente o progresso de uma cidade com a finalidade de combater as desigualdades sociais^(76,77). O Plano Piloto de Brasília seria a partida de organização do entorno em cidades satélites que, por sua vez, também seriam coerentemente ordenadas^(72,76,77).

Apesar de o projeto ser inovador inicialmente, a sua estrutura social passa ser a mesma das outras grandes cidades brasileiras, especialmente pela segregação e organização socioeconômica, formada por imigrantes em sua maioria^(74,77).

Para que a nova capital comportasse todos os imigrantes, seria necessário construir cidades-satélites, subúrbios-dormitório onde os habitantes mais pobres pudessem morar e de onde se deslocariam diariamente para trabalhar na capital, ideia comum entre urbanistas do período⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾. Com o tempo, os trabalhos da construção de Brasília passaram a ser deslocados para periferia da nova cidade, nas cidades satélites, com infraestrutura pouco inovadora, traduzindo-se numa forma de distanciamento social, o que evidencia as desigualdades inicialmente combatidas no projeto^(75,77,78).

Figura 6 – Acampamento de pioneiros durante a construção de Brasília, no Núcleo Bandeirante.



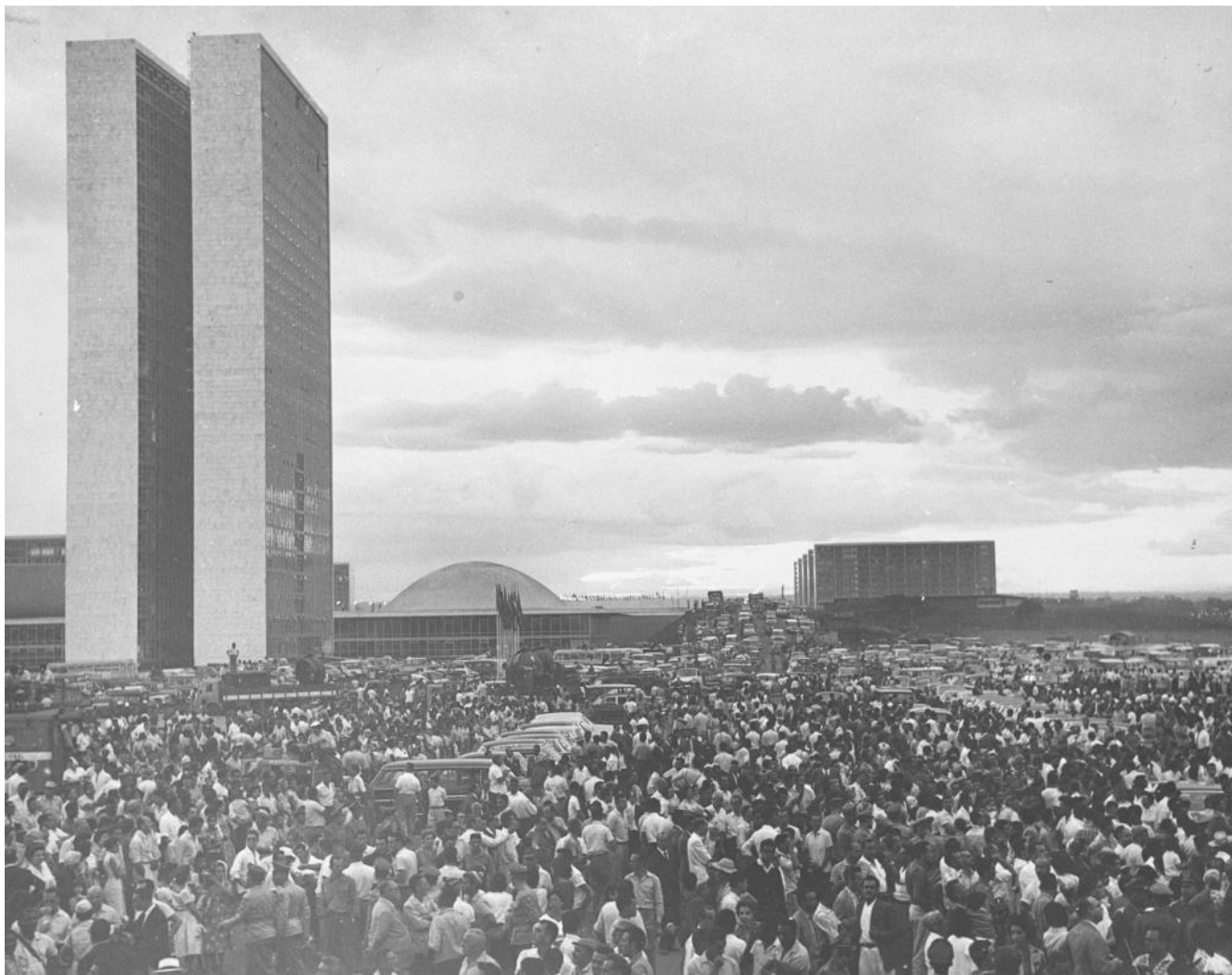
Fonte: Arquivo Público do Distrito Federal.

O número de trabalhadores, realizados durante o período da construção de Brasília, expõem um crescimento abrupto da população^(73,79). De 500 operários em 1956, cresce para 13 mil em 1957, 64 mil em 1959, e em 1960, no ano de inauguração, a cidade já

atingia os 140 mil habitantes^(79,80).

Neste contexto, vários acampamentos irregulares no entorno se tornaram cidades permanentes, como Núcleo Bandeirante e da Candangolândia em 1956 e, do Paranoá, em 1957. Já Taguatinga, em 1958, Cruzeiro em 1959, e Gama e Sobradinho, em 1960, o governo local as construiu na perspectiva de cidade satélite em caráter de urgência mediante o avanço das invasões da população imigrante⁽⁷⁰⁾.

Figura 7 – Inauguração de Brasília, em 21 de abril de 1960.



Fonte: Arquivo Público do Distrito Federal.

A partir da inauguração, em 21 de abril de 1960, do Plano Piloto, elaborado por Lúcio

Costa, se iniciou um processo da mudança da capital, com o traslado de vários órgãos públicos e com eles inumeros funcionários públicos oriundos principalmente do Rio de Janeiro/RJ^(72,76). Muitas dessas pessoas vieram para ocupar as moradias construídas no Plano Piloto, nas Asas Norte e Sul, constituindo uma classe mais elitizada e próxima do poder em contrastes com os operários da construção civil em cidades-satélites ou em assentamentos irregulares^(72,77).

Em 1964, meio da Lei nº 4.545/64, é sancionada a reestruturação administrativa do DF com a divisão em regiões administrativas (RA) ^(70,72,78).

Na primeira década pós inauguração, entre 1960 e 1970, continua o elevado crescimento da população do DF, expresado em 283,47% de aumento⁽⁸⁰⁾. Deu-se andamento ao processo de desativação dos acampamentos de obras e erradicação das favelas próximas ao Plano Piloto e a expansão das recém-criadas cidades-satélites⁽⁸¹⁾. Neste período se destaca o início da construção e da ocupação do Guará, em 1969⁽⁷⁰⁾. Há, ainda, o surgimento do Lago Sul, do Lago Norte e do Park Way, estes desenhados para a classe alta, com casas de grandes terrenos e muitas delas nas proximidades do Lago Paranoá, e do Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) ^(70,82).

Na Década de 70, com intuito de conter as favelas recém-criadas e de remanejar a população que estava no grande núcleo provisório denominado Vila do Iapi, próximo ao Núcleo Bandeirante, criou-se a Companhia de Erradicação de Invasões (CEI) ^(77,81). A transferência compulsória desta população, em grande maioria, foi para uma nova cidade satélite, há 26 km do Plano Piloto, ao lado de Taguatinga, denominada Ceilândia^(76,78,81).

Desde os anos 80, embora a população tenha mais que dobrado até 2020, o crescimento populacional vem diminuindo lentamente entre as décadas, sendo 118,96% entre 1970 e 1980, 36,04% entre 1980 e 1990, 28,11% entre 1990 e 2000, 24,95% entre 2000 e 2010 e 19,20% entre 2010 e 2020.

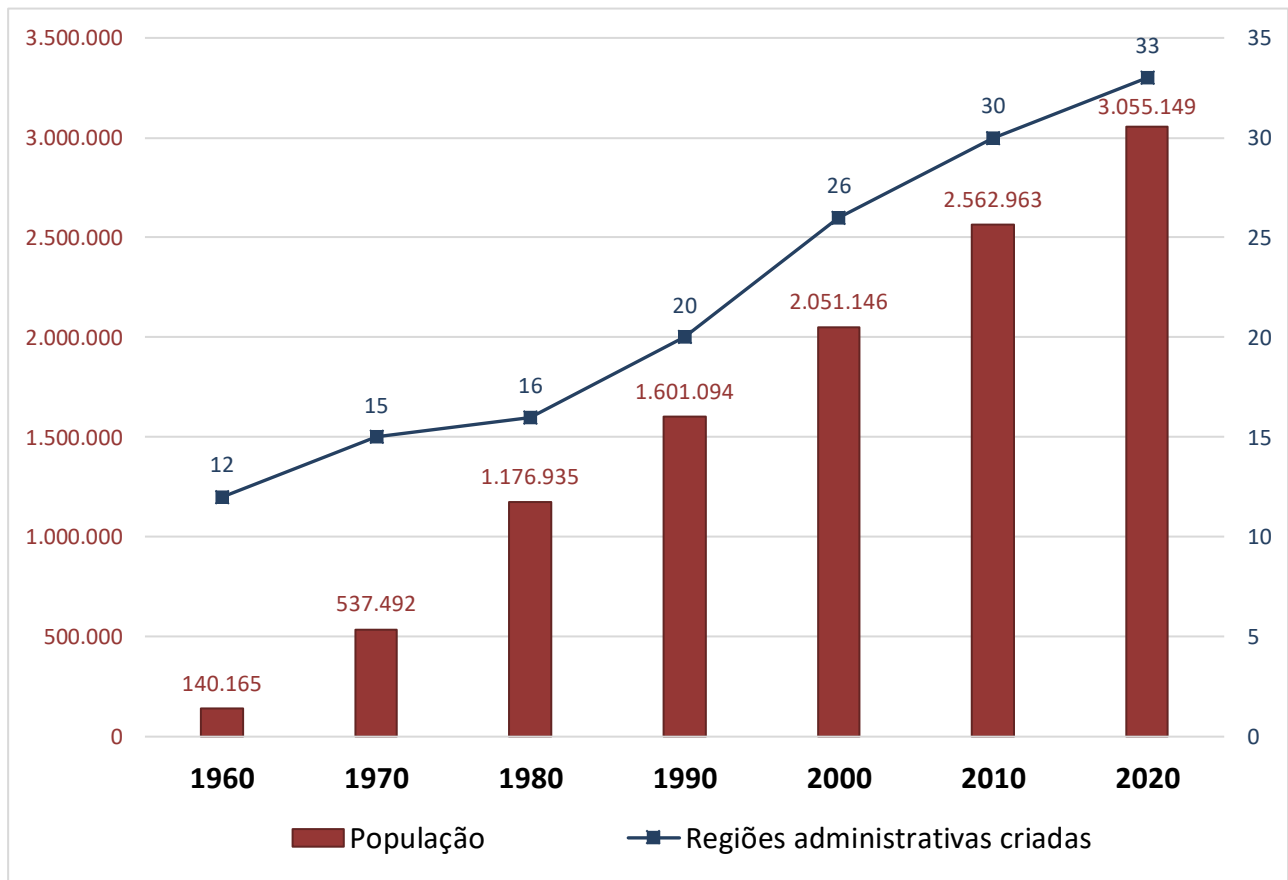
Já sobre as RA, desde os anos 80, foram criadas mais 17 RA, entre , sendo:

- Samambaia (1989);
- Vicente Pires (1989);
- Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA/Estrutural (1989);
- Riacho Fundo (1990);
- Varjão (1991)
- Sobradinho 2 (1991);
- Santa Maria (1993);
- São Sebastião (1993);
- Recanto das Emas (1993);
- Riacho Fundo 2 (1995);
- Águas Claras (2003);
- Sudoeste/Octogonal (2003);
- Jardim Botânico (2004);
- Itapoã (2005);
- Fercal (2019);
- Sol Nascente/Pôr do Sol (2019);
- Arniqueira (2019) ⁽⁷⁰⁾.

No ano de 2020, o DF, com suas 33 RA, apresentava uma população de 3.055.149 habitantes em um espaço territorial de 5.790 km², com densidade demográfica de 527,66 hab/km².

O **Gráfico 1** mostra a evolução do número de habitantes e de RA como meio de observar o crescimento da ocupação no DF.

Gráfico 1 – Número de habitantes e de regiões administrativas criadas por década. Distrito Federal, de 1960 a 2020.



Fonte: IBGE e SEGOV/DF. Elaboração própria.

Já quando observamos o número de habitantes por RA, 35,02% da população habitam nas quatro maiores RA em habitantes (Ceilândia, Samambaia, Plano Piloto e Taguatinga) das 33 RA do DF. Essa desigualdade na distribuição populacional nas RA do DF fica explícito na Figura 8 abaixo.

A alta densidade demográfica, existente nos grandes centros urbanos, é causado pelo fenômeno da verticalização⁽⁸³⁻⁸⁵⁾. Tal fato é definido pela construção de altos e numerosos edifícios, responsáveis por abrigar um grande número de pessoas em áreas cada vez mais reduzidas⁽⁸³⁻⁸⁵⁾. Sobre a densidade demográfica por RA, a Figura 9 apresenta 4 RA com a população mais condensada, sendo que três (Águas Claras, Cruzeiro e Sudoeste/Octogonal) por verticalização urbana e uma (Varjão) por ser aglomerado subnormal.

Figura 8 – Número de habitantes por regiões administrativas (RA). Distrito Federal, 2018.

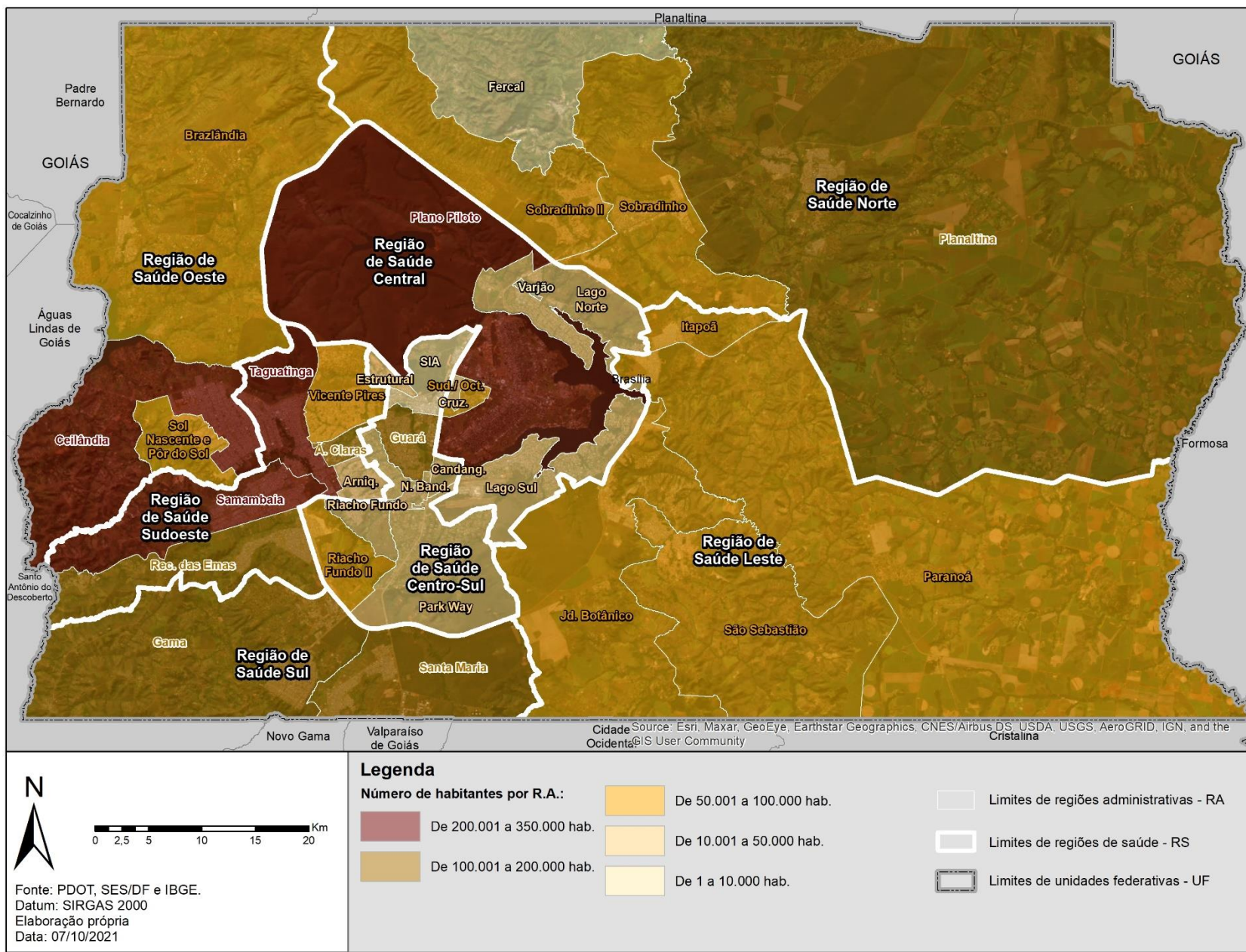
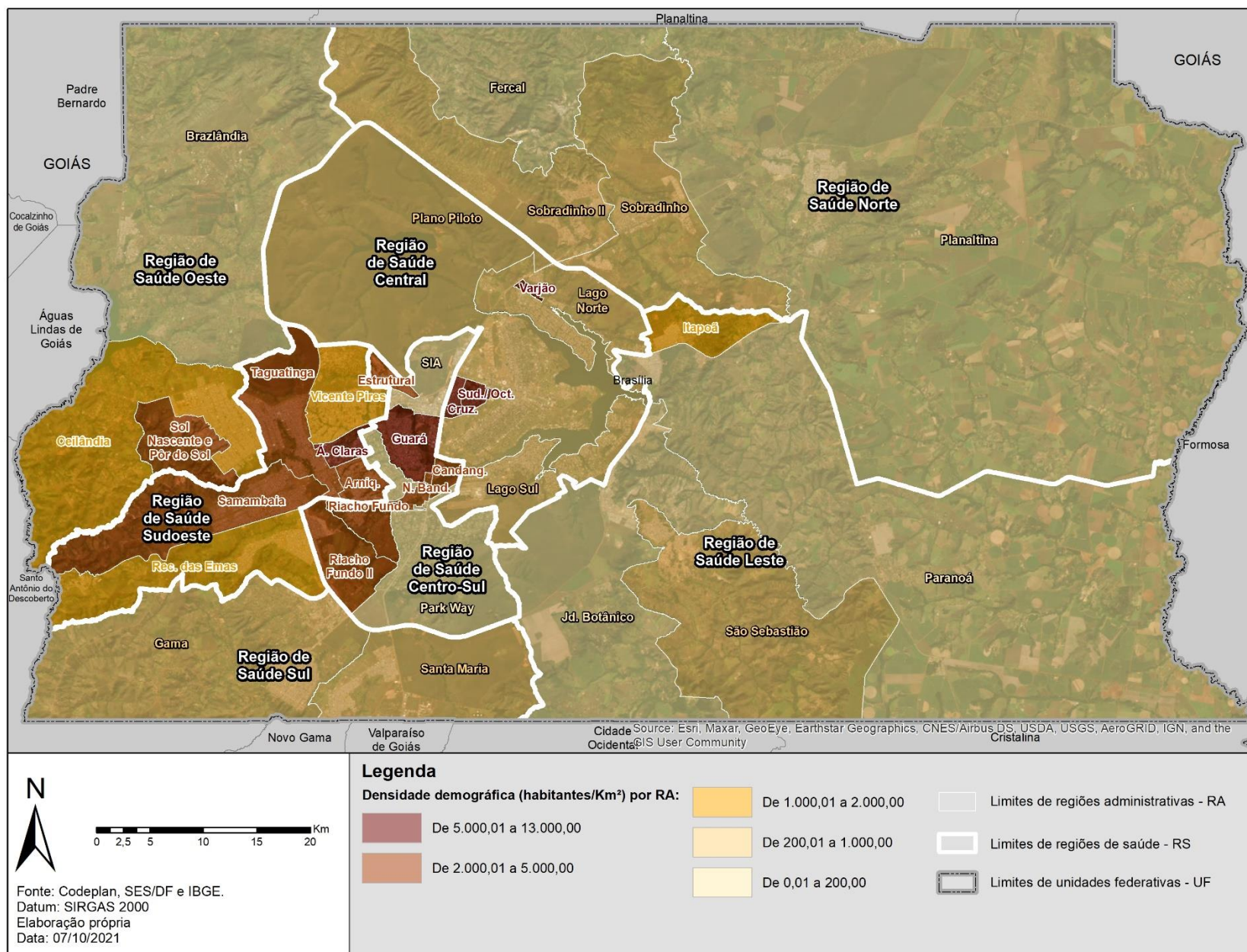


Figura 9 – Densidade demográfica (habitantes por km²) por por Regiões administrativas (RA). Distrito Federal, 2018.



