

Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil

Regionalization of psychosocial care: a panoramic view of the Psychosocial Care Network of Minas Gerais state, Brazil

Vívian Andrade Araújo Coelho (<http://orcid.org/0000-0002-0167-5697>)¹
 Leonardo Isolani e Andrade (<https://orcid.org/0000-0001-8215-1360>)²
 Denise Alves Guimarães (<http://orcid.org/0000-0002-3539-6733>)²
 Lírica Salluz Mattos Pereira (<https://orcid.org/0000-0001-5970-3833>)³
 Celina Maria Modena (<http://orcid.org/0000-0001-5035-3427>)⁴
 Eliete Albano de Azevedo Guimarães (<http://orcid.org/0000-0001-9236-8643>)²
 Carlos Alberto Pegolo da Gama (<http://orcid.org/0000-0002-6345-7476>)²

Abstract *The present study aims at analyzing the regionalization of the services carried out by the Psychosocial Care Network (RAPS in Portuguese) in the state of Minas Gerais (MG) in Brazil, yielding indicators that may enhance the SUS strategic management towards the strengthening of the psychosocial care provided by the state. It is a cross-sectional study, based on the data collected in May 2019 from government websites, considering the state's Macro-Regions and Health Regions as units of analysis. Indicators of service coverage in relation to the population in accordance to normative parameters determined by the Ministry of Health for a better understanding of the effective coverage were produced, and a general indicator (iRAPS) of the supply of services in this network in Minas Gerais state was validated. The outcomes allow a detailed analysis of the structural aspect of the RAPS in MG and unveil the development of a robust network. However, important regional heterogeneities were noticed and also a lack of services aiming at specific populations providing assistance 24 hours a day, which weakens the proper access to RAPS in several parts of the state. Higher values of iRAPS were found in health regions with low socioeconomic development and low general offer of health services, a fact that differs from the national scenario, which may imply state policy investments aiming at offering RAPS within the state hinterland areas.*

Key words *Mental health, Mental health assistance, Regionalization, Networks community health, National Health Systems*

Resumo *Objetivou-se analisar a regionalização dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Minas Gerais (MG), Brasil, gerando indicadores que possam potencializar a gestão estratégica do SUS no fortalecimento da atenção psicossocial do estado. É um estudo transversal, realizado a partir de dados coletados em maio de 2019 em sites governamentais, tendo as Macrorregiões e Regiões de Saúde do estado como unidades de análise. Foram produzidos indicadores da cobertura de serviços em relação à população, de acordo com parâmetros normativos estipulados pelo Ministério da Saúde, para melhor compreensão da cobertura efetivada e validou-se um indicador geral (iRAPS) da oferta dos serviços dessa rede em MG. Os resultados encontrados possibilitam uma análise detalhada do aspecto estrutural da RAPS em MG e demonstram a implantação de uma rede robusta. Entretanto, percebem-se importantes heterogeneidades regionais e também uma carência de serviços voltados para populações específicas e com funcionamento 24 horas, o que fragiliza o adequado acesso à RAPS em diversos territórios do estado. Foram encontrados maiores valores do iRAPS nas regiões de saúde com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta geral de serviços de saúde, fato que difere do cenário nacional.*

Palavras-chave *Saúde mental, Assistência à saúde mental, Regionalização, Redes comunitárias, Sistemas Nacionais de Saúde*

¹ Departamento de Medicina de Família, Saúde Mental e Coletiva, Escola de Medicina, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). R. Dois, Campus Morro do Cruzeiro. 35400-000 Ouro Preto MG Brasil. vivian.coelho@ufop.edu.br

² Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Centro Oeste. Divinópolis MG Brasil.

³ Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

⁴ Instituto René Rachou, Fiocruz Minas. Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

A carga global de doença atribuível aos transtornos mentais aumentou em todo o mundo nos últimos anos, no contexto de grandes transições demográficas, ambientais e sociopolíticas, sendo estimada em 13% antes da pandemia COVID-19¹ que ampliou os custos pessoais, sociais e econômicos da doença mental a uma magnitude sem precedentes. Dessa maneira, faz-se necessário que os sistemas públicos de saúde mental sejam potencializados para lidar com essa demanda².

No Brasil, a construção de uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) teve origem na década de 1980, impulsionada por movimentos sociais, apostando em um modelo comunitário de assistência. Nos últimos 30 anos, constatam-se diversos avanços ligados à implementação de serviços territoriais e às práticas clínicas baseadas na atenção psicossocial, levando a experiência brasileira a ter um lugar de destaque no campo da saúde mental global³.

Paralelamente, foram adotadas medidas para a regionalização da assistência em saúde com definição de responsabilidades descentralizadas e instrumentos compartilhados de planejamento, gestão e financiamento, visando a redução da fragmentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a superação das desigualdades que marcam o território brasileiro⁴. Esse arranjo organizacional foi reforçado recentemente pela estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) que integram ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas e níveis de complexidade⁵. Essa proposta consolida a Região de Saúde (RS), em contraposição ao modelo municipalista vigente até então, como um recorte territorial contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, com características culturais, econômicas e sociais semelhantes e redes de comunicação e infraestrutura compartilhadas⁶. Nesse contexto, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi definida como uma das redes temáticas prioritárias visando a integração da saúde mental nos diversos pontos de atenção do SUS⁷.

Esse processo vem se consolidando nos últimos anos. No entanto, percebe-se uma escassez de dados que permitam seu acompanhamento e avaliação. Até 2015, o Ministério da Saúde (MS) publicava periodicamente o boletim “Saúde Mental em Dados”⁸. Entretanto, desde então, os dados sobre a PNSM e os serviços implantados no país são limitados. Ademais, em 2017, após mudanças no direcionamento político do governo federal, foi lançada a denominada nova PNSM⁹. As alte-

rações preconizadas são preocupantes, pois rompem com a tradição de se pactuar com instâncias sociais historicamente envolvidas na sua construção. Além disso, a inclusão do hospital psiquiátrico e do ambulatório em saúde mental no rol de componentes da RAPS, a substituição dos leitos em hospitais gerais por enfermarias especializadas com até 30 leitos, desconsiderando-se a capacidade instalada e as necessidades municipais, e a manutenção e o financiamento das comunidades terapêuticas reforçam uma lógica de especialização e de hospitalocentrismo¹⁰⁻¹².

Essa preocupação se amplia quando se constata que, nos últimos anos, a saúde pública brasileira tem sofrido redução no seu financiamento e retrocesso no ritmo de implantação de serviços, como consequência de mudanças nos rumos da política nacional e da crise financeira¹³. Estes fatos se agravam com a recente intenção do governo federal em revogar portarias que sustentam o financiamento e o funcionamento da RAPS, fragilizando os avanços já alcançados¹⁴ e reforçando a necessidade de análises críticas da dinâmica de oferta dos serviços no campo da saúde mental^{10-12,15}.

Estudos recentes^{16,17} que analisaram a distribuição de serviços da RAPS em âmbito nacional demonstram sua expansão e regionalização, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte. Por outro lado, apontam a existência de vazios assistenciais ligados principalmente à dificuldade de colaboração entre os municípios e ao subfinanciamento. Destaca-se a importância desses trabalhos considerando-se que a maioria das publicações sobre o processo de construção da RAPS são estudos qualitativos de contextos municipais ou regionais^{18,19}. Conforme ressaltado por Mello²⁰, o descompasso entre a execução de políticas públicas e a pesquisa científica é fato comum, não só no Brasil, mas também na comunidade internacional, sendo que o desmonte recente dos processos regionais da saúde canadense teria sido justificado justamente pela ausência de evidências científicas sobre as políticas instituídas. Diante disso, este estudo pretende analisar a regionalização dos serviços da RAPS em MG, gerando evidências e indicadores que possam potencializar a gestão estratégica do SUS no fortalecimento da atenção psicossocial do estado.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal dos serviços da RAPS de MG tendo as macrorregiões e regi-

ões de saúde (RS) como unidades de análise. As informações foram coletadas em maio/2019, tendo como fontes: base de dados governamentais (DATASUS e e-GESTORab); consulta direta à Coordenação Nacional de Saúde Mental; reconstruídas a partir da plataforma Regiões e Redes²¹, de modo a relacionar os 853 municípios mineiros, organizados em 13 macrorregiões de saúde e 77 RS. A opção por utilizar a divisão do estado tal como proposta por essa plataforma baseou-se em sua coincidência com o estabelecido no Plano Diretor de Regionalização de MG²² e na possibilidade de padronização e posterior comparação dos resultados de estruturação regional da RAPS em MG com as tipologias estabelecidas por Viana *et al.*²³ que estratificam as RS brasileiras em relação ao desenvolvimento socioeconômico e à oferta e à complexidade dos serviços de saúde em cada contexto regional. A estratificação por porte populacional baseou-se na classificação dos municípios nas categorias: pequeno porte = menos de 50.000 hab.; médio pequeno porte = de 50.000 a 99.999 hab.; médio porte = de 100.000 a 299.999 hab.; médio grande porte = de 300.000 a 499.999 hab. e grande porte = acima de 500.000 hab.²⁴.

Após a organização dos dados em um banco único foram produzidos indicadores a partir do número de serviços em relação à população, de acordo à estimativa realizada pelo e-Gestor com referência em 1º de julho do ano anterior²⁵, para melhor compreensão da cobertura efetivada em cada unidade de análise. O cálculo dos índices foi realizado considerando o valor máximo de cobertura em cada serviço ofertado, conforme detalhado a seguir.

O Índice CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) foi calculado à semelhança do indicador CAPS/100.000 hab., já largamente utilizado pelo MS⁸. Os critérios para financiamento desse serviço estabelecem: CAPS I mais de 15 mil hab., CAPS II, CAPS AD (álcool e drogas) e CAPSi (infante-juvenil): mais de 70 mil hab., CAPS III e CAPS ADIII: mais de 150 mil hab.²⁶:

$$iCAPS = 100.000 \times \frac{(\text{CAPS I} \times 0,5) + \text{CAPS II} + (\text{CAPS III} \times 1,5) + \text{CAPSi} + \text{CAPSad} + (\text{CAPSad III} \times 1,5)}{\text{População}}$$

O Índice NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) foi calculado considerando as modalidades I, II e III com o máximo de cobertura em

cada uma delas, ou seja, 9 eSF, 4 eSF e 2 eSF, respectivamente, e que cada equipe atende até 3.450 hab²⁷⁻²⁹:

$$iNASF = \frac{(\text{NASF I} \times 31.050) + (\text{NASF II} \times 13.800) + (\text{NASF III} \times 6.900)}{\text{População}}$$

O Índice LHG (Leitos Psicossociais em Hospitais Gerais) foi calculado considerando o valor estipulado pelo MS de 1 leito para cada 23 mil habitantes²⁶:

$$iLHG = \frac{\text{Número de leitos} \times 23.000}{\text{População}}$$

O Índice ESF (Estratégia de Saúde da Família), também já largamente utilizado pelo MS, foi calculado considerando a população que é coberta por tal serviço e a população total²⁹:

$$iESF = \frac{\text{População coberta}}{\text{População total}}$$

Por fim, foi calculado o Índice RAPS, construído metodológico deste estudo, como um índice geral de implantação dos serviços na RAPS em MG:

$$iRAPS = \frac{iCAPS + iNASF + iLHG + iESF}{4}$$

Para melhor visualização da distribuição do iRAPS nas unidades de análises, foram produzidos mapas por meio do *software* QGis. As análises estatísticas foram realizadas por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS). Com o intuito de analisar se os indicadores apresentam diferenças significativas pelas unidades de análise, foi realizado o teste não-paramétrico de Kruskal & Wallis. Para validação do iRAPS e análise de sua relação com os demais indicadores foi aplicada a Análise de Componentes Principais (PCA). Com o objetivo de analisar a interação do iRAPS nas RS segmentadas pela tipologia de Viana *et al.*²³, pela presença ou não de 3 pontos de atenção da RAPS e por densidade populacional, foi utilizado o Teste de Correlação de Spearman.

O presente estudo constitui parte inicial de uma pesquisa avaliativa da implantação da RAPS em Minas Gerais, foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE: 77798217.1.3001.5091) e encontra-se fi-

nanciado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG).

Resultados

O estado de Minas Gerais (MG) é o segundo mais populoso da federação (21.040.662 hab.); tem a quarta maior área territorial (557.448,8 km²) e 853 municípios, sendo que 91,68% deles conta com menos de 50.000 hab.²⁵.

Na Tabela 1, pode-se observar a distribuição dos componentes da RAPS por macrorregião, RS e porte populacional dos municípios de MG. Per-

cebe-se que a cobertura de ESF no estado é próxima de 80%, sendo que a cobertura dos serviços da Atenção Primária em Saúde (ESF e NASF), nas cidades de pequeno porte, é superior à dos demais municípios, demonstrando a interiorização desses serviços no estado. Com relação aos CAPS, em suas diversas modalidades, constata-se que foram implantados 369 CAPS em MG até 2019. Destes, a maioria são CAPS I, conforme esperado pela prevalência de pequenos municípios em MG, presentes em todas as RS, demonstrando uma interiorização também da atenção psicossocial especializada em MG.

Tabela 1. Distribuição dos componentes da RAPS por Macrorregião, Região de Saúde e porte populacional dos municípios. Minas Gerais, 2019.