Desde 1992, o DF tem Plano Diretor de Ordenamento Territorial (PDOT), revisado pela Lei Distrital Complementar nº 803, de 25 de abril de 2009⁽⁸⁶⁾. O PDOT é o dispositivo básico da política territorial e de norteamiento aos agentes públicos e privados para gestão das áreas urbanas, de expansão urbana e rural no DF⁽⁸⁶⁾. Por regular a ocupação territorial, se observa na Figura 10 as áreas reconhecidas e destinadas atualmente como urbanas e rurais ou de proteção ambiental. Dos 5.790,10 km² de área territorial do DF, 6,69% (387,29 km²) estão em zona urbana consolidada ou tombada, 13,40% (776,03 km²) estão em zona Urbana de uso controlado ou de expansão e qualificação, e 79,91% (4.626,78 Km²) estão macrozona rural ou de proteção integral.

Já a Figura 11 expõe a desigualdade da Renda domiciliar per capita entre as RA. O rendimento domiciliar per capita é calculado como a razão entre o total dos rendimentos domiciliares nominais e o total dos moradores de cada RA. São considerados tanto os rendimentos de trabalho como de outras fontes. Os dados fazem parte da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD)^(87,88).

A maior renda per capita do DF é de moradores do Lago Sul, que acumulam R\$ 8.355,04 mensais. O pior resultado é da Estrutural, com R\$ 573,34 per capita ao mês. O constraste entre essas duas RA expressa o desafio do abismo social dentro do próprio DF⁽⁸⁸⁾.

Figura 10 – Zoneamento urbano. Distrito Federal, 2022.

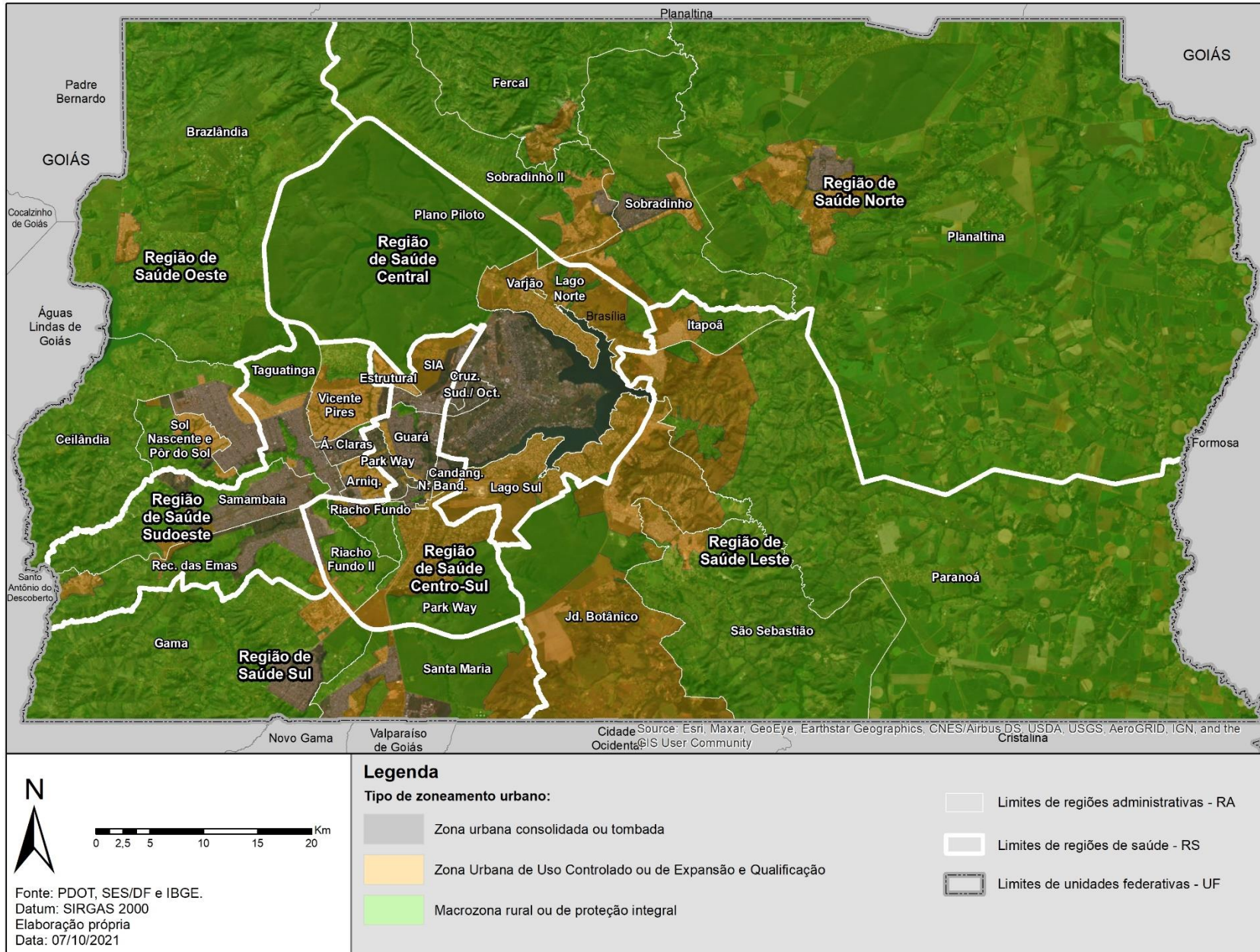
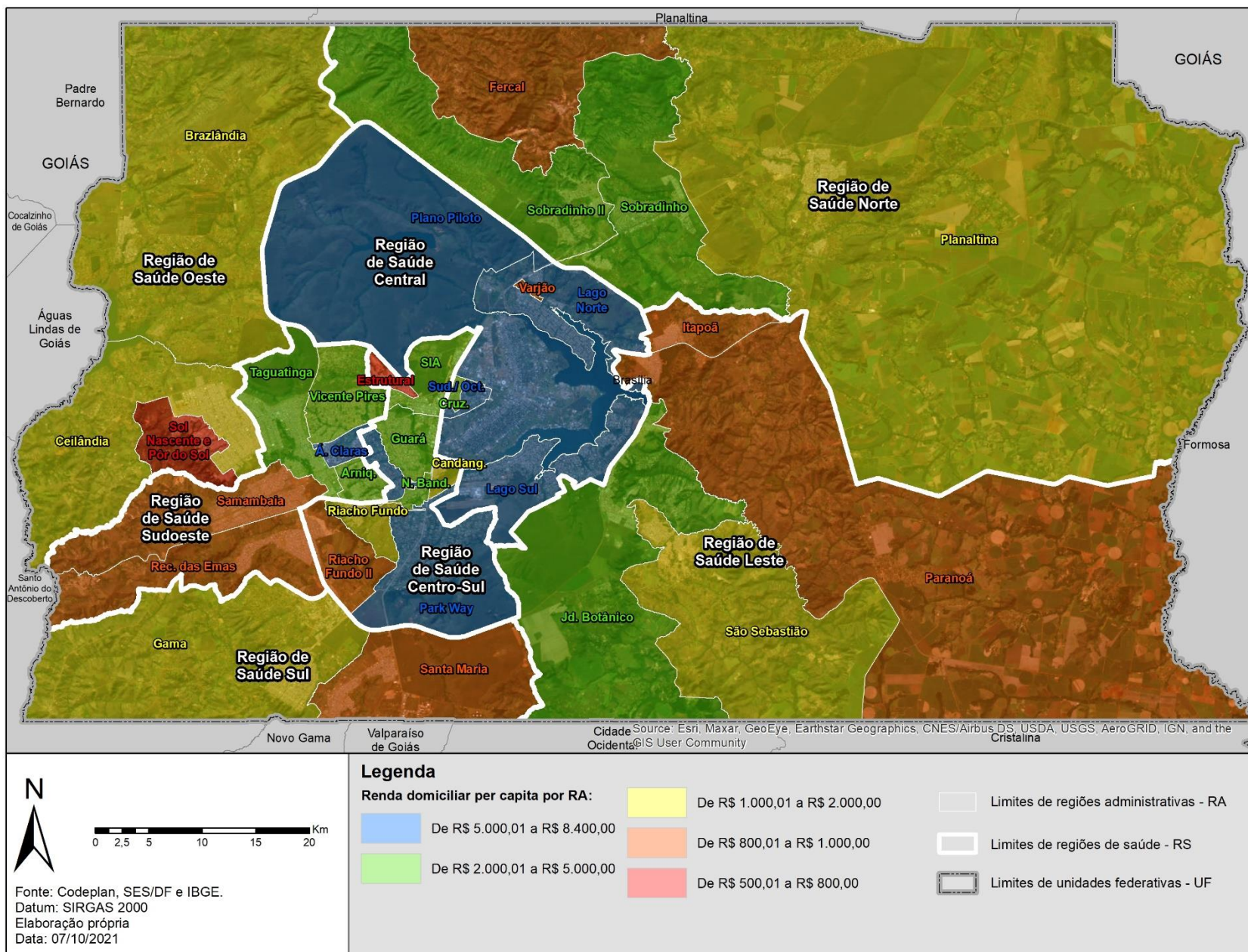


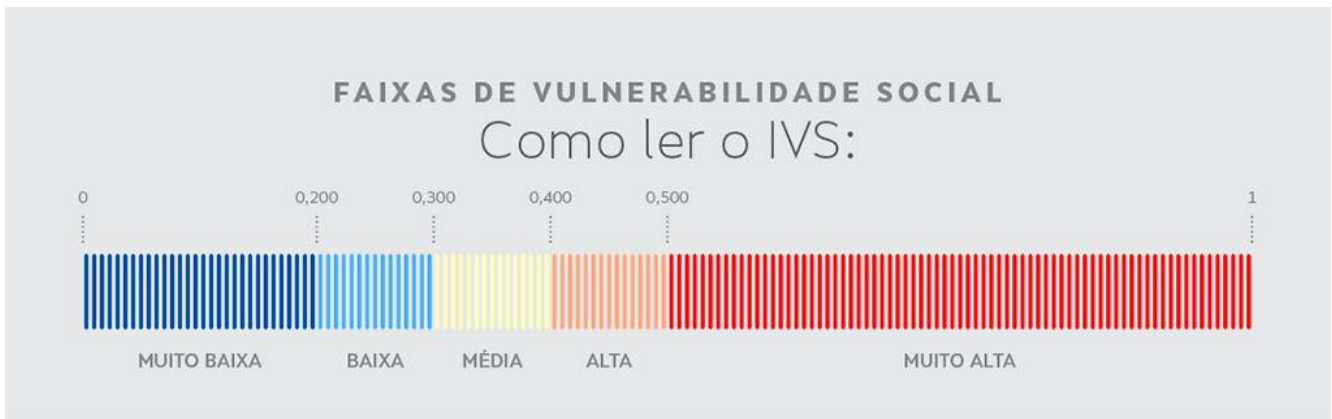
Figura 11– Renda domiciliar per capita por Regiões administrativas (RA). Distrito Federal, 2019.



O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) procura dar destaque a diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social, permitindo aos governos um detalhamento sobre as condições de vida de todas as camadas socioeconômicas, identificando àquelas que se encontram em vulnerabilidade e risco social^(89,90).

O IVS é um índice sintético que reúne indicadores relevantes para questões sociais, os quais, apresentados por meio de cartogramas e estruturados em diferentes dimensões. O resultado da média aritmética dos subíndices: IVS Infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho, cada um deles entra no cálculo do IVS final com o mesmo peso^(89,90).

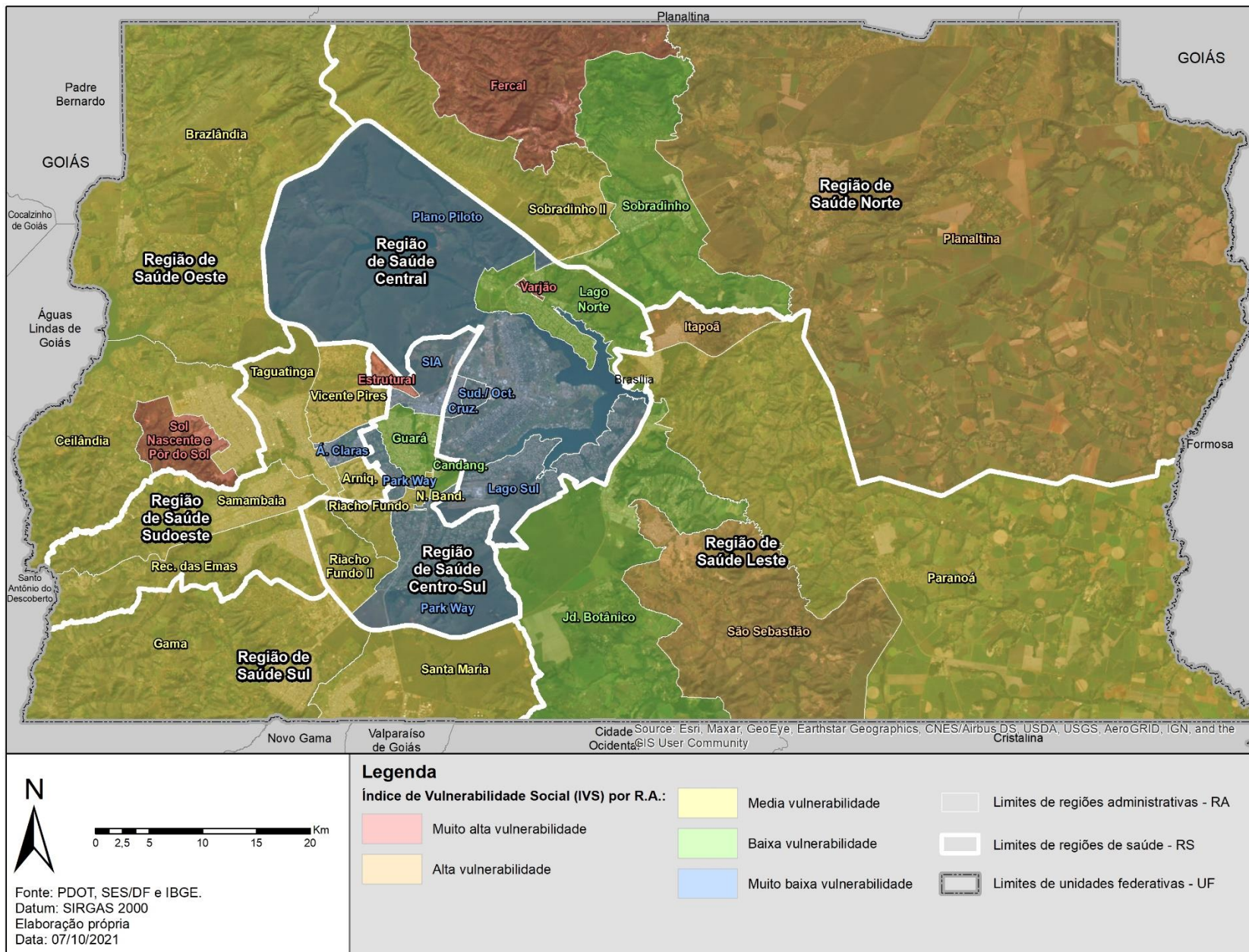
Figura 12 – Categorização do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS).



Fonte: Atlas da Vulnerabilidade Social (2015), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

A Figura 13 demonstra o nível de vulnerabilidade social em cada RA. A Estrutural, o Sol Nascente/Pôr do Sol e a Fercal estão em muito alta vulnerabilidade, enquanto há RA do DF em muito baixa vulnerabilidade, como Sudoeste/Octogonal, Águas Claras, Cruzeiro Plano Piloto, Lago Sul, SIA e Park Way. Isso releva mais o abismo social no DF, agora na perspectiva das condições precárias de moradia e saneamento, dos meios de subsistência inexistentes e da ausência de um ambiente familiar.

Figura 13 – Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por Regiões administrativas (RA). Distrito Federal, 2019.



A Figura 14 elucida os diferentes acessos a planos privados de saúde, como de forma complementar o percentual de pessoas dependentes exclusivamente do SUS.

Os planos privados de assistência à saúde atuam no SUS, representando-se como mais um meio produtor de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, na medida em que cobrem apenas uma parcela específica da população brasileira em que predominam: pessoas de maior renda familiar, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho; pessoas que avaliam seu estado de saúde como "muito bom" ou "bom"; moradores das capitais/regiões metropolitanas, locais em que o acesso à rede credenciada de prestadores de serviços e o número médio de prestadores por operadora é superior àquele observado nos municípios de menos de 80.000 habitantes⁽⁹¹⁾. Assim, beneficiando os já mais beneficiados⁽⁹¹⁾.

Nesta dimensão, enquanto Lago Sul, Sudoeste/Octogonal e Águas Claras tem mais de 80% de sua população beneficiária por planos privados de saúde, contrastando com Itapoã, Estrutural, Sol Nascente/Pôr do Sol, Paranoá, São Sebastião e Varjão que apresentam menos de 10% de sua população com planos de saúde.

Já Figura 15 exprime a organização da SES/DF em regiões de saúde (RS) com o mínimo de serviços de saúde a serem ofertados para população coberta. As 7 RS possuem superintendências que são responsáveis por gerir as políticas e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, na sua área de abrangência, tendo como eixo coordenador a APS, além de fortalecer a governança do SUS no território. As Superintendências devem promover, fortalecer e articular as ações de saúde de forma integrada na região.

A heterogeneidade do território do DF carrega um grande desafio para as políticas públicas, principalmente a de saúde. Pois um dos princípios do SUS é a equidade, que se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados⁽⁹²⁾.

Figura 14 – Percentual de habitantes com planos privados de saúde por Regiões administrativas (RA). Distrito Federal, 2020.