Macrorregião/ Região de Saúde	População	ESF		NASF	ECR	CAPS						UAA	UAI	SRT	LHG
		N	Cobertura			I	II	III	Inf.	AD	AD III				
Centro	6.611.614	1.573	74,45%	220	5	18	18	13	18	9	3	1	1	41	65
Belo Horizonte	3.392.868	780	72,65%	112	4	1	5	10	7	2	2	1	1	38	14
Betim	718.033	189	73,53%	18	0	3	2	2	2	0	1	0	0	0	4
Contagem	870.154	179	70,18%	18	1	1	3	1	2	2	0	0	0	3	10
Curvelo	184.886	53	88,15%	12	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	5
Guanhães	115.303	41	92,90%	11	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Itabira	235.932	71	93,18%	10	0	3	1	0	1	1	0	0	0	0	6
Itabirito	185.417	46	85,59%	4	0	2	1	0	3	1	0	0	0	0	10
João Monlevade	138.981	30	69,54%	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Sete Lagoas	445.727	110	74,31%	25	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	14
Vespasiano	324.313	74	74,80%	8	0	1	3	0	2	2	0	0	0	0	0
Centro Sul	787.099	219	81,72%	53	1	4	3	1	2	4	0	0	0	32	22
Barbacena	237.652	61	75,04%	17	1	0	0	1	1	1	0	0	0	30	14
Conselheiro Lafaete	309.780	91	84,51%	20	0	2	2	0	1	2	0	0	0	2	7
São João del Rei	239.667	67	84,73%	16	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1
Jequitinhonha	295.599	108	99,06%	19	0	4	1	0	0	1	0	0	0	2	14
Diamantina	170.773	63	98,38%	9	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7
Minas Novas	124.826	45	100,00%	10	0	3	0	0	0	1	0	0	0	2	7
Leste	1.538.706	462	82,70%	102	2	18	5	0	4	3	0	1	1	0	26
Caratinga	202.519	68	93,87%	13	0	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0
Coronel Fabriciano	230.586	53	66,28%	9	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Governador Valadares	429.224	125	83,65%	34	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	10
Ipatinga	415.912	120	76,81%	19	1	4	2	0	0	0	0	0	0	0	11
Mantena	69.963	27	99,94%	8	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Resplendor	89.305	31	95,97%	8	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Santa Maria do Suaçuí	101.197	38	94,32%	11	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0

continua

Tabela 1. Distribuição dos componentes da RAPS por Macrorregião, Região de Saúde e porte populacional dos municípios. Minas Gerais, 2019.

Macrorregião/ Região de Saúde	População	ESF		NASF	ECR	CAPS					UAA	UAI	SRT	LHG	
		N	Cobertura			I	II	III	Inf.	AD					AD III
Leste do Sul	693.810	241	94,22%	51	0	12	4	0	2	1	0	0	0	1	18
Manhuaçu	344.129	117	95,33%	23	0	8	1	0	2	1	0	0	0	1	8
Ponte Nova	211.941	77	93,04%	17	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Viçosa	137.740	47	93,26%	11	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	10
Nordeste	922.509	334	99,76%	66	1	19	3	0	3	5	0	0	0	1	28
Águas Formosas	59.577	24	100,00%	8	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Almenara	182.042	67	99,81%	16	0	6	0	0	1	0	0	0	0	0	7
Araçuaí	89.680	35	100,00%	6	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	4
Itaobim	80.974	29	97,66%	4	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Nanuque	68.531	23	100,00%	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Padre Paraíso	62.685	23	100,00%	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Pedra Azul	53.880	22	100,00%	4	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Teófilo Otoni	325.140	111	100,00%	22	1	3	1	0	1	1	0	0	0	0	12
Noroeste	701.605	195	82,66%	32	0	8	1	0	0	1	1	0	0	0	0
João Pinheiro	74.336	17	73,05%	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patos de Minas	354.781	109	91,87%	21	0	4	1	0	0	1	1	0	0	0	0
Unaí	272.488	69	73,30%	8	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Norte	1.676.413	637	98,49%	97	2	20	6	1	5	4	1	1	1	1	40
Brasília de Minas	247.070	98	99,11%	17	0	4	1	0	0	1	1	0	0	0	0
Coração de Jesus	47.598	22	100,00%	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Francisco Sá	74.267	28	100,00%	6	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Janaúba	277.581	117	100,00%	21	1	3	1	1	2	0	0	0	1	0	8
Januária	115.906	35	85,53%	5	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Manga	57.099	25	100,00%	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Montes Claros	503.206	171	98,99%	11	1	1	1	0	1	2	0	1	0	1	20
Pirapora	146.345	48	99,16%	8	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Salinas	207.341	93	100,00%	19	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Oeste	1.289.538	331	80,82%	60	0	16	5	2	2	4	1	0	0	1	1
Bom Despacho	106.982	33	99,08%	8	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Divinópolis	475.387	95	65,15%	13	0	5	0	1	0	0	1	0	0	1	1
Formiga	131.350	41	93,23%	10	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Itaúna	123.297	32	83,69%	3	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0
Pará de Minas	248.119	60	79,21%	11	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0
Santo Antônio do Amparo	204.403	70	99,94%	15	0	5	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Sudeste	1.668.069	428	76,89%	85	1	21	4	1	3	3	2	1	0	29	71
Além Paraíba	57.258	16	80,22%	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Carangola	128.433	43	98,01%	10	0	4	0	0	1	1	0	0	0	0	9
Juiz de Fora	687.734	139	64,87%	18	1	3	2	0	1	1	0	0	0	24	32
Leopoldina	182.689	51	88,44%	11	0	3	0	1	0	1	0	0	0	1	8
Muriae	173.744	60	98,59%	16	0	3	1	0	0	0	1	1	0	0	8
Santos Dumont	50.757	15	89,84%	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São João	72.807	22	85,48%	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nepomuceno															
Ubá	314.647	82	71,20%	21	0	4	1	0	1	0	1	0	0	4	13

continua

Tabela 1. Distribuição dos componentes da RAPS por Macrorregião, Região de Saúde e porte populacional dos municípios. Minas Gerais, 2019.