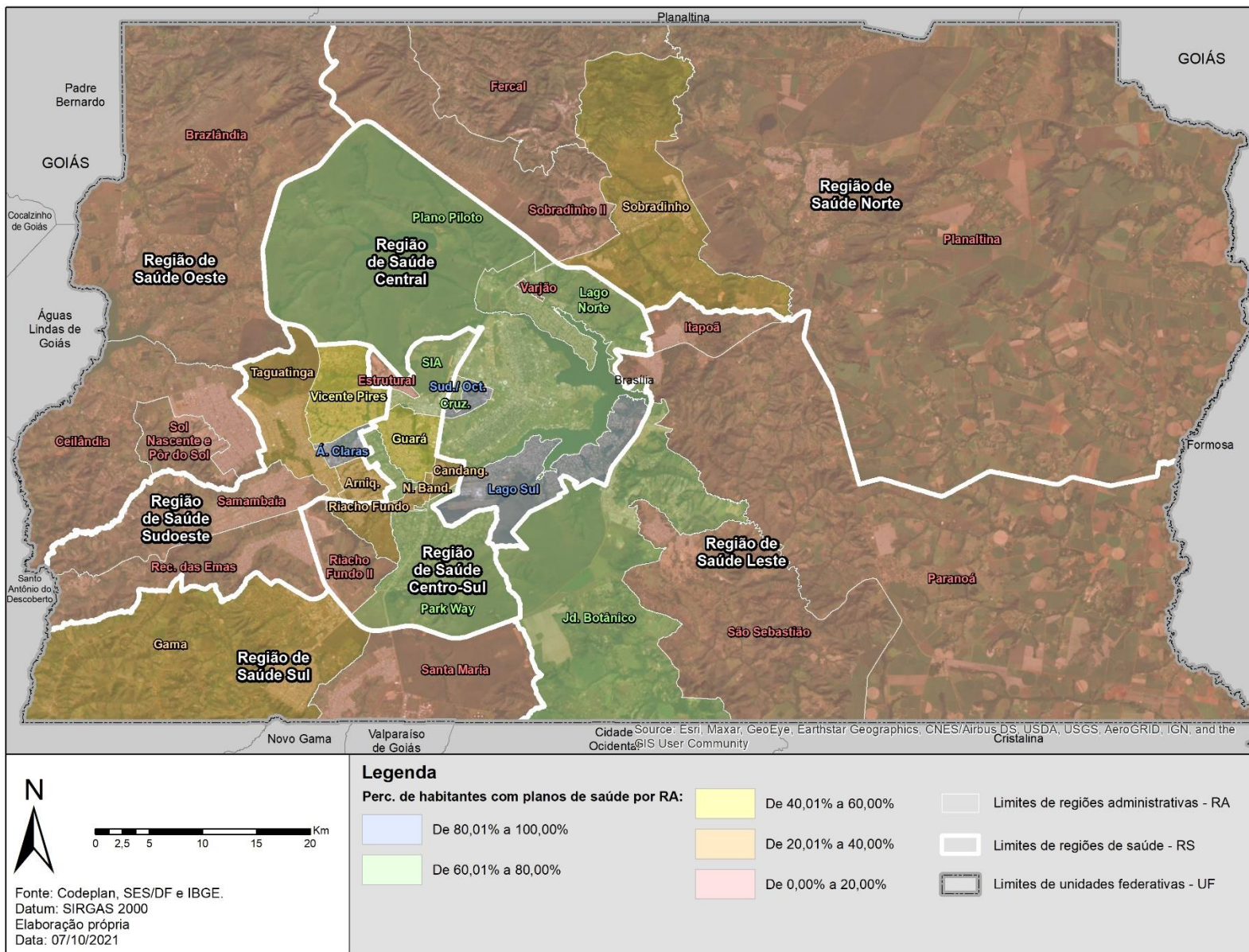
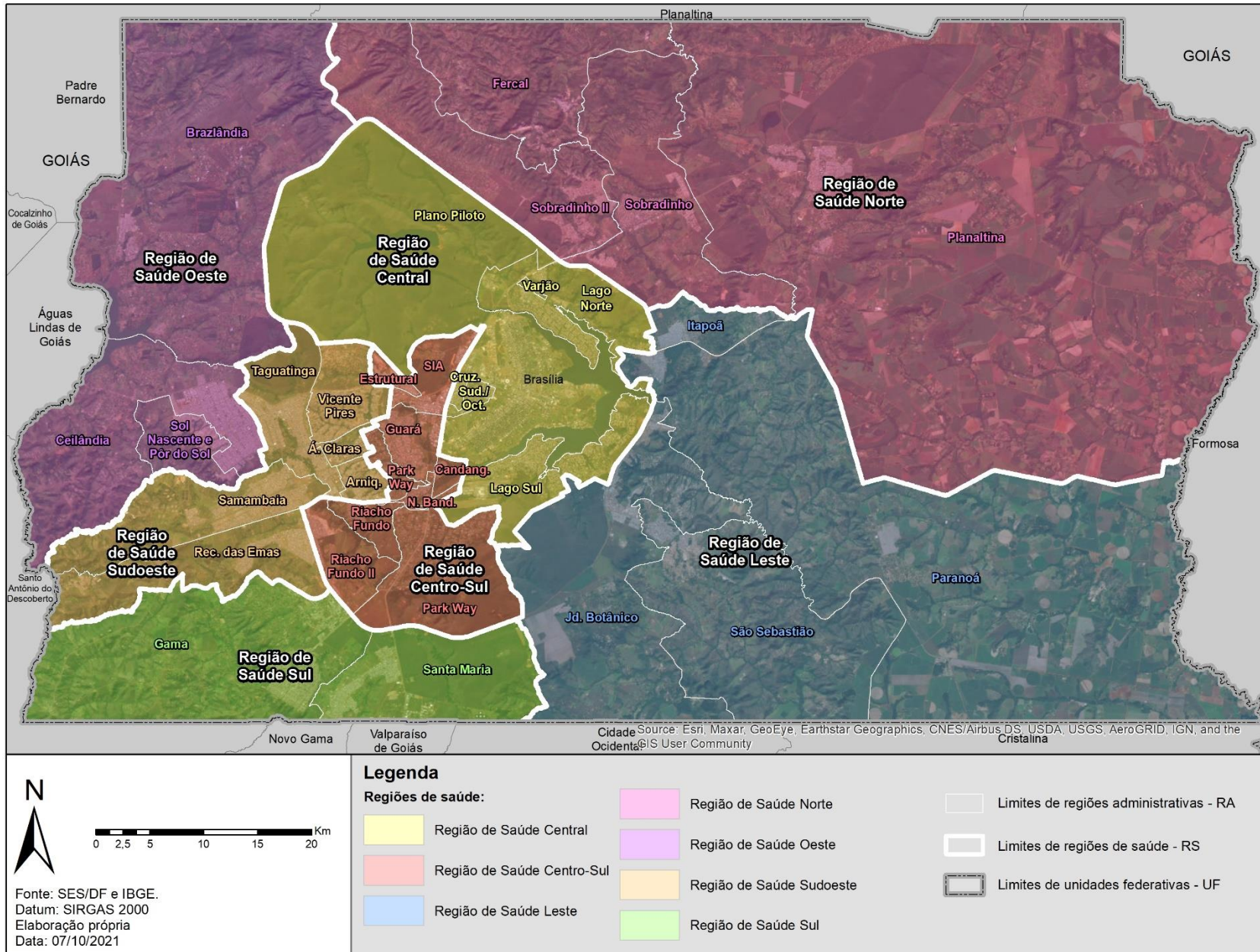


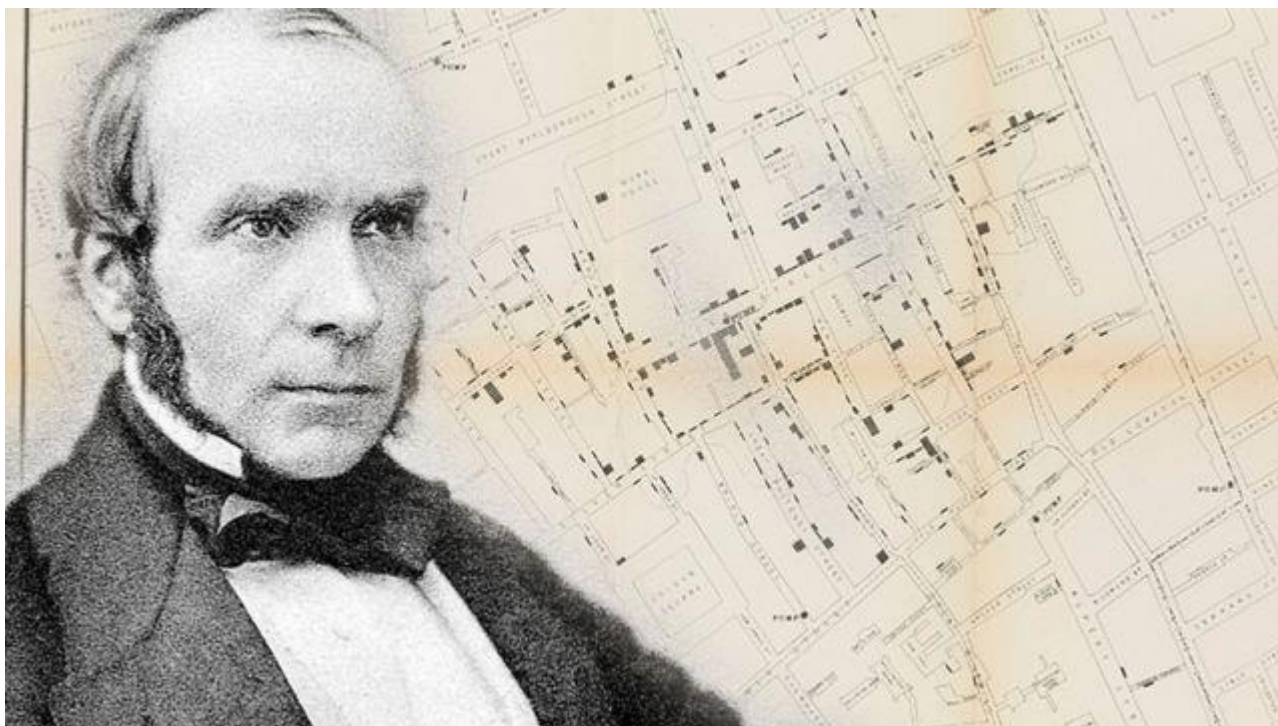
Figura 15 – Regiões administrativas e regiões de saúde. Distrito Federal, 2022.



2.8 Usos e aplicações das análises espaciais em saúde

As técnicas geográficas são usadas como ferramentas no campo dos estudos em saúde desde 1854 com as análises espaciais realizadas por John Snow para compreender a distribuição dos casos de cólera em Londres⁽⁹³⁾. As análises espaciais e as técnicas geográficas são importantes ferramentas para qualificar e fortalecer as decisões em saúde, pois colaboram para a melhor compreensão do contexto em saúde (Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde e Geoprocessamento aplicado à área da saúde)^(93,94).

Figura 16 – John Snow e seu mapa do surto de cólera em Londres, no ano de 1854.



Fonte: British Broadcasting Corporation (BBC).

Existe uma forte relação entre espaço e tempo e as desigualdades sociais e ambientais, pois a ocupação do espaço pela população gera impactos sociais, econômicos, culturais, políticos e sanitários⁽⁹⁵⁾. Dessa forma, tal temática possibilita a organização e execução do planejamento sobre ações distintas a partir da heterogeneidade de grupos socioespaciais dentro da mesma região⁽⁹⁴⁾.

A análise espacial é um processo de tratamento, cruzamento, exploração e modelagem de dados espacializados, que possibilita reflexões sobre os resultados^(94,96). O meio de análise espacial pode ser complexo, com a utilização de software de sistema de informação, mas também pode ser simples, a partir de desenhos em croqui ou alfinetes num mapa impresso em um quadro.

A análise espacial é empregada na área da saúde diversas finalidades, entre elas:

- quando o evento em estudo é gerado por fatores ambientais de difícil detecção a nível do indivíduo;
- na delimitação de áreas homogêneas segundo intervenção pretendida;
- quando o evento em estudo e os fatores relacionados têm distribuição espacialmente condicionada;
- no estudo de trajetórias entre itens, episódios e locais por meio da geolocalização⁽⁹⁷⁾.

Para além do que já foi destacado, é possível utilizar a análise espacial para a centralização e ou dispersão de um determinado evento, a organização espacial da rede de saúde, distâncias entre fatores de exposição ambiental, ou dados geográficos de infraestrutura urbana^(97,98).

Entre os métodos de estudos epidemiológicos, os estudos ecológicos são os que mais se apoiam na análise espacial para qualificar os dados, pois estão dirigidos para a distribuição de doenças e agravos, correlação em agregados populacionais, que geralmente são geográficos^(98,99). E quando geográficos, a correlação espacial, como outros métodos estatísticos, possibilita o cruzamento de outros indicadores, como demográficos, socioeconômicos, ambientais e epidemiológicos, podendo ser demonstrado de forma gráfica e estatística⁽⁹⁸⁻¹⁰⁰⁾.

Para melhor compreender o movimento da saúde mental no território e distribuição dos

equipamentos de saúde, a análise espacial e georreferenciamento é uma ferramenta de grande valia. O objetivo da análise espacial é inserir as dimensões do espaço em uma determinada análise⁽¹⁰¹⁾.

Com esse instrumento é possível ter uma visão espacial e real, e também identificar e traduzir padrões. Atrelada a análise espacial, para qualificar o resultado, é usado o mapa de fluxo⁽¹⁰²⁾. Essa peça é capaz de levar o trabalhador a exercitar a capacidade de visualizar de forma mais abrangente, porém não menos pontual às demandas do serviço, o que permite a melhor compreensão das ações já realizadas e intensificar a capacidade de monitorar e avaliar⁽¹⁰²⁾.

Como resultado da análise espacial, pode ser produzidos mapas, gráficos ou tabelas afim de demonstrar os achados do estudo⁽¹⁰³⁾.

2.9 Mapas de fluxo

A Regionalização em Saúde é a busca pela estruturação e distribuição técnica e espacial dos serviços, visando a melhoria da cobertura e acesso da população com máxima eficiência e maior alcance social, entretanto necessita da efetivação das redes de atenção à saúde⁽¹⁰⁴⁾.

A organização das redes de atenção à saúde estabelecem-se por meio de pontos de atenção à saúde, isto é, locais onde são ofertados serviços de saúde. Esses locais podem variar de acordo com o nível de complexidade dos tratamentos demandados, e podem chegar a ser referência do determinado cuidado para a população de uma área de abrangência⁽³⁸⁾.

A distribuição geográfica da oferta de serviços e de sua clientela é uma dimensão essencial para o planejamento e avaliação em saúde. A ligação visual desses elementos espacialmente num mapa criam fluxos. A criação desses fluxos podem informar a atração de um respectivo serviço, a dispersão da demanda de um determinado lugar na busca de um determinado cuidado em saúde, o deslocamento do usuário para o serviço ofertado e a distância entre a demanda e a oferta numa rede de saúde⁽¹⁰²⁾.

Como um instrumento, o mapa de fluxo é utilizado principalmente em estudos que visam examinar as relações regionais, identificar polos de referência e reconhecer áreas referenciadas, avaliar a qualidade do acesso aos serviços de saúde e as distâncias envolvidas no atendimento⁽¹⁰²⁾.

O mapa essencialmente é uma representação gráfica de um espaço, que possibilita a categorização de diversas informações em diversos formatos. E assim, o mapa de fluxo é uma categoria que simula o movimento linear do ponto inicial para o ponto de centralização, transcrevendo o deslocamento no espaço, como um itinerário ou uma

referência^(105,106).

Os tipos de mapas de fluxos são:

- • Mapa radial – um ponto de referência para muitos outros pontos;
- • Mapa de redes – os pontos referenciados poderiam ter mais de um ponto de referência;
- • Mapa distributivos – representa a difusão de ideias, de comércio ou de migração de uma população⁽¹⁰⁶⁾.

E os tipos de representação de fluxo podem ser:

- • Bidirecional – expressa tanto o fluxo de entrada e de saída de forma separada;
- • Bruto - expressa a interação circulante entre os dois pontos somados;
- • Balanço líquido – expressa o saldo entre a entrada e saída através de dois pontos, e informando o sentido preferencial⁽¹⁰⁶⁾.

Os mapas de fluxo ainda são pouco empregado na área da saúde, por conta da complexidade da elaboração; mas que compoem um enorme potencial de expressar de forma ilustrativa, descritiva e analítica situações de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a distância dos CAPS de referência em relação às UBS referenciadas e no Distrito Federal.

3.2 Objetivos específicos

1. Descrever a distribuição geográfica dos CAPS e as UBS de referência no Distrito Federal.
2. Relacionar as estruturas de saúde com o IVS de Vulnerabilidade Social, o zoneamento urbano e rural e o número de pessoas cadastradas e vinculadas às UBS.
3. Mapear o dimensionamento de profissionais de saúde de nível superior em CAPS em comparação à população cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas.

4. MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e ecológico, de caráter exploratório, partindo-se do georreferenciamento dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e das UBS, no DF, identificados e extraídos no CNES, na competência de junho de 2020, pelo registro de endereço. Estão excluídas do estudo as unidades apenas restritas à saúde prisional. Com base no Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (PDSM/DF) (2020-2023), definiu-se três grandes modalidades de perfil do atendimento de CAPS, podendo ser:

- CAPS Gerais (CAPS 1, CAPS 2 ou CAPS 3) - que atende pessoas a partir de 18 anos que apresentam intenso sofrimento psíquico;
- CAPSi (CAPSi ou CAPS 1) - que atende crianças e adolescentes que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes (até os 17 anos, 11 meses e 29 dias) ou sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas (até 15 anos, 11 meses e 29 dias);
- CAPS AD (CAPS AD, CAPS AD 3 ou CAPS 1) - que atende pessoas a partir dos 16 anos que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e/ou outras drogas.

O CAPS 1 foi incluindo nas modalidades de perfil do atendimento de CAPSi e CAPS AD por se tratar de uma habilitação para locais de menor população, onde passa a ser o único CAPS de referência da rede, englobando todo perfil de atendimento de saúde mental.

Ainda como fonte o PDSM/DF, foram identificadas as UBS referenciadas a partir de sua geo localização nas áreas de abrangências dos CAPS, levando em conta cada perfil do público de atendimento, já citado acima, e calculando a distância em quilômetros em linha reta dos CAPS de referência em relação às UBS referenciadas.

Como variáveis para análise, se buscou indicadores que retratam a situação socioeconômica nas diferentes áreas do DF. Os indicadores propostos foram:

- Índice de Vulnerabilidade Social (IVS): Referente ao Ano de 2018, e por regiões

administrativas (RA), este índice foi calculado, utilizando dados coletados pela Pesquisa Distrital de Amostra Domiciliar (Pdad), e disponibilizado pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), através do Portal de Informações Estatísticas do DF, por extração de planilha. Tem como objetivo retratar os aspectos da vulnerabilidade social vivenciada pela população do DF, a mensuração do acesso, da ausência ou da insuficiência em relação à infraestrutura e ambiência urbana, ao capital Humano, à renda e trabalho e à dimensão habitacional.

- Zoneamento urbano e rural: Como fonte o Plano Diretor de Ordenamento Territorial (PDOT) do DF, com atualização em 2020, o Zoneamento das Diretrizes Urbanísticas define o tipo de ocupação do solo do DF, está divulgado no GeoPortal DF.

No contexto populacional, como meio de mensurar o número de pessoas identificadas como usuárias do SUS nas áreas de abrangência de cada CAPS de referência, a partir da vinculação com APS, se utilizou o número de pessoas cadastradas e vinculadas, em equipes homologadas e não homologadas, em UBS do DF, na competência de outubro de 2022, extraída do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

A partir da extração da consulta de profissionais, na competência de outubro de 2022, utilizando-se os dados do SCNES, foram identificados 110.241 registros de profissionais, no Distrito Federal, em estabelecimentos de saúde públicos e privados. Utilizou-se a variável da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como meio de selecionar os profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias, reconhecidos pela Resolução CNS nº 218/1997, atuantes nos estabelecimentos identificados como CAPS:

1. Assistente Sociais;
2. Biólogos;
3. Profissionais de Educação Física;
4. Enfermeiros;
5. Farmacêuticos;
6. Fisioterapeutas;
7. Fonoaudiólogos;
8. Médicos;

9. Médicos Veterinários;
10. Nutricionistas;
11. Odontólogos;
12. Psicólogos;
13. Terapeutas Ocupacionais⁽¹⁰⁷⁾.

Para que se faça a mensuração da forma mais acurada, essa informação foi consolidada por CAPS, e somou-se o total de carga horária semanal de cada categoria profissional, e reconhecendo que a cada 40 horas somadas é equivalente a um profissional de saúde em horário integral, cinco dias por semana, o chamado Full Time Equivalent – FTE. Com esse método, foi reconhecido que, dos 107 registros de profissionais de saúde de nível superior atuantes na assistência dos CAPS, havia a somatória de 3.702 horas de carga horárias semanais, que equivalem a 92,55 profissionais de saúde de nível superior atuantes na assistência dos CAPS no DF.

Com o equivalente (FTE) ao número de profissionais de saúde de nível superior atuantes na assistência por CAPS e com o número de pessoas cadastradas e vinculadas, em UBS do DF, consolidados e somados pelos CAPS de referência das UBS, se calculou o indicador de relação de FTE de profissionais de saúde de nível superior atuantes na assistência por CAPS para cada mil pessoas cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas. Este indicador busca mensurar a nível de oferta de CAPS, diante do tamanho de sua força de trabalho em saúde, frente a população que deve ser coberta.

Para o tratamento e consolidação dos dados, cálculo do intervalo de confiança, de percentuais e de taxas e a criação dos gráficos e tabelas, se utilizou o software Excel® (Microsoft Office, 2016).

Com o QGIS (versão 3.20.2, Odense), sistema de informação geográfica livre e de código aberto, se fez o georreferenciamento, a análise espacial e elaboração dos mapas.

Nos mapas foi utilizado o formato de mapa de fluxo. Para a elaboração dos mapas, foram utilizadas as malhas digitais dos websites do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Governo do Distrito Federal, por meio da plataforma Geo Portal DF, e por camadas criadas a partir do georreferenciamento dos endereços dos serviços de saúde, tanto o ponto de localização, como as linhas de ligação dos CAPS de referência para as UBS referenciadas.

4.1 Aspectos éticos

Por se tratar de dados secundários, não nominais e disponíveis publicamente, não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa conforme estabelece a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Artigo – Distribuição espacial dos centros de atenção psicossocial (CAPS) no Distrito Federal: atenção primária referenciada e iniquidades em saúde (submetido na revista acadêmica Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ – 2022)

Sidclei Queiroga de Araujo¹; Marcelo Pedra Martins Machado²; Walter Massa Ramalho³; Thamires Alves Aguiar⁴.

¹ Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências de Saúde - Universidade de Brasília. 70910-900. Asa Norte, Brasília – DF. queiroga.unb@gmail.com

² Núcleo de Estudos de Saúde Pública. Universidade de Brasília (DF).

³ Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências de Saúde - Universidade de Brasília.

⁴ Programa de Residência de Enfermagem em Obstetrícia. Escola Superior de Ciências da Saúde. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (DF).

Resumo

Objetivo: Analisar a distribuição geográfica dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Distrito Federal (DF), a partir de sua distância para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) referenciada, e o perfil de sua geolocalização a fim de entender as possíveis desigualdades no dimensionamento da rede. **Método:** Trata-se de estudo descritivo e ecológico, partindo-se do georreferenciamento dos CAPS e das UBS, no DF, identificados e extraídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no mês de 07/2020, pelo registro de endereço. Se buscou indicadores que retratam a situação socioeconômica nas diferentes áreas do DF. **Resultados:** No presente estudo foi identificada uma distribuição geográfica desigual entre as regiões de saúde (RS) do DF para a oferta de CAPS, principalmente quando se observa os perfis de vulnerabilidade social para a distância das UBS com os CAPS em suas

diferentes modalidades do perfil de atendimento. Isso, reforça as teorias da Lei dos Cuidados Inversos e a da Hipótese da Equidade Inversa, que expressa que a oferta de serviços e profissionais de saúde tendem a se concentrar em lugares mais privilegiados e carecendo nos locais mais vulneráveis socialmente, ou seja, gerando mais iniquidade.

Conclusão: Este estudo traz à luz sobre como a rede está organizada no território para este momento de adversidade. A potência dos CAPS, entre outros os serviços de saúde mental, relaciona-se a uma proposta de mudança do cuidado de saúde mental para uma abordagem psicossocial, humanizada e territorializada, matriciando as equipes nas UBS.

Palavras-chave: Saúde mental, Análise espacial, Serviços de saúde mental, Atenção Primária à Saúde, Iniquidades em Saúde.

Abstract

Objective: To analyze the geographic distribution of psychosocial care centers (CAPS) in the Federal District (DF), from their distance to each referenced basic health unit (UBS), and the profile of their geolocation, in order to understand the possible inequalities in access to the organization of the network. **Method:** This is a descriptive and ecological study, based on the georeferencing of CAPS and UBS, in the DF, identified and extracted from the National Registry of Health Establishments (CNES), in the month of 07/2020, by the address record. Indicators that portray the socioeconomic situation in the different areas of the DF were sought. **Results:** In the present study, an unequal geographic distribution was identified between the health regions of the DF for the offer of CAPS, especially when observing the profiles of social vulnerability and income for the distance of the UBS with the CAPS in their different modalities of the profile of attendance. This reinforces the theories of the Inverse Care Law and the Inverse Equity Hypothesis, which expresses that the supply of health services and professionals tend to be concentrated in more privileged places and lacking in the most socially vulnerable places, that is, generating more iniquity. **Conclusion:** This study

sheds light on how the network is organized in the territory for this moment of adversity. The power of CAPS, among other mental health services, is related to a proposal to change mental health care to a psychosocial, humanized and territorialized approach, matrixing the teams in the UBS.

Keywords: Mental Health, Spatial analysis, mental health services, Primary Health Care, Health Inequities.

INTRODUÇÃO

Desde a sua concepção, o Sistema Único de Saúde (SUS) é construído pelas 3 esferas de governo, por um princípio de territorialidade, a fim de superar todos os desafios e proporcionar uma melhor atenção à saúde da população(1,2).

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que ocorreu de forma concomitante a implementação do SUS, os hospitais psiquiátricos, no modelo biomédico e asilar-manicomial, estão sendo gradualmente substituídos por uma rede integrada ao sistema de saúde(3,4). Com isso, a desinstitucionalização de egressos de longas internações psiquiátricas passou a ser a principal estratégia para mudança do modelo psicossocial, orientado por medidas para diminuição das internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos, fortalecendo o tratamento e o cuidado no território em serviços de base comunitária(4-7).

Esses novos serviços, chamados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), eram concebidos como unidades de saúde mental territorializadas para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente que necessitem de um cuidado ainda mais especializado, constituindo como um serviço estratégico para a estrutura que seria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)(4,6,8).

A RAPS, com o embrião na Política Nacional de Saúde Mental, Lei Federal nº 10.216/2001, e instituída oficialmente pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, foi

criada com o objetivo de organização dos pontos de atenção de saúde mental, incluindo a criação, a ampliação e a articulação com os demais serviços do SUS para responsabilização do cuidado compartilhado e interdisciplinar das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades consequentes do uso de crack, álcool e outras drogas(9,10).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), entre elas a RAPS, são estruturas organizacionais de ações e serviços de saúde, de diversificadas densidades tecnológicas, para constituir a integração dos vários pontos de atenção, otimizando os recursos de saúde e proporcionando princípio da integralidade aos usuários do SUS(11). Assim, a RAPS possui amplo atendimento voltado à saúde mental, transversal aos diferentes níveis de atenção à saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- 1- atenção básica em saúde ou Atenção Primária à Saúde (APS)
- 2- atenção psicossocial especializada;
- 3- atenção de urgência e emergência;
- 4- atenção residencial de caráter transitório;
- 5- atenção hospitalar;
- 6- estratégias de desinstitucionalização;
- 7- reabilitação psicossocial(10).

Os CAPS, instituídos ainda pela Portaria MS/GM nº 336, de 19/02/2002, destacam-se por serem serviços da atenção psicossocial especializada na RAPS, de caráter aberto e comunitário, formados por equipes multiprofissionais (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outras categorias profissionais) atuantes na

perspectiva interdisciplinar(12). Os atendimentos são realizados na perspectiva da Atenção Psicossocial, podendo acontecer nos processos de reabilitação psicossocial em pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com consequências pelo uso persistente de álcool e/ou outras drogas, encaminhadas predominantemente pelas unidades básicas de saúde (UBS), na APS, que referencia ou por demanda espontânea prioritariamente de sua área de cobertura, ou mesmo em situações de crise. O cuidado é elaborado por meio de projeto terapêutico singular (PTS), envolvendo toda a equipe de saúde, o usuário e sua família em sua construção, com as atividades se desenvolvendo principalmente em ambientes coletivos(6,10,13).

Segundo a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/DEVIC/SAPS/MS), existem 2.836 estabelecimentos de saúde habilitados como CAPS no Brasil, em junho de 2022, sendo 1.428 centros de atenção psicossocial 1 (CAPS 1), 528 Centros de Atenção Psicossocial 2 (CAPS 2), 126 Centros de Atenção Psicossocial 3 (CAPS 3), 285 Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), 331 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 2 (CAPS AD 2), 135 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 3 (CAPS AD 3) e 3 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 4 (CAPS AD 4)(14).

A APS, por meio das UBS, como coordenadora do cuidado, ordenadora das redes, referência no território e principalmente por sua proximidade com as famílias e as comunidades, são serviços responsáveis pelo primeiro acolhimento, pela identificação dos riscos, da oferta do cuidado ao longo do tempo (longitudinalidade), e da

integralidade às pessoas com sofrimentos mentais, incluindo os vinculados ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, quando não em crises graves(6,15,16). Para isso e para os locais em que a cobertura dos CAPS não é suficiente a sua demanda, as UBS ampliam a sua resolutividade a partir de suporte para as discussões de casos e intervenções terapêuticas que exigem um cuidado mais complexo de saúde mental com os profissionais especialistas da Atenção Psicossocial, qualificando a atenção por intermédio de apoio matricial/matriciamento às UBS(17-20). Essa sendo uma metodologia facilitadora ao acesso de usuários de saúde mental aos serviços de saúde, a partir da capilaridade APS(21).

No cenário do Distrito Federal (DF), durante a Reforma Psiquiátrica, o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo (HPSVP), centralizava aproximadamente 80% dos atendimentos de transtornos mentais, sendo o único estabelecimento psiquiátrico de referência no DF(22,23). Com o início das modificações para qualificação da oferta de atendimento dos serviços de saúde mental no DF, em 1987, houve a criação do Instituto de Saúde Mental e posteriormente o surgimento dos primeiros CAPS(22,24).

Hoje, a RAPS do DF é orientada pelo Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (PDSM/DF) (2020 – 2023), aprovada pelo Conselho de Saúde do DF(25).

Contudo, a distribuição no território dos componentes da rede de saúde pode gerar equidade ou mais inequidade(26). Pois, a forma como está organizada a oferta dos serviços à população, pode ocasionar um dos muitos elementos causadores ou impeditivos das desigualdades sociais em saúde, tendo em vista que o acesso, oferta

e uso desigual dos serviços de saúde são características comuns aos sistemas de saúde(26,27).

Neste sentido, para refletir sobre as desigualdades na oferta de serviços de saúde, se destacam duas teorias: Lei dos Cuidados Inversos e a Hipótese da Equidade Inversa(28-31). A Lei dos Cuidados Inversos, teorizada em 1971 por Hart, explicita um fenômeno universal sobre a inequidade na organização espacial dos serviços e da força de trabalho na saúde em relação à demanda e à vulnerabilidade(28,31). Já a Hipótese da Equidade Inversa evidencia a tendência de como as desigualdades se estabelecem em indicadores de saúde, e como as inovações em saúde tendem a ser inseridas inicialmente para a parte da população mais privilegiada e com menor necessidade(29-31).

Diante disso, este artigo objetiva avaliar a distribuição espacial dos CAPS, no território do DF, levando em consideração a distância dos CAPS para as UBS que são referências para os CAPS, e o perfil de sua geolocalização, a fim de entender as possíveis desigualdades no acesso frente à organização da rede de saúde mental.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e ecológico, de caráter exploratório, partindo-se do georreferenciamento dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e das UBS, no DF, identificados e extraídos no CNES, na competência de junho de 2020, pelo registro de endereço. Estão excluídas do estudo as unidades apenas restritas à saúde prisional.

Com base no Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (PDSM/DF) (2020-2023), definiu-se três grandes modalidades de perfil do atendimento de CAPS, podendo ser:

- CAPS Gerais (CAPS 1, CAPS 2 ou CAPS 3) - que atende pessoas a partir de 18 anos que apresentam intenso sofrimento psíquico;
- CAPSi (CAPSi ou CAPS 1) - que atende crianças e adolescentes que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes (até os 17 anos, 11 meses e 29 dias) ou sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas (até 15 anos, 11 meses e 29 dias);
- CAPS AD (CAPS AD, CAPS AD 3 ou CAPS 1) - que atende pessoas a partir dos 16 anos que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e/ou outras drogas.

O CAPS 1 foi incluindo nas modalidades de perfil do atendimento de CAPSi e CAPS AD por se tratar de uma habilitação para locais de menor população, onde passa a ser o único CAPS de referência da rede, englobando todo perfil de atendimento de saúde mental.

Ainda como fonte o PDSM/DF, foram identificadas as UBS referenciadas a partir de sua geo localização nas áreas de abrangências dos CAPS, levando em conta cada perfil do público de atendimento, já citado acima, e calculando a distância em quilômetros em linha reta entre os CAPS de referência e as UBS referenciadas.

Como variáveis para análise, se buscou indicadores que retratam a situação socioeconômica nas diferentes áreas do DF. Os indicadores propostos foram:

- Índice de Vulnerabilidade Social (IVS): Referente ao Ano de 2018, e por regiões administrativas (RA), disponibilizado pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan).
- Zoneamento urbano e rural: Como fonte o Plano Diretor de Ordenamento Territorial (PDOT) do DF, com atualização em 2020, divulgado no GeoPortal DF.

No contexto populacional, se utilizou o número de pessoas cadastradas e vinculadas, em equipes homologadas e não homologadas, em UBS do DF, na competência de outubro de 2022, extraída do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). E, com a soma do número de pessoas cadastradas pelas UBS por cada CAPS de referência, se chegou ao número de pessoas identificadas como usuárias do SUS, a partir da vinculação com APS, nas áreas de abrangência de cada CAPS de referência.

A partir da extração da consulta de profissionais, do CNES, na competência de outubro de 2022, e utilizou-se a variável da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como meio de selecionar os profissionais de saúde de nível superior, delimitados Resolução CNS nº 218/1997, nos estabelecimentos identificados como CAPS.

Para que se faça a mensuração da forma mais acurada, essa informação foi consolidada por CAPS, e somou-se o total de carga horária semanal de cada categoria profissional, e reconhecendo que a cada 40 horas somadas é equivalente a um profissional de saúde em horário integral, cinco dias por semana, o chamado Full Time Equivalent – FTE.

Com o equivalente (FTE) ao número de profissionais e com o número de pessoas cadastradas em UBS consolidados pelos CAPS de referência das UBS, se calculou o indicador de relação de profissionais de saúde (FTE) em CAPS para cada mil pessoas cadastradas nas UBS referenciadas.

Para o tratamento e consolidação dos dados, cálculo do intervalo de confiança, de percentuais e de taxas e a criação dos gráficos e tabelas, se utilizou o software Excel® (Microsoft Office, 2016).

Com o QGIS (versão 3.20.2, Odense), sistema de informação geográfica livre e de código aberto, se fez o georreferenciamento, a análise espacial e elaboração dos mapas.

Por se tratar de dados secundários, não nominais e disponíveis publicamente, não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa conforme estabelece a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição espacial dos 18 CAPS e das 164 UBS identificadas em todo o DF, por cada região de saúde (RS) e por cada RA. A RS Sudoeste, com 829.672 habitantes e 33 UBS, conta com 5 CAPS (1 CAPS II, 1 CAPS III, 2 CAPSi e 1 CAPS AD III); a RS Norte, com 355.006 habitantes e 34 UBS, conta com 3 CAPS (1 CAPS II, 1 CAPSi e 1 CAPS AD II); a RS Central, com 392.698 habitantes e 9 UBS, conta com 3 CAPS (1 CAPS II, 1 CAPSi e 1 CAPS AD III); a RS Leste, com 313.563 habitantes e 24 UBS, conta com 2 CAPS (1 CAPS II e 1 CAPS AD II); a RS Centro-Sul, com 380.797 habitantes e 18 UBS, conta com 2 CAPS (1 CAPS II e 1 CAPS AD II); a RS Oeste, com 507.851 habitantes e 27 UBS, conta com 2 CAPS (1 CAPS I e 1 CAPS AD III); e a RS Sul, com 272.959 habitantes e 19 UBS, conta com 1 CAPS (1 CAPS AD II).

Na relação de CAPS por 100 mil habitantes, independentemente de sua modalidade, também demonstrado no Quadro 1, a RS Norte apresenta a proporção de 0,85, a RS Central fica com 0,76, a RS Leste contém 0,64, a RS Sudoeste possui 0,6, a RS Centro-Sul apresenta 0,53, a RS Oeste dispõe de 0,39 e a RS Sul de 0,37. E na relação de UBS por CAPS, a RS Central tem 3 UBS para cada CAPS, a RS Sudoeste tem 6,6, a RS Norte tem 11,33, a RS Leste tem 12, a RS Oeste tem 13,5 e a RS Sul tem 19 UBS para cada CAPS.

Tabela 1 - Quantidade de UBS e de CAPS e relações de CAPS por 100 mil habitantes e de UBS por CAPS por RS. DF, 2020.

RS	População em 2020	UBS	CAPS 1	CAPS 2	CAPS 3	CAPSi	CAPS AD 2	CAPS AD 3	CAPS (todos os tipos)	Relação de CAPS por 100 mil hab.	Relação de UBS por CAPS
Central	392.698	9	0	1	0	1	0	1	3	0,76	3
Centro Sul	380.797	18	0	1	0	0	1	0	2	0,53	9
Leste	313.563	24	0	1	0	0	1	0	2	0,64	12
Norte	355.006	34	0	1	0	1	1	0	3	0,85	11,33
Oeste	507.851	27	1	0	0	0	0	1	2	0,39	13,5
Sudoeste	829.672	33	0	1	1	2	0	1	5	0,6	6,6
Sul	272.959	19	0	0	0	0	1	0	1	0,37	19
DF	3.052.546	164	1	5	1	4	4	3	18	0,59	9,11

Fonte: Codeplan, PDSM/DF e CNES.

Quando a análise se dá pela modalidade de perfil de atendimento, como CAPS Gerais, CAPSi e CAPS AD, o PDSM organiza os CAPS para referenciar UBS de outras RS, já que pode ter RS sem pelo menos um dos 3 tipos de modalidade de CAPS afim de suprir a demanda.

Entre as UBS referenciadas e os CAPS de referências, apontados nas Figuras 1a, 1b, 1c, 2a, 2b e 2c, apresentam-se diferentes distâncias sob a perspectiva das RS e das modalidades de CAPS, explicitando as desigualdades espaciais na organização da rede de saúde.

Na modalidade de perfil de atendimento de CAPS Gerais (CAPS 1, CAPS 2 ou CAPS 3), as RS Central, Centro-Sul, Oeste e Sudoeste apresentam respectivamente 100% (n = 9), 77,78% (n = 14), 92,59% (n = 25) e 93,94% (n = 31) de suas UBS com até 10 km de distância dos CAPS de referência. Já as RS Norte, Leste e Sul possuem respectivamente 61,76% (n = 21), 75% (n = 18) e 100% (n = 19) de suas UBS com mais

de 10 km de distância dos CAPS de referência.

Na modalidade de perfil de atendimento de CAPSi (CAPSi ou CAPS 1), as RS Central, Oeste e Sudoeste apresentam respectivamente 100% (n = 9), 92,59% (n = 25) e 93,94% (n = 31) de suas UBS com até 10 km de distância dos CAPS de referência. Já as RS Centro-Sul, Leste, Norte e Sul possuem 66,67% (n = 12), 100% (n = 24), 64,71% (n = 22) e 89,47% (n = 17) de suas UBS com mais de 10 km de distância dos CAPS de referência.