Macrorregião/ Região de Saúde	População	ESF		NASF	ECR	CAPS					UAA	UAI	SRT	LHG	
		N	Cobertura			I	II	III	Inf.	AD					AD III
Sul	2.779.095	705	77,38%	114	4	26	12	0	3	8	1	0	2	9	44
Alfenas	322.017	82	83,04%	11	0	3	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Guaxupé	161.041	46	85,03%	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Itajubá	194.918	48	75,00%	9	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Lavras	183.347	39	66,40%	4	0	1	2	0	0	1	0	0	0	2	0
Passos	291.393	79	82,69%	20	1	2	2	0	0	2	0	0	0	0	2
Poços de Caldas	233.732	48	68,79%	9	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	8
Pouso Alegre	546.879	143	77,36%	16	1	5	1	0	0	1	0	0	0	0	15
São Lourenço	262.449	86	91,02%	20	1	5	1	0	1	0	1	0	1	0	5
São Sebastião do Paraíso	125.578	39	92,73%	8	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1
Três Corações	132.728	33	79,53%	4	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1
Três Pontas	125.199	25	58,68%	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	12
Varginha	199.814	37	59,62%	2	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Triângulo do Norte	1.294.816	222	56,87%	36	1	6	5	1	1	1	2	0	1	0	50
Ituiutaba	194.570	41	63,51%	7	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Patrocínio	194.398	49	84,79%	11	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	15
Uberlândia	905.848	132	49,45%	18	1	3	3	1	1	1	1	0	1	0	35
Triângulo do Sul	781.789	139	59,79%	23	1	4	4	0	2	3	0	0	0	1	6
Araxá	187.136	36	63,86%	5	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Frutal	179.694	34	64,88%	8	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Uberaba	414.959	69	55,74%	10	1	2	2	0	1	1	0	0	0	1	6
Minas Gerais	21.040.662	5.594	78,97%	958	18	176	71	19	45	47	11	4	6	118	385
Porte Populacional dos Municípios de MG															
Capital	2.501.576	613	76,57%	95	4	0	0	9	4	0	2	1	1	36	10
Interior	PP 8.631.633	2.977	93,36%	670	1	161	11	1	11	11	2	3	2	20	200
	MPP 2.832.805	653	77,72%	70	1	13	27	2	10	16	1	0	1	1	53
	MP 1.941.838	364	64,25%	40	4	1	14	1	9	11	2	0	1	34	41
	MGP 3.226.183	686	66,98%	61	6	1	14	4	8	7	3	0	1	3	39
	GP 1.906.627	301	54,10%	22	2	0	5	2	3	2	1	0	0	24	42

ESF: Equipe de Saúde da Família, NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ECR: Equipe de Consultório de Rua, CAPS: Centro de Atenção Psicossocial, UAA: Unidade de Acolhimento Transitório para adultos, UAI: Unidade de Acolhimento Transitório para o público infante-juvenil, SRT: Serviço Residencial Terapêutico, LHG: Leito Psicossocial em Hospital Geral; PP: pequeno porte - até 50.000 hab.; MPP: médio pequeno porte - 50.000-100.000 hab.; MP: médio porte - 100.000-300.000 hab.; MGP: médio grande porte - 300.000-500.000 hab.; GP: grande porte - acima de 500.000 hab.

Fonte: Autores.

Percebe-se que a implantação das Equipes de Consultório de Rua (ECR) e das Unidades de Acolhimento Transitório (UAA e UAI) ainda é inicial em MG. Com relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), foram implantadas 118 unidades com uma concentração na capital (Belo Horizonte, 30,5%) e em outros municípios nos quais estavam localizados os hospitais psiquiátricos do estado.

Identificaram-se 385 Leitos Psicossociais em Hospital Geral (LHG) no estado, com grandes diferenças de implantação entre as macrorregiões e RS, sendo que a maior parte dos leitos está situada em municípios de pequeno porte, seguida pelos de médio pequeno porte, demonstrando um processo de interiorização também dos LHG no estado.

A Tabela 2 apresenta o resumo dos indicadores gerados por macrorregiões e RS e também a

distribuição das RS pela tipologia proposta por Viana *et al.*²³. Como os indicadores foram construídos levando-se em consideração a cobertura estipulada pelo MS, valores maiores ou iguais a 1 indicam que a região tem um quantitativo de serviços conforme o determinado pelas normativas federais. Estatisticamente, verificou-se que há diferença entre os valores de todos os indicadores, de acordo com as macrorregiões de saúde (Tabela 3), demonstrando uma heterogeneidade na implantação de serviços da RAPS em MG. A Análise de Componentes Principais (PCA) demonstrou que o iRAPS pode ser usado como representante composto dos demais índices, ou seja, as macror-

regiões e RS de MG são melhor representadas por esse único indicador, o que o valida.

Observa-se que as macrorregiões Jequitinhonha, Leste do Sul, Nordeste e Norte destacam-se com os melhores indicadores do estado, apesar de terem a maioria de suas RS classificadas no Grupo 1 e, portanto, apresentarem menor status socioeconômico e menor oferta de serviços gerais de saúde. A região do Jequitinhonha se destaca também por ser a única macrorregião de MG que tem iLHG maior que 1. Nesse sentido, observa-se que este componente da RAPS é o que possui pior implantação em MG e que a macrorregião Noroeste, que tem 700 mil hab., não possui LHG.

Tabela 2. Indicadores e Grupos por Macrorregião e Região de Saúde. Minas Gerais, 2019.

Macrorregião/ Região de Saúde	iESF	iNASF	iCAPS	iLHG	iRAPS	Grupo	Macrorregião/ Região de Saúde	iESF	iNASF	iCAPS	iLHG	iRAPS	Grupo
Centro	0,74	0,89	1,18	0,23	0,76		Jequitinhonha	0,99	1,31	1,35	1,09	1,19	
Belo Horizonte/ Nova Lima/ Caeté	0,73	1,00	0,96	0,09	0,69	5	Diamantina	0,98	1,01	0,88	0,94	0,95	1
Betim	0,74	0,73	1,39	0,13	0,75	3	Minas Novas/ Turmalina/ Capelinha	1,00	1,71	2,00	1,29	1,50	1
Contagem	0,70	0,64	1,03	0,26	0,66	4	Leste	0,83	1,17	1,36	0,39	0,94	
Curvelo	0,88	1,18	1,08	0,62	0,94	2	Caratinga	0,94	1,29	2,47	0,00	1,18	1
Guanhães	0,93	1,26	1,30	0,20	0,92	1	Coronel Fabriciano/ Timóteo	0,66	0,64	1,30	0,00	0,65	3
Itabira	0,93	0,86	1,91	0,58	1,07	4	Governador Valadares	0,84	1,37	0,82	0,54	0,89	3
João Monlevade	0,70	0,32	1,08	0,17	0,57	3	Ipatinga	0,77	1,05	0,96	0,61	0,85	3
Ouro Preto	0,86	0,67	3,24	1,24	1,50	4	Mantena	1,00	1,68	2,86	0,00	1,38	1
Sete Lagoas	0,74	1,03	0,79	0,72	0,82	3	Resplendor	0,96	1,24	2,24	1,29	1,43	1
Vespasiano	0,75	0,69	2,31	0,00	0,94	3	Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista	0,94	1,33	1,48	0,00	0,94	1
Centro Sul	0,82	1,13	1,59	0,64	1,04		Nordeste	1,00	1,48	2,22	0,70	1,35	
Barbacena	0,75	1,29	1,47	1,35	1,22	3	Águas Formosas	1,00	1,56	4,20	0,77	1,88	1
Conselheiro Lafaiete/ Congonhas	0,85	1,24	1,94	0,52	1,13	3	Almenara	1,00	1,71	2,20	0,88	1,45	1
São João del Rei	0,85	0,83	1,25	0,10	0,76	3	Araçuaí	1,00	1,50	2,79	1,03	1,58	1
Leste do Sul	0,94	1,34	1,87	0,60	1,19		Itaobim	0,98	1,32	3,70	0,57	1,64	1
Manhuaçu	0,95	1,40	2,32	0,53	1,30	1	Nanuque	1,00	0,65	0,73	0,00	0,60	2
Ponte Nova	0,93	1,17	1,18	0,00	0,82	1	Padre Paraíso	1,00	1,71	1,60	0,37	1,17	1
Viçosa	0,93	1,45	1,82	1,67	1,47	3	Pedra Azul	1,00	1,98	4,64	0,00	1,91	1

continua

Tabela 2. Indicadores e Grupos por Macrorregião e Região de Saúde. Minas Gerais, 2019.

Macrorregião/ Região de Saúde	iESF	iNASF	iCAPS	iLHG	iRAPs	Grupo	Macrorregião/ Região de Saúde	iESF	iNASF	iCAPS	iLHG	iRAPs	Grupo
Sudeste	0,77	0,74	1,50	0,98	1,00		Teófilo Otoni/ Malacacheta/ Itambacuri	1,00	1,42	1,38	0,85	1,16	1
Além Paraíba	0,80	1,02	1,75	0,40	0,99	3	Noroeste	0,83	0,86	1,07	0,00	0,69	
Carangola	0,98	1,18	3,11	1,61	1,72	1	João Pinheiro	0,73	0,79	0,67	0,00	0,55	2
Juiz de Fora/ Lima Duarte/ Bom Jardim de Minas	0,65	0,25	0,80	1,07	0,69	5	Patos de Minas	0,92	1,12	1,55	0,00	0,90	3
Leopoldina/ Cataguases	0,88	1,00	2,19	1,01	1,27	3	Unai	0,73	0,54	0,55	0,00	0,46	2
Muriáé	0,99	1,87	2,30	1,06	1,55	3	Norte	0,98	1,18	1,67	0,55	1,09	
Santos Dumont	0,90	0,00	0,99	0,00	0,47	3	Brasília de Minas/São Francisco	0,99	1,52	2,23	0,00	1,18	1
São João Nepomuceno / Bicas	0,85	0,57	0,69	0,00	0,53	3	Coração de Jesus	1,00	1,38	1,05	1,45	1,22	1
Ubá	0,71	0,96	1,75	0,95	1,09	3	Francisco Sá	1,00	1,72	2,02	1,86	1,65	1
Sul	0,77	0,79	1,35	0,36	0,82		Janaúba/Monte Azul	1,00	1,80	2,16	0,66	1,41	1
Alfenas/ Machado	0,83	0,73	0,47	0,00	0,51	3	Januária	0,86	0,89	1,73	0,00	0,87	1
Guaxupé	0,85	0,69	0,62	0,00	0,54	3	Manga	1,00	1,99	0,88	0,00	0,97	1
Itajubá	0,75	0,88	1,28	0,00	0,73	3	Montes Claros/ Bocaiúva	0,99	0,27	0,89	0,91	0,77	3
Lavras	0,66	0,45	1,91	0,00	0,76	3	Pirapora	0,99	1,13	2,39	0,00	1,13	2
Passos/Piumhi	0,83	1,23	1,72	0,16	0,98	3	Salinas/ Taiobeiras	1,00	1,83	1,93	0,33	1,27	1
Poços de Caldas	0,69	0,94	1,07	0,79	0,87	5	Oeste	0,81	1,02	1,82	0,02	0,92	
Pouso Alegre	0,77	0,53	0,82	0,63	0,69	3	Bom Despacho	0,99	1,55	1,40	0,00	0,99	3
São Lourenço	0,91	1,28	2,29	0,44	1,23	3	Divinópolis/ Santo Antônio do Monte	0,65	0,65	1,16	0,05	0,63	3
São Sebastião do Paraíso	0,93	1,32	2,79	0,18	1,30	3	Formiga	0,93	1,42	1,90	0,00	1,06	3
Três Corações	0,80	0,49	1,88	0,17	0,84	3	Itaúna	0,84	0,48	2,84	0,00	1,04	3
Três Pontas	0,59	0,83	1,20	2,20	1,20	3	Pará de Minas	0,79	1,08	1,81	0,00	0,92	2
Varginha	0,60	0,31	1,75	0,00	0,66	5	Santo Antônio do Amparo/ Campo Belo	1,00	1,59	2,94	0,00	1,38	1
Triângulo do Sul	0,60	0,54	1,41	0,18	0,68		Triângulo do Norte	0,57	0,62	1,12	0,89	0,80	
Araxá	0,64	0,44	1,87	0,00	0,74	4	Ituiutaba	0,64	0,60	0,77	0,00	0,50	3
Frutal/Iturama	0,65	0,56	1,39	0,00	0,65	3	Patrocínio/ Monte Carmelo	0,85	1,01	1,80	1,77	1,36	2
Uberaba	0,56	0,57	1,20	0,33	0,67	5	Uberlândia/ Araguari	0,49	0,53	1,05	0,89	0,74	5
Minas Gerais	0,79	0,94	1,41	0,42	0,89								

Fonte: Autores, tipologia de Viana et al.²³.

As macrorregiões Triângulo do Norte e Triângulo do Sul, apesar de contarem com RS classificadas como Grupo 3, 4 ou 5, chamam a atenção por terem iESF e iNASF bem abaixo do índice das demais macrorregiões e do estado, denotando uma fragilidade regional neste ponto de atenção da RAPS. O índice NASF estadual foi de 0,94 e encontra-se próximo ou maior que 1 na maioria das outras macrorregiões. Com relação ao índice CAPS, MG apresentou iCAPS geral de 1,41 e todas as macrorregiões apresentam índices acima de 1.

Aprofundando a análise para as RS, observa-se que o iRAPS de cada macrorregião, tanto pode representar uma homogeneidade regional (com nas RS do Triângulo do Sul), mas também um leque variado de heterogeneidade regional (Figura 1). Na análise da Tabela 2, percebe-se também uma variação dos indicadores dentro de cada RS. Como exemplo, na macrorregião Sudeste, a RS de Carangola possui o maior iRAPS do estado

(1,72) e a RS de Santos Dumont conta com um dos menores iRAPS encontrados (0,47). A RS de Santos Dumont chama atenção também por ser a única do estado que apresenta iNASF 0.

Na análise das RS agrupadas pela tipologia de Viana *et al.*²³ percebem-se dados interessantes em MG. As RS do Grupo 1 possuem iRAPS estatisticamente superiores às RS de grupos caracterizados por melhores condições socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde. Foi observada também uma correlação estatística negativa entre a densidade populacional da RS e os valores do iRAPS (Tabela 4).