Na modalidade de perfil de atendimento de CAPS AD (CAPS AD, CAPS AD 3 ou CAPS 1), as RS Central, Centro-Sul, Oeste, Sudoeste e Sul apresentam respectivamente 88,89% (n = 8), 66,66% (n = 12), 92,59% (n = 25), 87,88% (n = 29) e 84,21% (n = 16) de suas UBS com até 10 km de distância dos CAPS de referência. Já as RS Leste e Norte possuem 75% (n = 18) e 64,71% (n = 22) de suas UBS com mais de 10 km de distância dos CAPS de referência.

Na perspectiva da vulnerabilidade social, 11,11% (n = 2) dos CAPS estão em RA que apresentam o IVS em alta ou muito alta vulnerabilidade, 61,11% (n = 11) dos CAPS se localizam em RA com o IVS em média vulnerabilidade, e 27,78% (n = 5) dos CAPS se encontram em RA de IVS em baixa ou muito baixa vulnerabilidade. Já na APS, 25% (n = 41) das UBS estão em RA que apresentam o IVS em alta ou muito alta vulnerabilidade, 61,59% (n = 101) das UBS estão em RA que apresentam o IVS em média vulnerabilidade, e apenas 13,41% (n = 22) das UBS se encontram em RA de IVS em baixa ou muito baixa vulnerabilidade.

Sob a perspectiva do zoneamento urbano e rural do DF, 77,78% (n = 14) dos CAPS estão em zona urbana consolidada ou tombada, 16,67% (n = 3) dos CAPS se localizam em zona urbana de uso controlado ou de expansão e qualificação, e apenas 5,56% (n = 1) dos CAPS se encontram em macrozona rural ou de proteção integral. Já na APS, 51,22% (n = 84) das UBS estão em zona urbana consolidada ou tombada, 31,71% (n = 52) das UBS estão em zona urbana de uso controlado ou de expansão e qualificação, e apenas 17,07% (n = 28) das UBS se encontram em macrozona rural ou de proteção integral.

Figura 1a – Geolocalização dos CAPS Gerais e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por regiões administrativas. DF, 2018 e 2020.

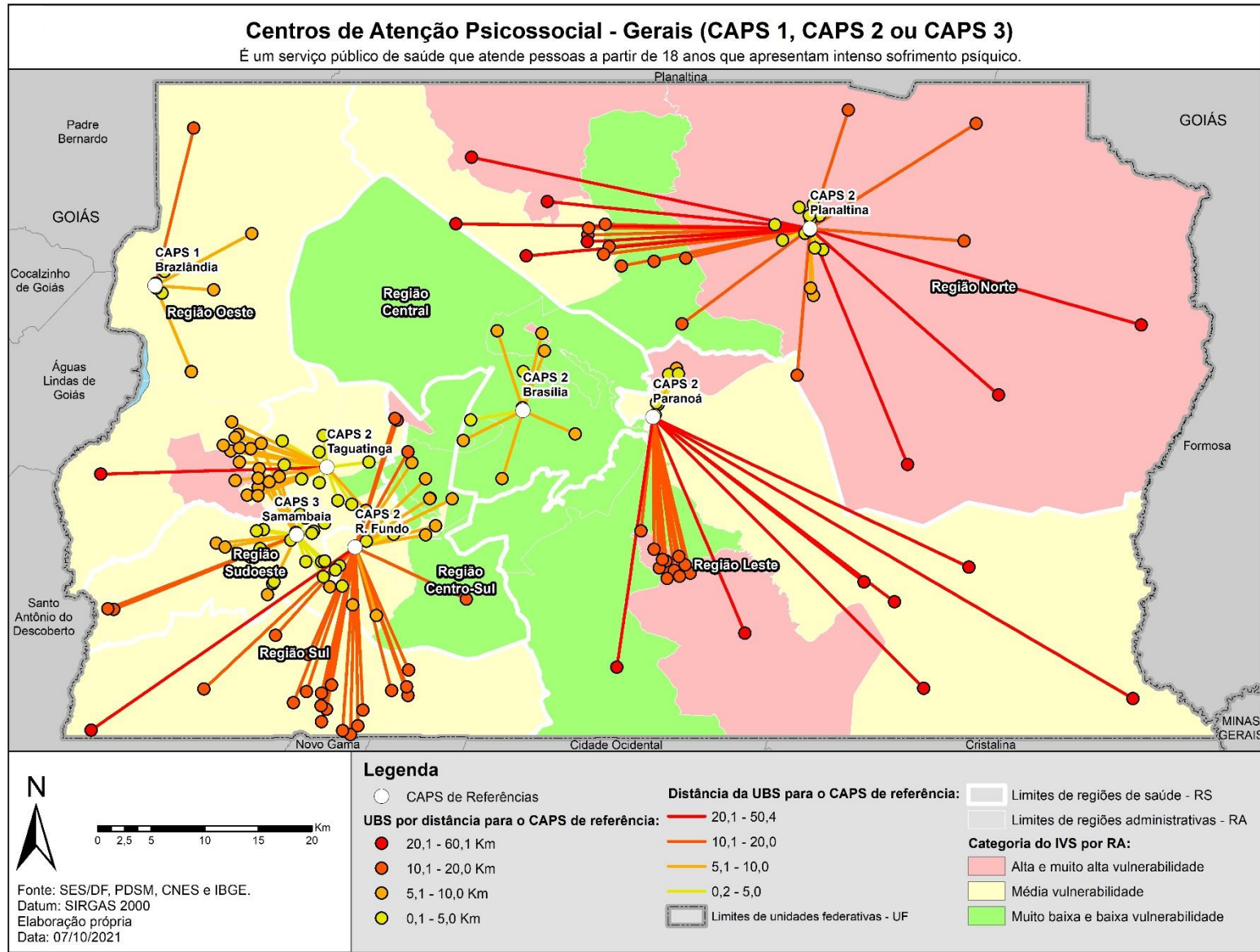


Figura 1b – Geolocalização dos CAPS Infanto-juvenis e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por regiões administrativas. DF, 2018 e 2020.

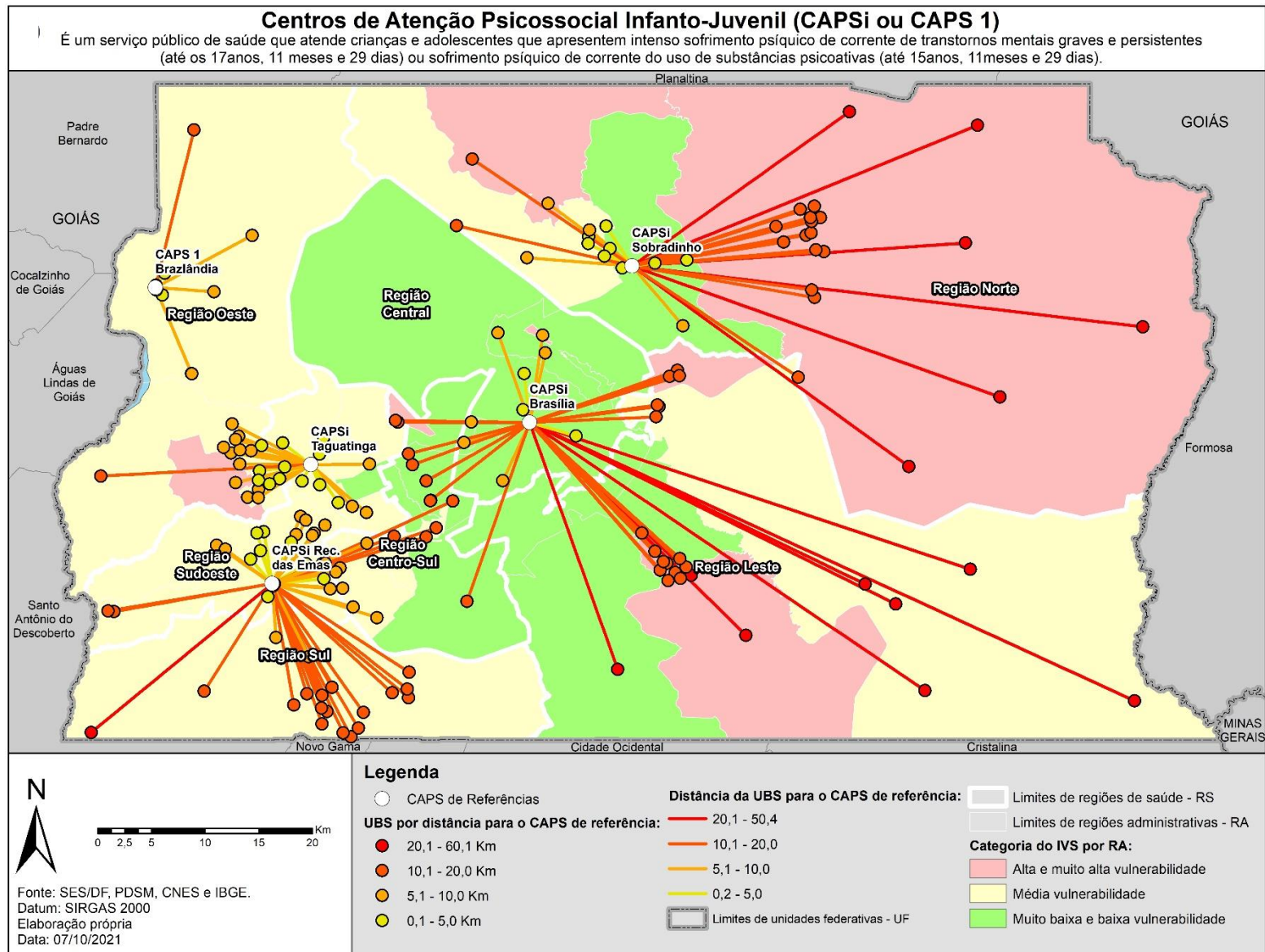


Figura 1c – Geolocalização dos CAPS para Usuários de Álcool e Outras Drogas e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por regiões administrativas. DF, 2018 e 2020.

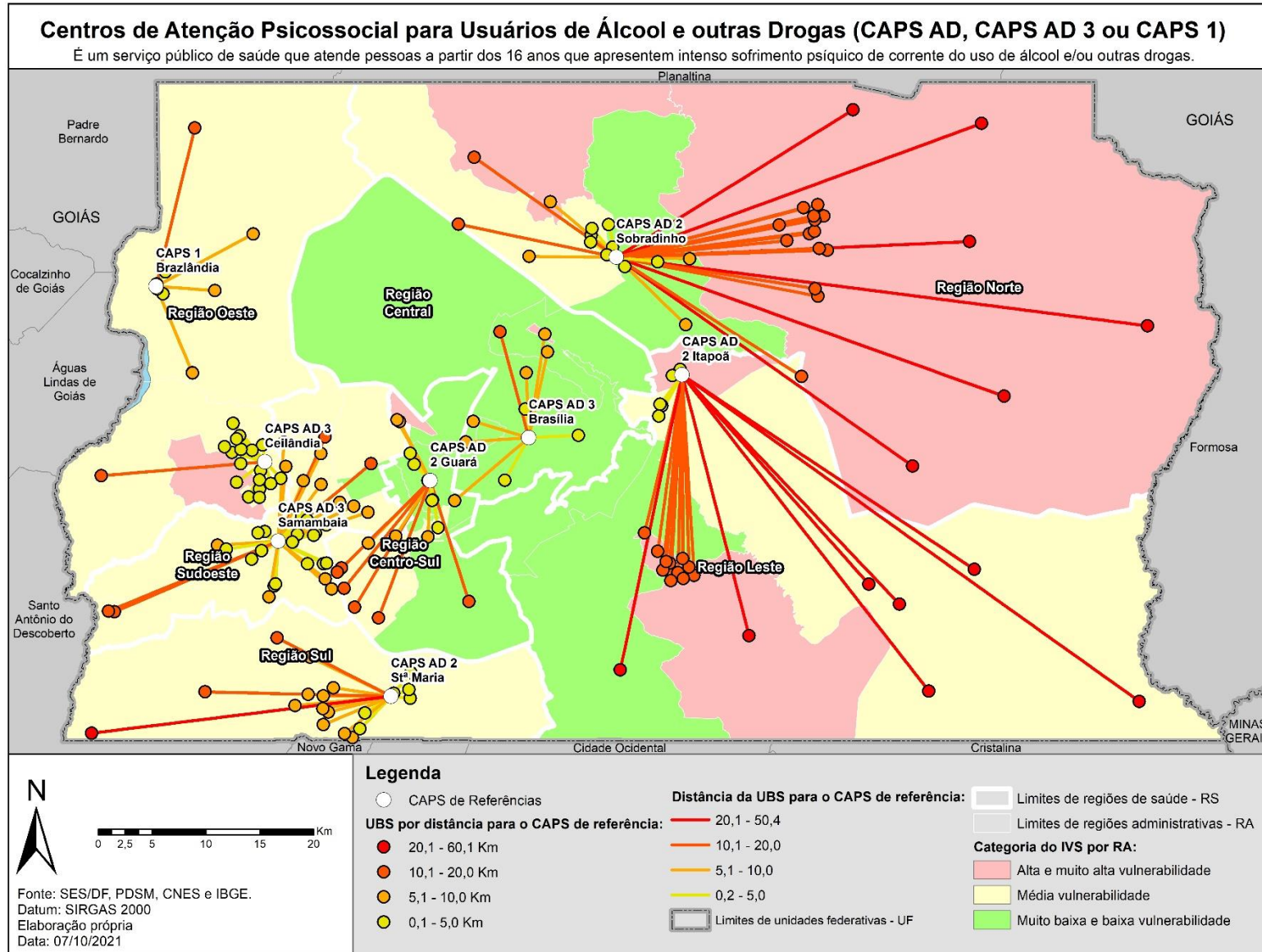


Figura 2a – Geolocalização dos CAPS Gerais e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e áreas de tipo de zoneamento urbano. DF, 2020.

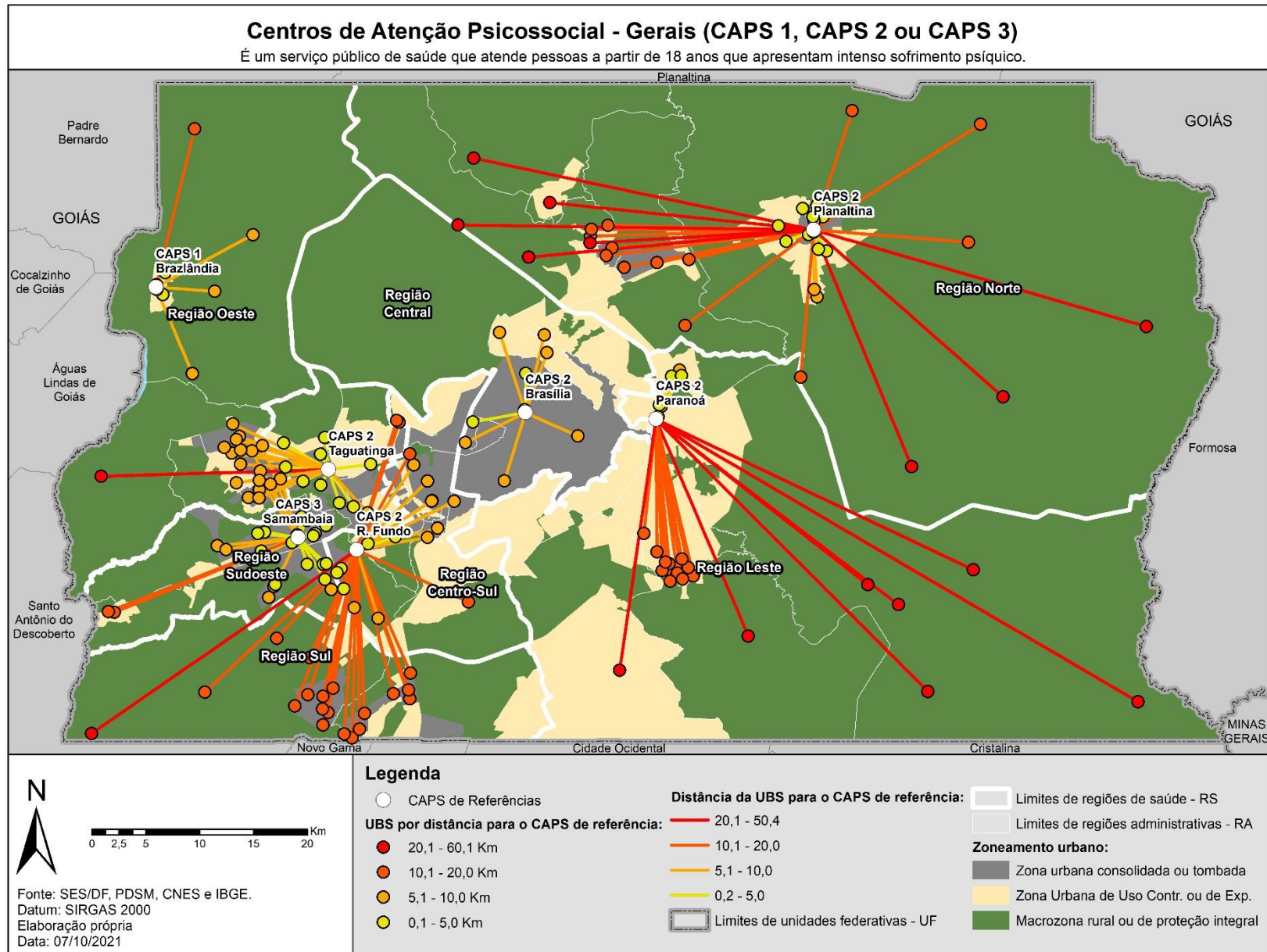


Figura 2b – Geolocalização dos CAPS Infanto-juvenis e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e áreas de tipo de zoneamento urbano. DF, 2020.