Ao analisar os pontos de atenção da RAPS nas RS, identificamos que todas elas têm pelo menos dois pontos de Atenção, isto é, APS (ESF ou NASF), Atenção Psicossocial Especializada (CAPS independente da modalidade), e 61% delas contam com três pontos de cobertura da RAPS (APS, CAPS e LHG). Pelas análises estatísticas, foi possível perceber uma relação significa-

Tabela 3. Teste Kruskal & Wallis: indicadores por macrorregiões de saúde. Minas Gerais, 2019.

Indicadores	Macrorregiões de Saúde													p-valor
	Centro	Centro Sul	Jequitinhonha	Leste	Leste do Sul	Nordeste	Noroeste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	Triângulo do Norte	Triângulo do Sul	
iESF	0,74	0,82	0,99	0,83	0,94	1,00	0,83	0,98	0,81	0,77	0,77	0,57	0,60	0,00
iNASF	0,89	1,13	1,31	1,17	1,34	1,48	0,86	1,18	1,02	0,74	0,79	0,62	0,54	0,00
iCAPS	1,18	1,59	1,35	1,36	1,87	2,22	1,07	1,67	1,82	1,50	1,35	1,12	1,41	0,00
iLHG	0,23	0,64	1,09	0,39	0,60	0,70	0,00	0,55	0,02	0,98	0,36	0,89	0,18	0,00
iRAPS	0,76	1,04	1,19	0,94	1,19	1,35	0,69	1,09	0,92	1,00	0,82	0,80	0,68	0,00

Fonte: Autores.

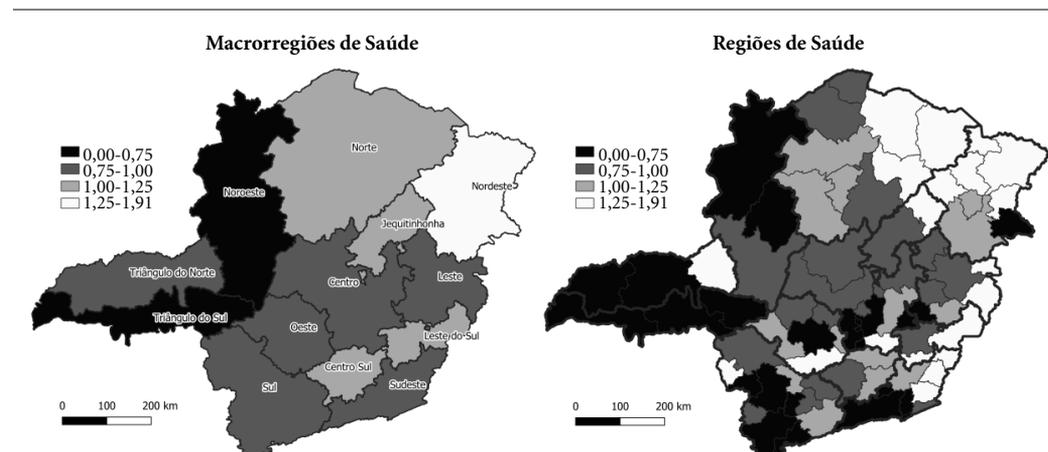


Figura 1. Distribuição espacial do iRAPS nas Macrorregiões e Regiões de Saúde de Minas Gerais, 2019.

Fonte: Autores.

tiva do iRAPS com as RS que têm três ou mais pontos de atenção da RAPS (Tabela 4).

Na análise dos CAPS em suas diversas modalidades, observa-se que as 68 RS que têm, em seu território, uma população maior que 70 mil hab. e atenderiam ao critério de implantação para CAPS II, CAPS i e CAPS AD, 19 (27,9%) não contam com CAPS II, 38 (55,9%) não têm CAPS i e 32 (47%) não têm CAPS AD. Com relação aos CAPSi, percebe-se também duas macrorregiões sem cobertura. Nesse sentido, a implantação de CAPS III e CAPS AD III mostra-se ainda mais incipiente: das 48 RS que têm mais de 150 mil hab., somente 9 (18,7%) contam com CAPS III e 10 (20,8%) com CAPS AD III. Mesmo quando são analisadas as macrorregiões que atendem ao critério de implantação de CAPS III, evidenciam-se sete macrorregiões que não o possuem. O mesmo ocorre com relação ao CAPS ADIII: 6 macrorregiões não o têm, apesar de seu contingente populacional, demonstrando um entrave para retaguarda às crises em vastos territórios estaduais.

Discussão

A regionalização dos serviços de saúde tem ocupado o centro do debate da reorganização do SUS na última década²⁰; entretanto, esse processo ainda encontra diversos entraves para sua concretização. Politicamente, a autonomia municipal, como resultado da direção administrativa inicial

da descentralização do SUS, constitui um desafio devido à lógica de negociação dos interesses políticos em detrimento do planejamento regional, aliada a uma debilidade da indução normativa e financeira do governo federal em incrementar seus investimentos de maneira proporcional e equitativa às novas necessidades de fortalecimento sistêmico das RS^{4,6,20,30-32}.

No que tange à regionalização da RAPS, esse processo pode ser ainda mais complexo, tendo em vista que a estruturação de uma rede integrada de atenção em saúde mental, pública e universal, com ações que vão desde o atendimento aos transtornos mentais leves até o manejo das crises, além de serviços e ações de desinstitucionalização e reinserção psicossocial, supõe o desenvolvimento de instrumentos refinados de coordenação, regulação e planejamento^{16,33}.

Percebe-se que houve uma extensa implantação dos serviços da RAPS em MG, principalmente nos municípios de pequeno porte, indicando uma interiorização dessa rede, tal como encontrada em nível nacional^{16,17}. Entretanto, apesar dos avanços, constata-se a necessidade de maiores investimentos para a concretização do funcionamento das RS como instâncias autônomas de funcionamento da RAPS em MG, pois seria esperado como padrão mínimo três pontos de cobertura da RAPS em cada RS¹⁶, o que não ocorre em 39% das RS do estado.

Conforme demonstrado internacionalmente³⁴, uma rede assistencial integral em saúde mental deve contar com diversos níveis de atenção

Tabela 4. Análises estatísticas do iRAPS por Tipologia da Região de Saúde, Pontos de Atenção da RAPS nas Regiões de Saúde e Densidade populacional das Macrorregiões e Regiões de Saúde. Minas Gerais, 2019.

		Mediana
iRAPS	Grupo 1	1,30
	Grupo 2	0,94
Tipologia de Viana <i>et al.</i> ²³	Grupo 3	0,85
	Grupo 4	1,07
	Grupo 5	0,69
	Teste de Kruskal-Wallis (p-valor)	0,000
iRAPS	<3 pontos	0,87
	≥3 pontos	1,07
Pontos de atenção da RAPS	Teste de Kruskal-Wallis (p-valor)	0,016
Regiões de Saúde	iRAPS	1,01
	Densidade Populacional	38,65
	Teste rô de Spearman (p-valor)	-0,24 (p-valor 0,000)
Macrorregiões	iRAPS	0,95
	Densidade Populacional	48,62
	Teste rô de Spearman (p-valor)	-0,41 (p-valor 0,000)

Fonte: Autores.

funcionando de maneira articulada. Dessa forma, a APS funcionando como ordenadora das RAS, como proposto no modelo brasileiro⁵, desempenha um papel fundamental na RAPS, visando o desenvolvimento de ações em um território conhecido e possibilitando aos profissionais uma proximidade para conhecerem a história de vida dos usuários e seus vínculos comunitários³⁵. Percebe-se que o processo de implantação da APS em MG foi extenso, sendo que a maioria das RS do estado apresentam cobertura de ESF superior a 70%. No entanto, ainda estão presentes RS com baixas coberturas de ESF, como Uberaba (56%) e Uberlândia/Araguari (49%), indicando a necessidade de maior investimento na APS dessas regiões pela política estadual. Além disso, sabe-se que a implantação isolada de serviços e equipes não garante um funcionamento adequado dos equipamentos de saúde. Diversos estudos apontam que os profissionais da APS apresentam dificuldades para lidar com as demandas psicossociais e resistências para o cuidado ao usuário com necessidades em saúde mental, o que dificulta o processo de atenção^{35,36}.

Uma das estratégias propostas pelo MS para lidar com essa questão foi a implantação do NASF que, obrigatoriamente, tem um profissional especialista da área de saúde mental, questão fundamental principalmente para os pequenos municípios, onde muitas vezes este é o único profissional com essa formação na cidade³⁷. Nesse sentido, os profissionais do NASF, utilizando dispositivos como o matriciamento³⁶, têm como objetivo desenvolver a proposta de Educação Permanente em Saúde³⁸ para compartilhamento do conhecimento e aumento da capacidade técnica dos profissionais da APS. Todavia, apesar da presença do NASF em boa parte do estado constituir um avanço para o cuidado em saúde mental na APS em MG, estudos anteriores constataram dificuldades práticas na efetivação dessa proposta, tanto no âmbito nacional^{36,39}, quanto em MG⁴⁰, ligadas à perpetuação do paradigma biomédico, à falta de visão e apoio da gestão, às resistências dos próprios profissionais do NASF à proposta do matriciamento, à falta crônica e alta rotatividade dos recursos humanos, dentre outras. Essas fragilidades podem comprometer tanto a atenção em saúde mental na APS como também a integração desses serviços com os demais componentes da RAPS. Além disso, recentemente⁴¹, o MS lançou uma portaria que deixa a cargo da administração municipal a seleção de quais profissionais seriam necessários para compor a equipe do NASF e retira a obrigatoriedade

de contar com um profissional de saúde mental, levando a um receio em relação a continuidade das melhorias já alcançadas.

Com relação aos Consultórios de Rua, que oferecem ações e cuidados de forma itinerante a populações com alto grau de vulnerabilidade social e muitas vezes negligenciadas pelos próprios serviços de saúde⁴², valorizando singularidades e se contrapondo à lógica manicomial, percebe-se que 18 unidades no estado são insuficientes para lidar com a população de rua crescente, principalmente nos grandes centros urbanos, como também observado no contexto nacional^{43,44}.

A ampliação do número de Serviços Residenciais Terapêuticos no estado de MG era um dos objetivos da Política Estadual de Saúde Mental⁴⁵. No entanto, essa ampliação não ocorreu, conforme pretendido, no período analisado. Nesse ponto também pode-se inferir entraves relacionados à municipalização da política nacional de saúde, pois os SRT são serviços de gestão municipal, ficando sua implantação a cargo do gestor.

No que tange à atenção psicossocial especializada, o índice CAPS mostra que o estado ampliou sua cobertura passando de 0,95⁸ em 2015 para 1,41 em 2019. Este índice foi impulsionado pelas cidades de pequeno porte, como também encontrado em nível nacional^{16,17}. Entretanto, evidenciou-se uma baixa implantação de CAPS III e CAPSs direcionados a populações específicas em RS que atenderiam ao critério populacional para sua implantação. O CAPS III, por ter funcionamento 24 horas, possibilita um cuidado contínuo no manejo às crises sendo essencial para que a RAPS possa funcionar prescindindo do hospital psiquiátrico. Apesar da complexidade inerente a esse serviço e seu alto custo de manutenção¹⁸, os resultados encontrados sugerem que o investimento na implantação desses serviços deveria ser visto como prioridade pela política pública para melhor funcionamento da RAPS no estado. Esses resultados podem sugerir também uma dificuldade na pactuação regional de serviços mais estruturados que deveriam dar retaguarda ao contingente populacional estipulado pelas normativas do MS, mesmo que dividido em diferentes municípios. Nesse sentido, o fato do iRAPS ser inversamente proporcional à densidade populacional das regiões analisadas pode mascarar dificuldades práticas do acesso à rede, tendo em vista a grande extensão territorial de algumas macrorregiões e mesmo RS em MG. Ademais, sabe-se que ações da saúde são dificultadas em regiões rurais ou com baixas densidades demográficas, devido a fatores como ineficiências

logísticas, ausência de participação popular e à dificuldade de alocação e contratação de recursos humanos⁴⁶. Por outro lado, os menores valores de iRAPS nas regiões mais populosas pode sugerir uma sobrecarga dos serviços nessas localidades.

Os Leitos Psicossociais em Hospital Geral (LHG) devem atender aos casos complexos que ultrapassam a capacidade resolutive dos CAPS, como alternativa às internações em hospitais psiquiátricos⁴⁷. Entretanto, identifica-se que, de um total de 767 LHG pactuados no Plano de Ação de 2012⁴⁸, MG conseguiu implantar 375. Apesar da deficiência, observa-se que 53,3% dos LHG estão situados em municípios de pequeno porte que não contam com CAPS III e que, se forem utilizados adequadamente e de maneira compartilhada pelas RS, podem favorecer o cuidado integral comunitário nesses territórios.