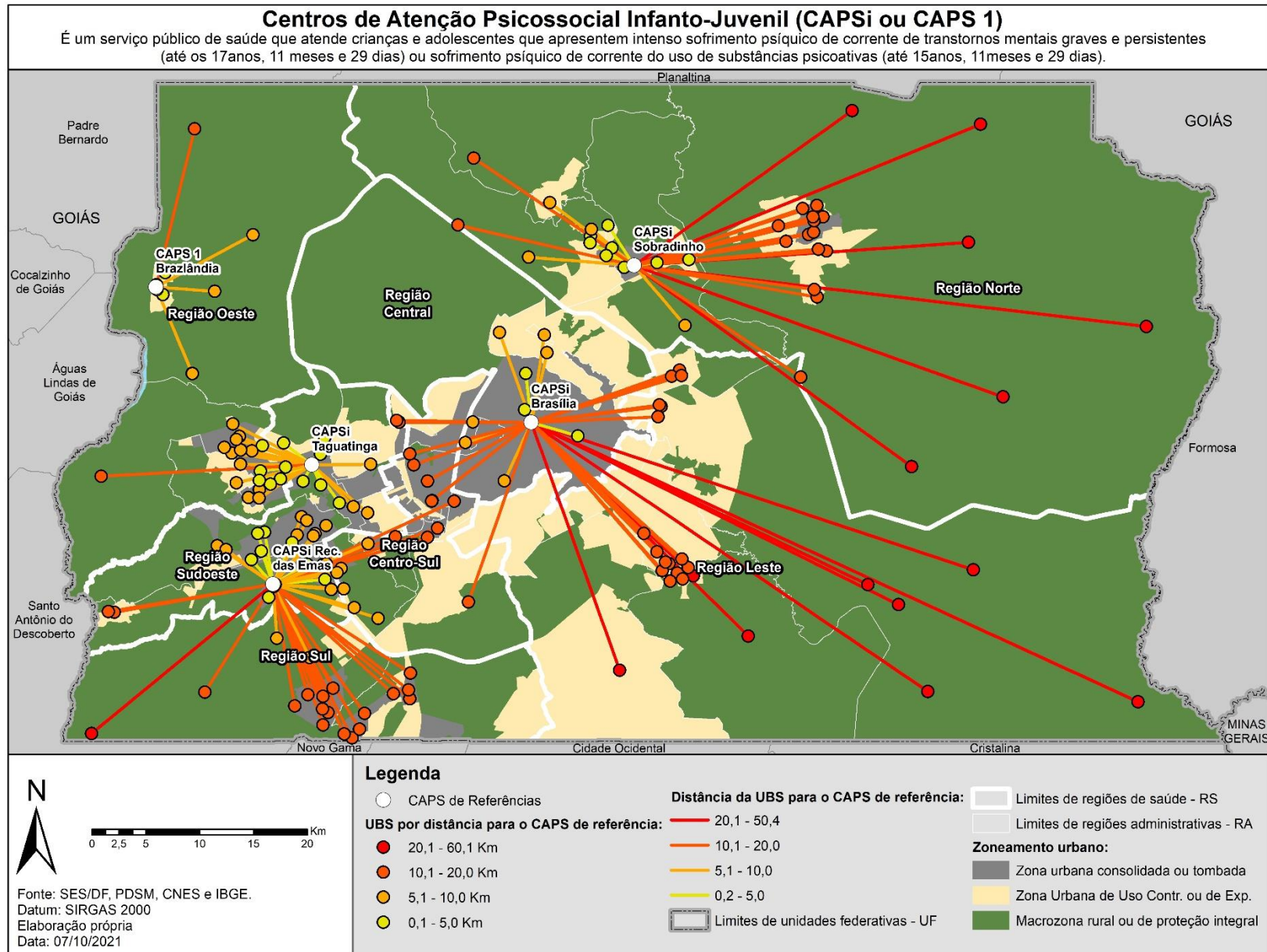
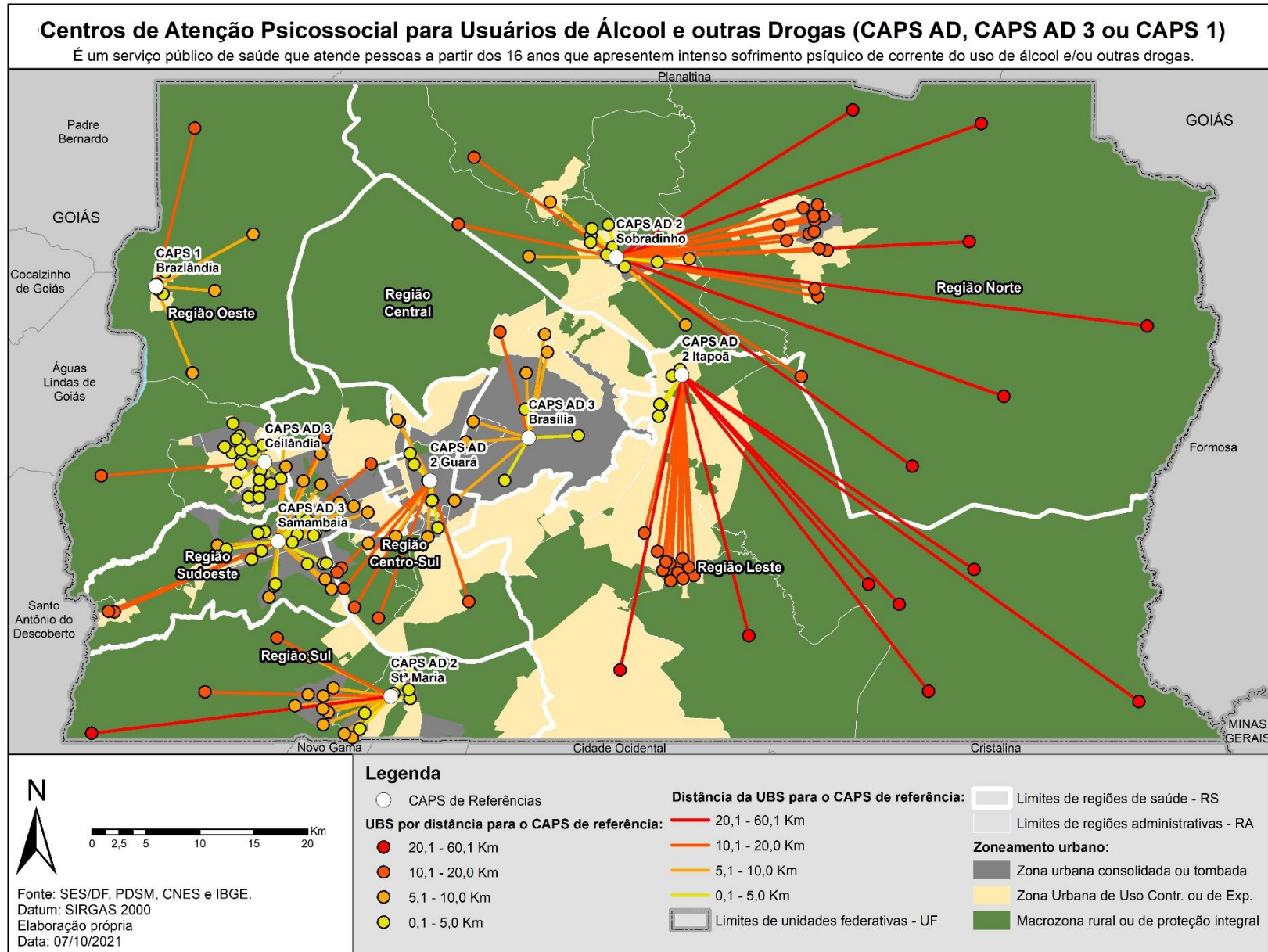


Figura 2c – Geolocalização dos CAPS para Usuários de Álcool e Outras Drogas e das UBS referenciada, com a distância em Km entre eles, e áreas de tipo de zoneamento urbano. DF, 2020.



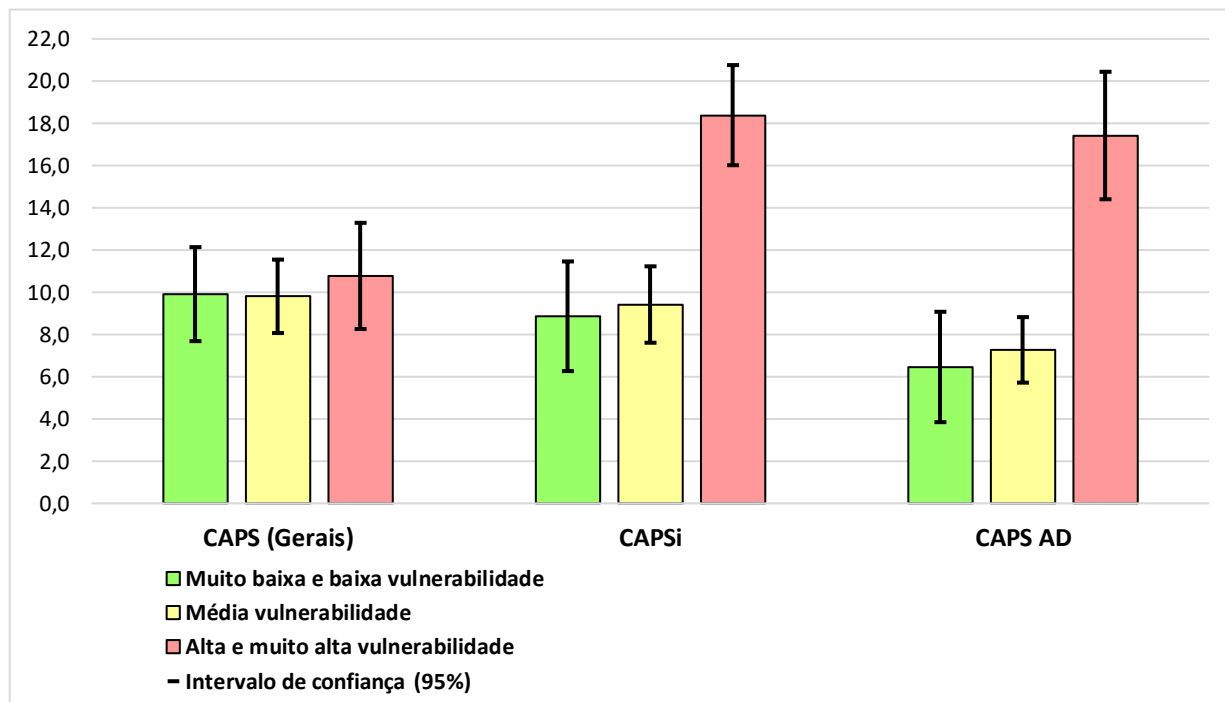
O Gráfico 1 mostra a média da distância (km) dos CAPS de referência para as UBS pela modalidade de perfil de atendimento (CAPS Gerais, CAPSi e CAPS AD), por categoria do IVS das RA de localização das UBS.

Quando se compara na modalidade de perfil de atendimento dos CAPS Gerais, as médias da distância das UBS para os CAPS de referência em RA com o IVS nas categorias muito baixa e baixa vulnerabilidade, média vulnerabilidade e muito alta e alta vulnerabilidade registram aproximadamente 10 Km, não havendo diferença relevante entre os perfis de vulnerabilidade.

Já na modalidade de perfil de atendimento dos CAPSi, as médias da distância das UBS para os CAPS de referência em RA com o IVS nas categorias muito baixa e baixa vulnerabilidade e média vulnerabilidade registram aproximadamente 9 km, não havendo diferença relevante entre esses perfis de vulnerabilidade. Mas já as RA nas categorias de muito alta e alta vulnerabilidade apresentam a média de 18,4 km de distância das UBS para os CAPS de referência, sendo o dobro das outras categorias.

Na modalidade de perfil de atendimento dos CAPS AD, as médias da distância das UBS para os CAPS de referência em RA com o IVS nas categorias muito baixa e baixa vulnerabilidade e média vulnerabilidade registram respectivamente 6,5 km e 7,3 km, não havendo grandes diferenças entre os perfis de vulnerabilidade referentes. Entretanto as RA nas categorias de muito alta e alta vulnerabilidade apresentam a média de 17,4 km de distância das UBS para os CAPS de referência, sendo mais que o dobro das outras categorias.

Gráfico 2 – Média da distância em km dos CAPS para as UBS que referenciam por perfil do público de atendimento, com intervalo de confiança, por categoria do IVS das RA de localização das UBS. DF, 2018 e 2020.

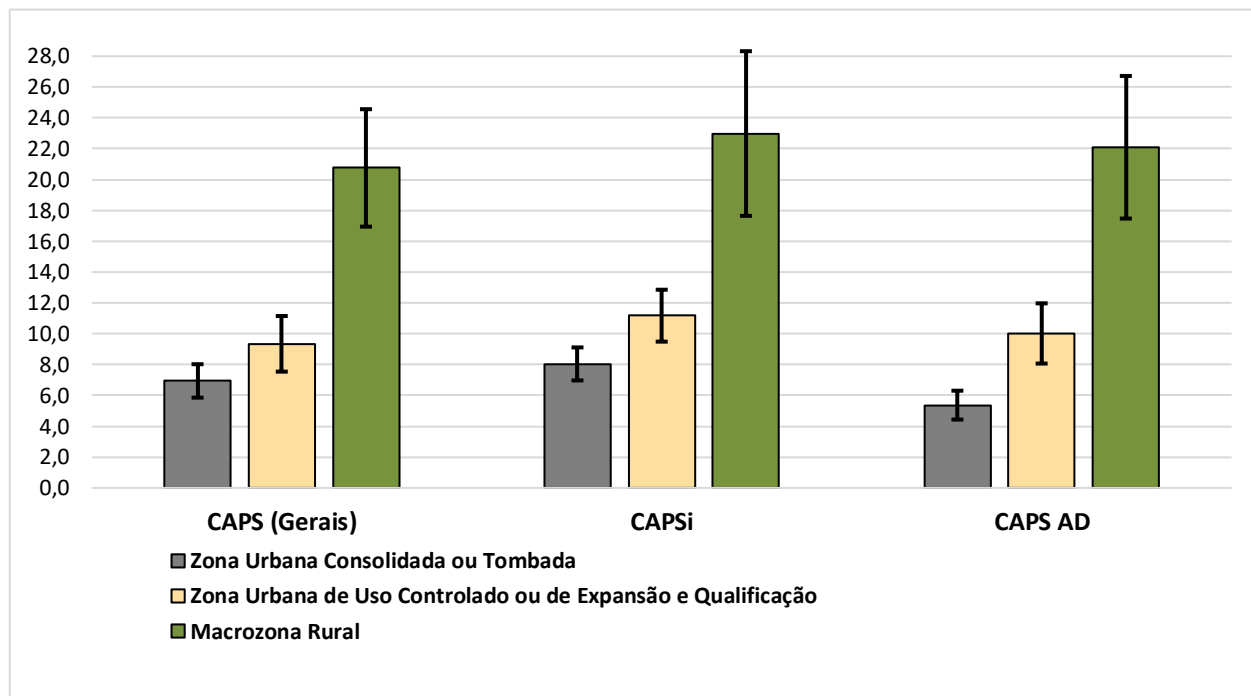


Fonte: Codeplan, PDSM/DF e CNES.

O Gráfico 2 mostra a média da distância (km) dos CAPS de referência para as UBS pela modalidade de perfil de atendimento (CAPS Gerais, CAPSi e CAPS AD), por zoneamento urbano e rural do DF da localização das UBS.

Todas as modalidades de perfil de atendimento de CAPS (CAPS Gerais, CAPSi e CAPS AD) apresentam as médias da distância (km) dos CAPS de referência para as UBS em zona urbana consolidada ou tombada de até 8 km, em zona urbana de uso controlado ou de expansão e qualificação ficam entre 9,3 e 11,2 km, e em macrozona rural ou de proteção integral se estabelecem com a média acima de 20 km.

Gráfico 3 – Média da distância em Km dos CAPS para as UBS que referenciam por perfil do público de atendimento, com intervalo de confiança, por tipo de zoneamento urbano de localização das UBS. DF, 2020.



Fonte: PDOT, PDSM/DF e CNES.

A partir da concordância espacial entre a área de cobertura dos CAPS e a localização das UBS para identificar os serviços de referência e os respectivamente referenciados, se explicita na Tabela 2 a distribuição de profissionais de saúde de nível superior nos CAPS em relação a população cadastrada e vinculada nas UBS referenciadas, nos 3 perfis de atendimento e em cada CAPS de referência e no IVS das R.A das UBS referenciadas. Assim, as modalidades de perfil de atendimento dos CAPS Gerais e AD traz os 2 únicos CAPS (o CAPS 2 Brasília e o CAPS AD 3 Brasília) com predominância de população cadastrada de UBS referenciadas em território de baixa e muita baixa vulnerabilidade sendo os maiores na relação ao total profissionais de saúde de nível superior nos CAPS em relação a população cadastrada e vinculada nas UBS referenciadas, principalmente entre as categorias profissionais de enfermeiro,

psicólogo, médico e assistente social. Já o restante dos CAPS demonstram um perfil próximo e sem grandes relevâncias desta relação.

Este indicador mensura o nível da oferta de CAPS, diante do tamanho de sua força de trabalho em saúde, em relação à população que deve ser coberta.

Tabela 2a – Relação de profissionais de saúde de nível superior nos CAPS Gerais com a população cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas por perfis de atendimento e em cada CAPS Gerais de referência e por categoria profissional. DF, Outubro de 2022.

Perfil de atendimento	CNES	Nome do CAPS	Número de pessoas cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas	Percentual de pessoas cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas pela categoria do IVS da RA das UBS			Predominância da categoria de vulnerabilidade social (IVS) do território	FTE (full time equivalent) - Carga horária de 40 horas semanais						Relação de FTE para cada mil pessoas cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas							
				Baixa ou muito baixa vulnerabilidade	Média vulnerabilidade	Alta ou muito alta vulnerabilidade		Total de profissionais de saúde de nível superior	Enfermeiro	Psicólogo	Médico	Assistente social	Terapeuta Ocupacional	Outros profissionais (Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Nutricionista)	Total de profissionais de saúde de nível superior	Enfermeiro	Psicólogo	Médico	Assistente Social	Terapeuta Ocupacional	Outros profissionais (Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Nutricionista)
CAPS Gerais (CAPS 1, CAPS 2 e CAPS 3)	2649535	CAPS 2 Riacho Fundo	482.766	19,4%	72,5%	8,1%	Média vulnerabilidade	11,25	3,00	3,00	2,25	1,00	2,00	0,00	0,023	0,006	0,006	0,005	0,002	0,004	0,000
	5167892	CAPS 2 Paranoá	210.383	4,0%	29,6%	66,4%	Alta ou muito alta vulnerabilidade	13,00	3,00	3,50	1,00	2,50	0,50	2,50	0,062	0,014	0,017	0,005	0,012	0,002	0,012
	5447410	CAPS 2 Taguatinga	424.333	0,0%	91,1%	8,9%	Média vulnerabilidade	21,25	4,00	7,50	2,25	3,00	3,00	1,50	0,050	0,009	0,018	0,005	0,007	0,007	0,004
	6665098	CAPS 3 Samambaia	369.581	0,0%	100,0%	0,0%	Totalmente em média vulnerabilidade	21,00	10,50	4,00	3,50	1,50	1,00	0,50	0,057	0,028	0,011	0,009	0,004	0,003	0,001
	6666701	CAPS 2 Planaltina	280.050	29,1%	11,3%	59,7%	Predominantemente em alta ou muito alta vulnerabilidade	10,00	4,50	1,50	0,50	2,50	1,00	0,00	0,036	0,016	0,005	0,002	0,009	0,004	0,000
	7379110	CAPS 2 Brasília	120.881	91,7%	0,0%	8,3%	Predominantemente em baixa ou muito baixa vulnerabilidade	19,03	7,70	5,70	2,00	2,63	1,00	0,00	0,157	0,064	0,047	0,017	0,022	0,008	0,000
	9589724	CAPS 1 Brazlândia	56.860	0,0%	100,0%	0,0%	Totalmente em média vulnerabilidade	5,25	1,00	2,50	0,25	0,50	1,00	0,00	0,092	0,018	0,044	0,004	0,009	0,018	0,000
CAPS Gerais (CAPS 1, CAPS 2 e CAPS 3)			1.944.854	15,1%	64,6%	20,2%	-	100,78	33,70	27,70	11,75	13,63	9,50	4,50	0,052	0,017	0,014	0,006	0,007	0,005	0,002

Fonte: PDSM/DF, CNES, SISAB e Codeplan. Elaboração própria

Tabela 3b – Relação de profissionais de saúde de nível superior nos CAPSi com a população cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas por perfis de atendimento e em cada CAPSi de referência e por categoria profissional. DF, Outubro de 2022.

Perfil de atendimento	CNES	Nome do CAPS	Número de pessoas cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas	Percentual de pessoas cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas pela categoria do IVS da RA das UBS			Predominância da categoria de vulnerabilidade social (IVS) do território	FTE (full time equivalent) - Carga horária de 40 horas semanais						Relação de FTE para cada mil pessoas cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas								
				Baixa ou muito baixa vulnerabilidade	Média vulnerabilidade	Alta ou muito alta vulnerabilidade		Total de profissionais de saúde de nível superior	Enfermeiro	Psicólogo	Médico	Assistente social	Terapeuta Ocupacional	Outros profissionais (Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Nutricionista)	Total de profissionais de saúde de nível superior	Enfermeiro	Psicólogo	Médico	Assistente Social	Terapeuta Ocupacional	Outros profissionais (Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Nutricionista)	
CAPSi (CAPSi e CAPS 1)	7238703	CAPSi Taguatinga	524.747	0,0%	92,8%	7,2%	Predominantemente em média vulnerabilidade	17,25	5,50	2,00	2,75	3,50	3,00	0,50	0,033	0,010	0,004	0,005	0,007	0,006	0,001	
	7552270	CAPSi Sobradinho	280.050	29,1%	11,3%	59,7%	Predominantemente em alta ou muito alta vulnerabilidade	14,13	3,00	3,50	1,13	0,50	2,50	3,50	0,050	0,011	0,012	0,004	0,002	0,009	0,012	
	7698437	CAPSi Recanto das Emas	633.323	2,2%	97,8%	0,0%	Predominantemente em média vulnerabilidade	19,75	6,00	2,50	2,25	2,50	2,50	4,00	0,031	0,009	0,004	0,004	0,004	0,004	0,004	0,006
	7740794	CAPSi Brasília	449.874	44,2%	13,9%	41,9%	Sem predominância de categoria de IVS	14,75	3,00	4,50	3,50	2,25	1,00	0,50	0,033	0,007	0,010	0,008	0,005	0,002	0,001	
	9589724	CAPS 1 Brazlândia	56.860	0,0%	100,0%	0,0%	Totalmente em média vulnerabilidade	5,25	1,00	2,50	0,25	0,50	1,00	0,00	0,092	0,018	0,044	0,004	0,009	0,018	0,000	
CAPSi (CAPSi e CAPS 1)			1.944.854	15,1%	64,6%	20,2%	-	71,13	18,50	15,00	9,88	9,25	10,00	8,50	0,037	0,010	0,008	0,005	0,005	0,005	0,004	

Fonte: PDSM/DF, CNES, SISAB e Codeplan. Elaboração própria

Tabela 4c – Relação de profissionais de saúde de nível superior nos CAPS AD com a população cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas por perfis de atendimento e em cada CAPS AD de referência e por categoria profissional. DF, Outubro de 2022.

Perfil de atendimento	CNES	Nome do CAPS	Número de pessoas cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas	Percentual de pessoas cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas pela categoria do IVS da RA das UBS			Predominância da categoria de vulnerabilidade social (IVS) do território	FTE (full time equivalent) - Carga horária de 40 horas semanais							Relação de FTE para cada mil pessoas cadastradas e vinculadas nas UBS referenciadas						
				Baixa ou muito baixa vulnerabilidade	Média vulnerabilidade	Alta ou muito alta vulnerabilidade		Total de profissionais de saúde de nível superior	Enfermeiro	Psicólogo	Médico	Assistente social	Terapeuta Ocupacional	Outros profissionais (Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Nutricionista)	Total de profissionais de saúde de nível superior	Enfermeiro	Psicólogo	Médico	Assistente Social	Terapeuta Ocupacional	Outros profissionais (Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Nutricionista)
CAPS AD (CAPS AD 2, CAPS AD 3 e CAPS 1)	3372375	CAPS AD 2 Guará	230.803	34,5%	48,6%	16,9%	Sem predominância de categoria de IVS	13,50	3,50	3,00	3,00	2,00	2,00	0,00	0,058	0,015	0,013	0,013	0,009	0,009	0,000
	5554349	CAPS AD 2 Sobradinho	280.050	29,1%	11,3%	59,7%	Predominantemente em alta ou muito alta vulnerabilidade	11,58	4,35	2,98	1,00	2,25	1,00	0,00	0,041	0,016	0,011	0,004	0,008	0,004	0,000
	6585760	CAPS AD 3 Ceilândia	331.319	0,0%	88,5%	11,5%	Predominantemente em média vulnerabilidade	27,75	11,00	6,00	2,75	5,50	1,50	1,00	0,084	0,033	0,018	0,008	0,017	0,005	0,003
	7055919	CAPS AD 2 Santa Maria	237.848	0,0%	100,0%	0,0%	Totalmente em média vulnerabilidade	11,50	2,00	6,50	2,50	0,50	0,00	0,00	0,048	0,008	0,027	0,011	0,002	0,000	0,000
	7094116	CAPS AD 2 Itapoã	210.383	4,0%	29,6%	66,4%	Predominantemente em alta ou muito alta vulnerabilidade	10,98	2,50	4,73	2,00	1,25	0,00	0,50	0,052	0,012	0,022	0,010	0,006	0,000	0,002
	7219695	CAPS AD 3 Brasília	134.996	92,6%	0,0%	7,4%	Predominantemente em baixa ou muito baixa vulnerabilidade	23,75	8,50	5,50	2,55	2,50	2,00	2,70	0,176	0,063	0,041	0,019	0,019	0,015	0,020
	7282494	CAPS AD 3 Samambaia	462.595	0,0%	100,0%	0,0%	Totalmente em média vulnerabilidade	18,15	9,50	3,50	2,50	1,25	0,40	1,00	0,039	0,021	0,008	0,005	0,003	0,001	0,002
	9589724	CAPS 1 Brazlândia	56.860	0,0%	100,0%	0,0%	Totalmente em média vulnerabilidade	5,25	1,00	2,50	0,25	0,50	1,00	0,00	0,092	0,018	0,044	0,004	0,009	0,018	0,000
CAPS AD (CAPS AD 2, CAPS AD 3 e CAPS 1)			1.944.854	15,1%	64,6%	20,2%	-	122,45	42,35	34,70	16,55	15,75	7,90	5,20	0,063	0,022	0,018	0,009	0,008	0,004	0,003

Fonte: PDSM/DF, CNES, SISAB e Codeplan. Elaboração própria

DISCUSSÃO

Desde as discussões oriundas da Reforma Sanitária Brasileira, se buscou meios de organização dos serviços de saúde a partir de uma rede de saúde integrada, regionalizada e hierarquizada, com definição nos perfis epidemiológicos dos territórios⁽³²⁾. A organização das redes de atenção à saúde, no SUS, surge como um processo de superação da fragmentação entre os diferentes serviços de saúde, otimizando o sistema, como na alocação de recursos, na coordenação clínica ou nos desafios criados pelos aspectos socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e sanitários⁽³³⁾.

No contexto que já vinha de crise econômica e política no Brasil, iniciada em 2014, a pandemia de Covid-19, reconhecida ainda em 2020 como uma emergência de saúde pública nacional e internacionalmente, agravou ainda mais o desemprego e a desigualdade, com o aumento da pobreza, impactando no crescimento do sofrimento psicológico e dos transtornos mentais na população brasileira^(23,34-36).

Nesta conjuntura, o SUS, por meio da RAPS, em todos os níveis de complexidade, deve estar preparado para uma pressão nos e pelos serviços de saúde mental, para que estes possam promover à atenção integral e continuada às pessoas, especialmente no componente especializado e no atendimento a crises e urgências^(7,23,36).

Contudo, a organização da RAPS no DF, principalmente pela distribuição geográfica dos CAPS, um componente estratégico para a RAPS e matriciamento da APS, se

mostra desigual espacialmente entre as RS, variando a oferta entre 0,37 (RS Sul) e 0,85 (RS Central) CAPS por 100 mil habitantes, e de 3 (RS Central) a 19 (RS Sul) UBS para cada CAPS. Quando se observa por modalidades de perfil de atendimento de CAPS (CAPS Gerais, CAPSi e CAPS AD), apenas a modalidade de CAPS AD tem 1 estabelecimento em cada RS, destoando das modalidades de CAPS gerais (sem estabelecimentos na RS Sul) e de CAPSi (sem estabelecimentos na RS Centro-Sul, RS Leste, RS Oeste e RS Sul).

Além disso, quando se analisa sobre a capilaridade da localização frente aos pontos de UBS, a Lei dos Cuidados Inversos e a Hipótese da Equidade Inversa são levemente reforçadas na organização dos CAPS no DF, pois as médias da distância entre as UBS em RA mais vulneráveis para os CAPSi e os CAPS AD são maiores do que para as UBS em RA menos vulneráveis, além da concentração de profissionais nos CAPS com predominância da população em territórios com baixa e muito baixa vulnerabilidade.

Hart (1971) apontou como a população que mais precisa de cuidados é a que está mais longe da oferta dos serviços de saúde⁽²⁸⁾. Essa situação demonstra que a distribuição geográfica dos CAPS pode corrigir ou criar mais iniquidades na saúde.

Já com Travassos, Oliveira e Viacava (2006), é demonstrado que o acesso à saúde no Brasil é altamente correlacionado pela situação socioeconômica e geográfica, já que as populações com melhores condições econômicas e residentes dos locais mais privilegiados também são as que possuem melhores chances de acesso aos serviços de saúde, contrastando com as pessoas que habitam as regiões mais vulneráveis

socialmente⁽³⁷⁾.

Com isso, no Brasil, segundo Noronha e Andrade (2007), a relação entre a desigualdade de renda e o estado de saúde reflete a um contexto associativo, pois quanto maior a desigualdade na distribuição de renda, incluindo fatores regionais, menor é a chance da população ter uma saúde plena⁽³⁸⁾. Esta situação caracteriza mais uma dificuldade no contexto de vida de populações residentes em áreas menos privilegiadas, e concomitantemente pode apresentar uma oferta insuficiente do SUS, e ainda não sendo capaz custiar planos de saúde suplementar⁽³⁸⁾.

Vale reiterar que o contexto atual brasileiro e mundial, com a crise econômica e política e o avanço da pandemia atingiram mais profundamente a população pobre e vulnerável, com seu papel nocivo no agravamento do desemprego, da fome e dos indicadores de saúde, principalmente de saúde mental^(34-36,39).

Quando se explora a organização da RAPS na perspectiva de urbano e rural, a realidade vista em diversos estudos é que a atenção em saúde mental no meio rural ainda se caracteriza como uma dificuldade, pois o acesso aos serviços especializados, como os CAPS, conta com várias barreiras para os moradores de comunidades rurais, principalmente o da distância geográfica, para o atendimento dos casos de transtornos mentais substanciais e constantes ou derivados do uso de substâncias psicoativas ou decorrente do uso de álcool e/ou outras drogas, que não necessitam de internação⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Deste modo, ocorre no DF a situação onde as médias da distância das UBS rurais são mais do que o dobro em relação às UBS em zonas urbanas para todas as modalidades de perfil de atendimentos de CAPS, exigindo uma resolubilidade das UBS rurais e seus profissionais para contornar uma situação de desassistência a uma população vulnerável pelo isolamento, invisibilidade, histórico de escasso alcance das políticas públicas. Deve ser apontado que mesmo com a inserção do potente processo de matriciamento, o número de CAPS se mostra insuficiente e desigual para cobrir toda extensão da APS, já que fica explícito as iniquidades na distribuição geográficas do serviço.

As limitações do estudo se deram pela falta de referências bibliográficas sobre o dimensionamento da RAPS. Não há até hoje parâmetros de cálculos sobre a cobertura dos CAPS, dificultando o monitoramento e o planejamento da rede, sendo uma situação invisível as possíveis sobrecargas e gargalos no acesso aos serviços especializados de saúde mental no DF, como em todo Brasil. Outra limitação identificada deve se a ausência de dados individuais e de população atualizada cobertas pelas unidades de saúde para superar a falácia ecologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CAPS, serviços que fornecem os cuidados intermediários entre a APS e a internação hospitalar às pessoas com transtornos mentais são essenciais para materializar a política de nacional de saúde mental, o processo de desinstitucionalização e o matriciamento nas UBS.

No DF, deve-se reconhecer que a rede de saúde mental, principalmente com a ampliação do número de CAPS e a elaboração do PDSM/DF, já obteve avanços e crescimento desde o surgimento da Política Nacional de Saúde Mental.

Ainda assim, se identificou uma distribuição geográfica desigual entre as RS do DF para a oferta de CAPS, principalmente quando se observa a vulnerabilidade social e áreas urbanas e rurais para os serviços de saúde mental nas modalidades do perfil de atendimento de CAPSi e CAPS AD. Isso, reforça as teorias da Lei dos Cuidados Inversos e a da Hipótese da Equidade Inversa, que expressa que muitas das vezes a oferta de serviços e profissionais de saúde se concentra em lugares mais privilegiados e carecendo nos locais mais vulneráveis socialmente, ou seja, gerando mais iniquidade.

O matriciamento das UBS pelas equipes dos CAPS passa a ser uma importante estratégia de enfrentamento da dificuldade de acesso aos cuidados especializados em saúde mental, mesmo com a observada escassez de CAPS na cobertura da APS. Já que a capilaridade das UBS e a qualificação das equipes de APS para a expansão da resolutividade para os casos de saúde mental se demonstra uma importante estratégia

de alcançar áreas vulneráveis, antes com dificuldade elevada no acesso a atendimentos de saúde mental.

São muitos os desafios para fortalecer e aperfeiçoar a RAPS neste contexto pandêmico e pós pandêmico, com a piora da situação social e aumento da população e aumento dos sofrimentos psicológicos e transtornos mentais. E este estudo traz à luz de como se torna primordial dimensionar e planejar a rede, a fim de reconhecer geograficamente e reduzir as desigualdades espaciais em saúde, como explicitam a Lei dos Cuidados Inversos e a Hipótese da Equidade Inversa.

Espera-se que as informações apresentadas possam subsidiar as discussões sobre o fortalecimento da RAPS e da Política Nacional de Saúde Mental no DF, assim como os debates sobre estratégias de expansão e de capilarização da RAPS, juntamente com a qualificação da relação com os serviços da APS.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Thirty years of the unified health system (SUS). *Ciencia e Saude Coletiva*. 2018 jun 1;23(6):1723–8.
2. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* [Internet]. 2011 maio;377(9779):1778–97. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611600548>
3. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [Internet] [Tese (doutorado)]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 2007 [citado 2021 ago 9]. Available from: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>
4. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Network of Psychosocial Care: Evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage. *Cad Saude Publica*. 2021 abr 1;37(3).
5. Pinheiro Roseni, CEPESC (Organization), Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social., Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. CEPESC; 2007. 282 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica (Saúde mental) [Internet]. Ministério da Saúde. Vol. 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2021 ago 14]. 171 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
7. Guerra AMC. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [Internet]. 2004 jun;7(2):83–96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000200083&lng=pt&tlng=pt
8. César M de A, Melo W. Centro de atenção psicossocial e território: Espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*. 2018 jan 1;25(1):127–42.
9. Brasil. Lei no 10.216/2001 (Política Nacional da Saúde Mental) [Internet]. Diário Oficial da União (DOU) - Seção 1 2001 p. 2. Available from:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 3.088/2011 [Internet]. Diário Oficial da União Brasília, Brasil: Diário Oficial da União; dez 23, 2011. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde, organizador. Brasília: Unidade Técnica de Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS/OMS – Representação do Brasil; 2011 [citado 2021 out 11]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 336/2002 [Internet]. Diário Oficial da União Brasília: Diário Oficial da União; fev 19, 2002. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2022 jun 5]. Available from: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/manual-de-caps/2874-manual-de-caps/file>

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ciclos da Vida. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2022 set [citado 8 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>

15. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. UNESCO, Ministério da Saúde, organizadores. Vol. 6. Brasília; 2002. 726 p. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

16. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. [Internet]. 2015 [citado 2018 out 24]. p. 239. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

17. Dimenstein M, Simoni ACR, Macedo JP, Nogueira N, Barbosa BCNS, Silva BÍ do B de M, et al. Equity and access to mental health care in three northeastern states. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2021;26(5):1727–38.

18. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD dos, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira.

- Cien Saude Colet [Internet]. 2011 dez;16(12):4643–52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=pt&tlng=pt
19. Dulce Helena Chiaverini, Daniel Almeida Gonçalves, Dinarte Ballester, Luís Fernando Tófoli, Luiz Fernando Chazan, Naly Almeida, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental [Internet]. Dulce Helena Chiaverini, organizador. Brasília/DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.; 2011 [citado 2021 out 27]. 219–235 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
20. Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica [Internet]. 2007 fev;23(2):399–407. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&tlng=pt
21. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA da, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 jul;18(7):2157–66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700031&lng=pt&tlng=pt
22. Lima M da G, Silva GB da. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Rev Bras Enferm [Internet]. 2004 out;57(5):591–5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500015&lng=pt&tlng=pt
23. Lima M da G, Gussi MA, Furegato ARF. Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2018 set 6;11(4):197.
24. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Instituto de Saúde Mental (ISM) – Secretaria de Saúde do Distrito Federal [Internet]. Portal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. 2020 [citado 2021 set 5]. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/instituto-de-saude-mental/>
25. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal - 2020-2023 [Internet]. 2021. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/wp->

conteudo/uploads/2018/03/PDSM_2020_2023.pdf

26. Brasil. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde [Internet]. Ministério de Saúde, Universidade Federal de Goiás, organizadores. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2021 ago 5]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf
27. Donaldson LJ. Health services and the public health. Em: Journal of Epidemiology and Community Health. 2002. p. 835–40.
28. Hart JT. The Inverse Care Law. The Lancet [Internet]. 1971 fev [citado 2021 ago 5];297(7696):405–12. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/fulltext)
29. Victora CG, Joseph G, Silva ICM, Maia FS, Vaughan JP, Barros FC, et al. The inverse equity hypothesis: Analyses of institutional deliveries in 286 national surveys. Vol. 108, American Journal of Public Health. American Public Health Association Inc.; 2018. p. 464–71.
30. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. The Lancet [Internet]. 2000 set;356(9235):1093–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673600027410>
31. Crochemore-Silva I, Knuth AG, Mielke GI, Loch MR. Promotion of physical activity and public policies to tackle inequalities: Considerations based on the Inverse Care Law and Inverse Equity Hypothesis. Vol. 36, Cadernos de Saude Publica. Fundacao Oswaldo Cruz; 2020.
32. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos. 2014;21(1):15–35.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União [Internet]. 2010 [citado 2022 fev 1]; Available from: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
34. de Paula LF, Pires M. Crise e perspectivas para a economia Brasileira. Estudos Avancados. 2017;31(89):125–44.
35. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: Crônica de uma crise sanitária anunciada. Cad Saude Publica. 2020;36(5):1–4.
36. Faro A, Bahiano M de A, Nakano T de C, Reis C, da Silva BFP, Vitti LS. COVID-19 and mental health: The emergence of care. Estudos de Psicologia (Campinas). 2020;37:1–14.
37. Travassos C, Oliveira EXG de, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no

- acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2006 dez;11(4):975–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=pt&tlng=pt
38. Noronha KVM de S, Andrade MV. O Efeito da distribuição de renda sobre o estado de saúde individual no Brasil. *Repositório do Conhecimento do Ipea* [Internet]. 2007 dez [citado 2022 fev 1]; Available from: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3743/1/PPE_v37_n03_Efeito.pdf
39. Granemann S. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2021 jan;19.
40. Santos LC dos, Domingos T da S, Braga EM, Spiri WC. Mental health in primary care: experience of matrix strategy in the rural area. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):e20180236.
41. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Primary healthcare in rural areas: Access, organization, and health workforce in an integrative literature review. Vol. 37, *Cadernos de Saude Publica*. Fundacao Oswaldo Cruz; 2021.
42. Cirilo M, Dimenstein M. Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 2021;14(1):1–26.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A partir dos dados levantados conclui-se que a Lei dos Cuidados Inversos e a Hipótese da Equidade Inversa são identificadas na distribuição geográfica do DF nas perspectivas do IVS. Já as UBS em territórios mais vulneráveis estão mais distantes dos CAPSi e dos CAPS AD. Já sobre os CAPS gerais, não houve diferenças expressivas na distância acerca dos níveis de vulnerabilidade social.

No panorama rural-urbano, as UBS rurais estão mais distantes para os CAPS no DF do que as UBS urbanas. Isso exige que o atendimento destas unidades tenha uma maior resolubilidade para saúde mental em relação às UBS urbanas, como um meio de amenizar a dificuldade de acesso a um atendimento especializado de saúde mental nos casos mais complexos. A ampliação da resolubilidade só passa a ser possível a partir do matriciamento dos profissionais em UBS rurais pelas equipes dos CAPS, reduzindo as barreiras de acesso pelo ajuste dos processos de trabalho.

Uma limitação do estudo é a situação de falta de referências sobre o dimensionamento de serviços e redes no SUS. Além da heterogeneidade dos territórios, exigindo várias dimensões de análise.

A dissertação contribui para a ampliação da bibliografia no campo da Saúde Coletiva, principalmente no tema de dimensionamento de serviços, profissionais e ações em saúde, de organização da rede de atenção psicossocial e iniquidades em saúde. Recomenda-se aprofundamento do tema em futuros estudos a fim de sanar lacunas ainda não exploradas, como o reflexo das distâncias entre os CAPS de referência e as UBS referenciadas no processo de trabalho dos profissionais de saúde e na situação de saúde da população, com intuito de fomentar iniciativas ainda mais qualificadas que busquem a melhoria do acesso e equidade nos serviços para os usuários do SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 3.088/2011 [Internet]. Diário Oficial da União Brasília, Brasil: Diário Oficial da União; dez 23, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
2. Dulce Helena Chiaverini, Daniel Almeida Gonçalves, Dinarte Ballester, Luís Fernando Tófoli, Luiz Fernando Chazan, Naly Almeida, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental [Internet]. Dulce Helena Chiaverini, organizador. Brasília/DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.; 2011 [citado 27 de outubro de 2021]. 219–235 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica (Saúde mental) [Internet]. Ministério da Saúde. Vol. 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 14 de agosto de 2021]. 171 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
4. Hart JT. The Inverse Care Law. The Lancet [Internet]. fevereiro de 1971 [citado 5 de agosto de 2021];297(7696):405–12. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/fulltext)
5. Crochemore-Silva I, Knuth AG, Mielke GI, Loch MR. Promotion of physical activity and public policies to tackle inequalities: Considerations based on the Inverse Care Law and Inverse Equity Hypothesis. Vol. 36, Cadernos de Saude Publica. Fundacao Oswaldo Cruz; 2020.
6. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. The Lancet [Internet]. setembro de 2000;356(9235):1093–8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673600027410>
7. Victora CG, Joseph G, Silva ICM, Maia FS, Vaughan JP, Barros FC, et al. The inverse equity hypothesis: Analyses of institutional deliveries in 286 national surveys. Vol. 108, American Journal of Public Health. American Public Health Association Inc.; 2018. p. 464–71.
8. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal - 2020-2023 [Internet]. 2021. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp->

conteudo/uploads/2018/03/PDSM_2020_2023.pdf

9. Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Cien Saude Colet* [Internet]. junho de 2007;12(3):667–73. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300016&lng=pt&tlng=pt

10. Barata RB, Carneiro N, De Ribeiro MCSA, Silveira C. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. *Saude e Sociedade*. 21 de julho de 2015;24:215–27.

11. Costa N do R, Siqueira SV, Uhr D, Silva PF da, Molinaro AA. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. dezembro de 2011;16(12):4603–14. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300009&lng=pt&tlng=pt

12. Lima M da G, Silva GB da. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. *Rev Bras Enferm* [Internet]. outubro de 2004;57(5):591–5. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500015&lng=pt&tlng=pt

13. Freitas BL de. A evolução da Saúde Mental no Brasil: reinserção social. *Revista Científica Semana Acadêmica* [Internet]. 16 de julho de 2018 [citado 3 de outubro de 2022];01(126). Disponível em:

https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/a_evolucao_da_saude_mental_no_brasil_reinsercao_social_0.pdf

14. Alcântara VP, Vieira CAL, Alves SV. Perspectives on the mental health concept: analysis of Brazilian scientific productions. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2022;27(1):351–61.

15. Barbosa VFB, Martinhago F, Hoepfner ÂM da S, Daré PK, Caponi SNC de. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde em Debate*. março de 2016;40(108):178–89.

16. Caponi S. Loucos e degenerados : uma genealogia da psiquiatria ampliada. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. 1–210 p.

17. Oliveira ALX de, Sousa FDT de. Saúde Mental: Um artigo de revisão sobre a Saúde Mental no Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* [Internet]. maio de 2020 [citado 3 de fevereiro de 2022];11(5):198–212. Disponível em:

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-mental-no-brasil>

18. Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica [Internet]. Vol. 1. São Paulo: Editora Perspectiva; 1972 [citado 3 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>
19. Canguilhem G. O normal e o patológico [Internet]. 6a. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009 [citado 3 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/GeorgesCanguilhem-ONormaleoPatologico.pdf>
20. Emmanuel-Tauro DV, Foschaches DAL. As atuais políticas de saúde mental no Brasil: reflexões à luz da obra de Cornelius Castoriadis. 12 [Internet]. junho de 2018 [citado 3 de fevereiro de 2022];12(22):90–112. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272018000100007
21. Boaventura MA, Reis EÁ, Godinho IC, Filho LH de O, Caixeta NC, Castro VE, et al. Doenças mentais mais prevalentes no contexto da atenção primária no Brasil: uma revisão de literatura / Most prevalent mental diseases in the context of primary care in Brazil: a literature review. Brazilian Journal of Health Review. 22 de setembro de 2021;4(5):19959–73.
22. Santos ÉG dos, Siqueira MM de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2010;59(3):238–46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=pt&tlng=pt
23. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JR de A, Lopes CS, e Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalence of depression and associated factors in women covered by family health strategy. J Bras Psiquiatr. 1o de janeiro de 2018;67(2):101–9.
24. Onocko-Campos RT. Mental health in Brazil: Strides, setbacks, and challenges. Vol. 35, Cadernos de Saude Publica. Fundacao Oswaldo Cruz; 2019.
25. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Internet]. 5a. Vol. 5. Porto Alegre: Artmed; 2014 [citado 4 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>
26. Abelha L. Depressão, uma questão de saúde pública. Cad Saude Colet. setembro de 2014;22(3):223–223.

27. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Cien Saude Colet [Internet]. fevereiro de 2009;14(1):297–305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=pt&tlng=pt
28. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist Cienc Saude Manguinhos [Internet]. abril de 2002;9(1):25–59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&tlng=pt
29. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. Em: Lígia Giovanella, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil [Internet]. 2008o ed Rio de Janeiro: FIOCRUZ; CEBES; 2008. p. 547–73. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0.pdf
30. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [Internet] [Tese (doutorado)]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 2007 [citado 9 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>
31. Paim JS. Thirty years of the unified health system (SUS). Ciencia e Saude Coletiva. 1o de junho de 2018;23(6):1723–8.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília; 2004 [citado 5 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/manual-de-caps/2874-manual-de-caps/file>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS no 224/1992 [Internet]. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria_224.pdf
34. Souza RR de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2001;6(2):451–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200014&lng=pt&tlng=pt

35. Mello GA, Demarzo M, Viana ALD. The concept of the regionalization of the sistema único de saúde and its historical time. *Historia, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 1o de outubro de 2019;26(4):1139–50.
36. Brasil. Lei no 10.216/2001 (Política Nacional da Saúde Mental) [Internet]. *Diário Oficial da União (DOU) - Seção 1* 2001 p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
37. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. [Internet]. Brasília; 2005 nov [citado 5 de junho de 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
38. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde, organizador. Brasília: Unidade Técnica de Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS/OMS – Representação do Brasil; 2011 [citado 11 de outubro de 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
39. Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde [Internet]. 2022 [citado 5 de junho de 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredepsicossocial>
40. Lima M da G, Gussi MA, Furegato ARF. Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 6 de setembro de 2018;11(4):197.
41. Leal BM, De Antoni C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia* [Internet]. 2013 [citado 5 de junho de 2022];40:87–101. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 130/2012 [Internet]. Brasília: *Diário Oficial da União*; jan 26, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 3.588/2017 [Internet]. *Diário Oficial da União Brasília*, Brasília: *Diário Oficial da União*; dez 21, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ciclos da Vida. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2022 set [citado 8 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>
45. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Instituto de Saúde Mental (ISM) – Secretaria de Saúde do Distrito Federal [Internet]. Portal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. 2020 [citado 5 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/instituto-de-saude-mental/>
46. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [citado 5 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 2.436/2017 [Internet]. Diário Oficial da União Brasília; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
48. Nascimento AG do, Cordeiro JC. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: Análise do processo de trabalho. Trabalho, Educação e Saúde. 2019;17(2).
49. Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica [Internet]. fevereiro de 2007;23(2):399–407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&tlng=pt
50. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA da, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Cien Saude Colet [Internet]. julho de 2013;18(7):2157–66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700031&lng=pt&tlng=pt
51. César M de A, Melo W. Centro de atenção psicossocial e território: Espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos. 1o de janeiro de 2018;25(1):127–42.
52. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las

Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos [Internet]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [citado 1o de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31211>

53. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil - Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008 [citado 1o de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/as-causas-sociais-das-iniquidades-em-sa%C3%BAdede-no-brasil.pdf>

54. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Vol. 22, International Journal of Health Services. 1992. p. 429–45.

55. ALMEIDA AR de, ATHAYDE FTS. Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. Tempus Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 13 de janeiro de 2016;9(2):165. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1818>

56. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais Medicos Program: An effective action to reduce health inequities in Brazil. Ciencia e Saude Coletiva. 1o de janeiro de 2015;20(11):3547–52.

57. Rosa LC dos S, Campos RTO. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. Serviço Social & Sociedade [Internet]. junho de 2013;(114):311–31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200006&lng=pt&tlng=pt

58. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cad Saude Publica [Internet]. setembro de 2006;22(9):2005–8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&lng=pt&tlng=pt

59. Schramm JM de A, Oliveira AF de, Leite I da C, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. dezembro de 2004;9(4):897–908. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=pt&tlng=pt

60. Pontes RJS, Ramos Júnior AN, Kerr LRS, Bosi MLM. Transição demográfica e epidemiológica [Internet]. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu. 2009 [citado 14 de novembro de 2018]. p. 123-52. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/275336326_Transicao_demografica_e_epidemiologica
61. Dimenstein M, Macedo JPS, Leite J, Dantas C, da Silva MPR. Iniquidades sociais e saúde mental no meio rural. Psico-USF. 1o de setembro de 2017;22(3):541–53.
62. Therborn G. Globalização e desigualdade: questões de conceituação e esclarecimento. Sociologias [Internet]. dezembro de 2001;(6):122–69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222001000200007&lng=pt&tlng=pt
63. Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSC de. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Saúde em Debate. dezembro de 2018;42(spe4):175–86.
64. de Oliveira WF. A compreensão do fenômeno psíquico na modernidade ocidental e a prática da saúde mental social e higiênica no Brasil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health [Internet]. 2012 [citado 1o de fevereiro de 2022];4:160–5. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68662>
65. Bocchi JC. A psicopatologização da vida contemporânea: quem faz os diagnósticos? Doxa: Revista Brasileira de Psicologia e Educação. 16 de junho de 2018;20(1):97–109.
66. Nabuco G, Pires de Oliveira MHP, Afonso MPD. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 18 de setembro de 2020;15(42):2532.
67. Faro A, Bahiano M de A, Nakano T de C, Reis C, da Silva BFP, Vitti LS. COVID-19 and mental health: The emergence of care. Estudos de Psicologia (Campinas). 2020;37:1–14.
68. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). História - Brasília (DF) [Internet]. Portal IPHAN. 2014 [citado 11 de março de 2021]. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/1484/>
69. Distrito Federal. História – Brasília: a cidade-sonho [Internet]. Portal do Governo do Distrito Federal. 2022 [citado 11 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.df.gov.br/historia/>
70. Distrito Federal. Administrações Regionais [Internet]. Portal do Governo do Distrito

Federal. 2022 [citado 11 de março de 2022]. Disponível em: <https://segov.df.gov.br/category/administracoes-regionais/>

71. Distrito Federal. Arquivo Público do Distrito Federal. Formação de Planaltina [Internet]. Portal do Arquivo Público do Distrito Federal. 2018 [citado 11 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.arpdf.df.gov.br/formacao-de-planaltina/>

72. Maniçoba RS, Oliveira DV. Processo de formação e expansão urbana do Distrito Federal. *Universitas Humanas*. 7 de julho de 2015;11(2).

73. Rodrigues G. Nascidas com Brasília: as ocupações pioneiras [Internet]. Agência Brasília. 2019 [citado 11 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2019/10/24/nascidas-com-brasilia-as-ocupacoes-pioneiras/>

74. Almeida S, Moura T, Ribeiro V. Manutenção do Tombamento de Brasília [Internet]. UNESCO. 2016 [citado 11 de março de 2022]. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://cdn.editorasaraiva.com.br/wp-content/sites/24/2016/06/31124620/UNESCO.pdf>

75. Silva MAS. A Produção da Habitação de Interesse Social no Distrito Federal e seus Rebatimentos nos Assentamentos Irregulares na Cidade Modernista: o Caso de Nova Colina [Internet] [Dissertação de Mestrado Acadêmico em Arquitetura]. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011 [citado 11 de março de 2022]. Disponível em: <https://proarq.fau.ufrj.br/teses-e-dissertacoes/657/a-producao-da-habitacao-de-interesse-social-no-distrito-federal-e-seus-rebatimentos-nos-assentamentos-irregulares-na-cidade-modernista-o-caso-de-nova-colina>

76. Oliveira RA de. Brasília e o paradigma modernista: planejamento urbano do moderno atraso [Internet] [Dissertação de Mestrado Acadêmico em Arquitetura e Urbanismo]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2008 [citado 12 de março de 2022]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/brasilia/trabalhos/OLIVEIRA_noPW.pdf

77. Guia GA da, Cidade LCF. Segregação residencial e reprodução das desigualdades socioespaciais no aglomerado urbano de Brasília. *Cadernos Metrôpole* [Internet]. 2010 [citado 11 de março de 2021];145–68. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/5928/4281>

78. Derntl MF. Brasília e seu território: a assimilação de princípios do planejamento inglês aos planos iniciais de cidades-satélites. *Cadernos Metr pole*. abril de 2020;22(47):123–46.
79. Instituto do Patrim nio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). Roteiro dos acampamentos pioneiros no Distrito Federal [Internet]. Brasília; 2016 [citado 18 de março de 2022]. Disponível em: http://portal.iphan.gov.br/uploads/publicacao/roteiro_dos_acampamentos_pioneiros_no_distrito_federal.pdf
80. Brasil. Senado Federal. Secretaria Especial de Comunica o Social. Brasília tem 2,6 milhões de habitantes e a maior renda “per capita” do país [Internet]. Brasília; 2010 [citado 18 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/noticias/especiais/brasil50anos/not13.asp>
81. Gouvêa LA de C. Brasília: a capital da segregaa o e do controle social: uma avalia o da a o governamental na área da habita o. São Paulo: ANNABLUME; 1995. 149–154 p.
82. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Caracteriza o Urbana e Ambiental da Unidade de Planejamento Territorial Central Adjacente 1 [Internet]. Brasília; 2018 [citado 18 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Caracteriza%C3%A7%C3%A3o-Urbana-e-Ambiental-da-UPT-Central-Adjacente-1-2018.pdf>
83. Paviani A. Brasília, 57 anos: conurba o e verticalidade em curso [Internet]. Codeplan. 2018 [citado 18 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/brasil57-anos-conurbacao-e-verticalidade-em-curso/>
84. Dourado J. A configura o territorial da verticaliza o urbana na periferia goiana de Brasília, Brasil.
85. Galvão Gomes PI, Albieri de Oliveira L. A CORRELA O ENTRE VERTICALIZA O, DENSIDADE E URBANIDADE: ESTUDO DE CASO DOS EDIFÍCIOS VERTICAIS DA REGIÃO NORTE DE PALMAS-TO. *DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*. 10 de abril de 2022;8(Especial):92–102.
86. Distrito Federal. Plano Diretor de Ordenamento Territorial do Distrito Federal - Documento Técnico [Internet]. Brasília; 2009 nov [citado 6 de abril de 2022]. Report No.: Versão Final. Disponível em: http://www.seduh.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/documento_tecnico_pdot12042017.pdf
87. Neri M. A Década Inclusiva (2001-2011): Desigualdade, Pobreza e Políticas de Renda.

Comunicado 155 [Internet]. 2012 [citado 19 de março de 2022]; Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cps.fgv.br/cps/bd/papers/es107-A-Decada-Inclusiva-2001-2011-Marcelo-Neri.pdf>

88. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Atlas do Distrito Federal [Internet]. Brasília; 2020 [citado 19 de março de 2022]. Report No.: 5. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Atlas-do-Distrito-Federal-2020-Capitulo-5.pdf>

89. Brasil. Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras [Internet]. Costa MA, Marguti BO, organizadores. Brasília - DF: IPEA; 2015. 240 p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/151008_atlas_regioes_metropolitanas_brasileiras.pdf

90. Contagem. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. Índice de Vulnerabilidade Social [Internet]. Observatório Socioeconômico de Contagem. 2018 [citado 19 de março de 2022]. Disponível em: <http://portalpmc.contagem.mg.gov.br/observatorio/ivs/>

91. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2004;9(1):85–98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100009&lng=pt&tlng=pt

92. Brasil. Ministério da Saúde. Você sabe o que é equidade? [Internet]. UNA-SUS. 2015 [citado 19 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-sabe-o-que-e-equidade#:~:text=No%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde,a%20quem%20requer%20menos%20cuidados.>

93. Hino P, Villa TCS, Sasaki CM, Nogueira J de A, Santos CB dos. Geoprocessing in health area. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. dezembro de 2006;14(6):939–43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600016&lng=en&tlng=en

94. Barcellos C de C, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 2002;129–38.

95. Barreto ML. Health inequalities: A global perspective. Ciencia e Saude Coletiva.

2017;22(7):2097–108.

96. Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. Introdução à Ciência da Geoinformação [Internet]. Câmara G, Davis C, Monteiro AMV, organizadores. São José dos Campos: INPE; 2001 [citado 4 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://mtc-m12.sid.inpe.br/col/sid.inpe.br/sergio/2004/04.22.07.43/doc/publicacao.pdf>

97. Sá Carvalho M. Aplicação de métodos de análise espacial na caracterização de áreas de risco a saúde [Internet] [Tese]. [Rio de Janeiro]: COPPE/UFRJ; 1997 [citado 4 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://www.dpi.inpe.br/gilberto/references/tese-msc.pdf>

98. Carvalho MS, Souza-Santos R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. Cad Saude Publica [Internet]. abril de 2005;21(2):361–78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200003&lng=pt&tlng=pt

99. Silva J de P. Aplicação de ferramentas de geoprocessamento de dados em estudos ecológicos. Revista Saúde e Meio Ambiente –RESMA [Internet]. junho de 2019 [citado 4 de fevereiro de 2022];8(1):114–22. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/7367>

100. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Série: Capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde - Introdução à Estatística Espacial para a Saúde Pública [Internet]. 1a. Ramalho WM, Barcellos C, Magalhães MMF, Santos SM, organizadores. Vol. 3. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde; 2007 [citado 4 de fevereiro de 2022]. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/capacitacao_e_atualizacao_em_geoprocessamento_em_saude_3.pdf

101. Rosa R. Análise Espacial em Geografia. Revista da Anpege [Internet]. 2011;07(01):275–89. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/anpege/article/view/6571>

102. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Série: Capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde - Abordagens espaciais na Saúde Pública [Internet]. Brasília; 2006 [citado 1o de fevereiro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf

103. EOS Data Analytics. Análise Espacial: Técnicas E Vantagens Do Processo [Internet]. 2022 [citado 4 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://eos.com/pt/blog/analise-espacial/>

104. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Regionalização da saúde:

posicionamento e orientações / Health regionalization: positioning and guidelines. Brasília: CONASENS; 2019.

105. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Noções cartográficas para base operacional. 1o ed. Vol. 3. Rio de Janeiro: IBGE; 1985.

106. Dent BD, Torguson Jeffrey, Hodler TW. Cartography: thematic map design [Internet]. Vol. 6. 2009 [citado 4 de fevereiro de 2022]. 336 p. Disponível em: <https://dokumen.pub/cartography-thematic-map-design-6nbsped-9780072943825-0072943823.html>

107. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS no 218/1997 [Internet]. Brasília; 1997 mar [citado 28 de novembro de 2022]. Report No.: 218. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html