Com relação à assistência aos usuários com problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, percebe-se um déficit na implantação de CAPS AD e CAPS AD III em MG. Esses dados são concordantes com os achados de Macedo *et al.*⁴⁹ que demonstraram que, no Brasil, dos municípios com critério para implantação, 50,6% não contam com CAPS AD e 79,1% não contam com CAPS AD III. A mesma observação pode ser feita para as Unidades de Acolhimento Transitório (UAT) que constituem serviços para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas, com acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e com tempo de permanência de até seis meses. Do total de 40 UAA (público adulto) e 52 UAI (público infanto-juvenil) pactuadas em 2016⁴⁵ foram implementadas somente 12,5% das UAA e 13,5% das UAI. Esse cenário também é condizente com o encontrado em nível nacional, em que, do total de municípios que preenchem o critério de implantação, apenas 9,7% contam com esse serviço⁴⁹. Ademais, ainda se percebe preconceito, inexperiência e pouco envolvimento dos profissionais da APS e mesmo do NASF com pessoas usuárias de álcool e outras drogas^{40,49}. Essas constatações podem provocar uma busca dos usuários e familiares por Comunidades Terapêuticas (CT)⁴⁰, serviços que, apesar de terem sido incluídos na nova política nacional de saúde mental, têm um funcionamento contrário a toda a lógica antimanicomial que embasou a implantação da RAPS no país. Ademais, muitas CT não funcionam de acordo com as normas técnicas vigentes, deixando os usuários sujeitos a violações de seus direitos^{11,50}. Em MG, esse fato é ainda mais preocupante, pois o governo estadual instituiu, entre 2012 e 2015, o programa “Alian-

ça pela Vida” que priorizou recursos para essas instituições, na sua maioria privadas e de cunho religioso^{45,50}, e dificultou a implantação de outros serviços, na época. Além disso, a presença de CT, principalmente nos pequenos municípios, pode dificultar o investimento municipal na implantação de outros serviços da RAPS, pois os gestores municipais podem entender as CT como principal retaguarda aos usuários^{40,49}.

Na assistência psicossocial ao público infanto-juvenil, ressalta-se que o MS reduziu o critério populacional para financiamento do CAPSi de 200 mil hab. para 70 mil em 2011⁷, o que possibilitou uma ampliação e interiorização. No entanto, a implantação desses serviços em MG ainda é insuficiente: 52,27% das RS estão descobertas. Este dado também foi constatado no contexto nacional, onde, em estudo sobre esses dispositivos, Macedo *et al.*⁵¹ observaram que eles são insuficientes e desigualmente distribuídos, com a presença de muitos vazios assistenciais no país, em todas as regiões.

Chama atenção nesse estudo que os maiores valores do iRAPS foram encontrados nas RS situadas nos grupos com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Grupo 1), fato que difere do encontrado por Macedo *et al.*¹⁶ no território nacional, onde as regiões mais bem equipadas com serviços de saúde mental apresentavam médio ou alto desenvolvimento e oferta de serviços de saúde. Esse resultado pode sugerir uma priorização da saúde mental nas ações da política estadual.

Considera-se que o indicador geral criado (iRAPS) constitui uma ferramenta útil para análise do aspecto estrutural da RAPS em MG e pode ser reproduzido em estudos posteriores, possibilitando comparações ao longo do tempo da implementação dos serviços desta rede no estado ou mesmo em outras regiões brasileiras. Deve-se ressaltar que Fernandes¹⁷ também utilizou um índice geral para análise crítica dos serviços da RAPS no Brasil. Entretanto, neste estudo, foram feitas opções diferentes a respeito de quais serviços incluir no cálculo. A inclusão da cobertura de ESF no índice aqui apresentado, não contemplado no cálculo de Fernandes¹⁷, relaciona-se ao seu papel fundamental na regionalização dos serviços da RAPS⁶. Por outro lado, a não inclusão das Unidades de Acolhimento Transitório baseou-se no fato de serem serviços direcionados a municípios maiores que representam uma parcela muito pequena dos municípios do estado e poderia, portanto, enviesar o cálculo do índice em MG. Como no cálculo de Fernandes¹⁷, também não foram incluídos no cálculo os Serviços de

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) e outros por não serem serviços específicos da RAPS. Empreendimentos solidários, cooperativas sociais, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Equipes de Consultório de Rua (eCR) e Centros de Convivência não foram incluídos por não apresentarem parâmetros gerais definidos para a sua criação, tornando inviável o cálculo de sua cobertura. Os ambulatórios e CAPS AD IV não foram incluídos, pois fazem parte de uma proposta recente e ainda não consolidada⁵².

Como limitações deste estudo, sabe-se que a saúde mental comunitária deve focar não somente no tratamento dos usuários, mas também em suas potencialidades, capacidades e aspirações^{34,53}. Dessa maneira, o fato de a pesquisa atual não incluir, nos serviços analisados, aqueles que focam inserção e participação social do usuário, pode ser visto com ressalvas. Deve-se considerar também que o uso de indicadores para análise da implantação de serviços da RAPS possibilita uma visão panorâmica sobre o processo. No entanto, é necessária alguma cautela na análise dos resultados. Como exemplo, pode-se citar que o MS considera adequada a existência de um CAPS para cada 100.000 hab. e, dessa forma, supor que, nas RS onde o índice está próximo ou superior a 1, teremos CAPS suficientes para o atendimento da população, o que nem sempre é verdadeiro. Mesmo dentro da RS, pode-se ter um território com excesso de cobertura que mascara outro deficiente ou mesmo alguns municípios que não conseguem acesso pela falta de pacto para com-

partilhamento dos serviços ou, mesmo quando esse pacto existe, a grande distância entre alguns municípios e/ou a falta de transporte público nas localidades podem gerar vazios assistenciais⁵⁴. Dessa forma, para melhor compreensão do funcionamento da RAPS no estado de MG, são necessárias pesquisas futuras que possam aprofundar os resultados aqui encontrados.

Considerações finais

A análise da regionalização da saúde no SUS possibilita identificar particularidades da atenção psicossocial em determinados territórios, ligadas a fatores históricos, econômicos e sociais que produzem diferenças nas condições de saúde, oferta de serviços, cobertura, recursos humanos e financiamento. Nesse sentido, este estudo analisou a regionalização dos serviços da RAPS em MG mediante a construção de indicadores que refletem aspectos estruturais dessa rede, provendo evidências que podem ser utilizadas também pela gestão para melhora da assistência em saúde mental no estado. A partir do cenário apresentado, percebe-se que a implantação de uma rede robusta de serviços da RAPS em MG, entretanto, apesar dos avanços já alcançados, para a consolidação da RS como uma unidade autônoma de atenção psicossocial, ainda necessita melhorias. O conhecimento produzido gerou também subsídios para uma avaliação do grau de implantação da RAPS no estado, estudo que será conduzido pelos autores posteriormente.

Colaboradores

VAA Coelho participou da concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. LI Andrade participou da coleta, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. DA Guimarães participou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. CM Modena participou da concepção, delineamento e interpretação dos dados e revisão crítica do texto. EAA Guimarães participou na concepção, delineamento, na interpretação dos dados e na redação do artigo. CAP Gama participou na concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. LSM Pereira participou da concepção, coleta, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do texto.

Referências

- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(2):171-178.
- Lake J. A *Mental Health Pandemic: The Second Wave of COVID-19* [Internet]. Psychiatric Times; 2020 [cited 2021 fev 8]. Available from: <https://www.psychiatric-times.com/view/a-mental-health-pandemic-the-second-wave-of-covid-19>.
- Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, Sreenivas V, Saxena S. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007; 370:1061-1077.
- Moreira LMC, Ferré F, Andrade EIG. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1245-1256.
- Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
- Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1791-1798.
- Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 26 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12. Informativo Eletrônico*. Brasília: MS; 2015.
- Brasil. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2018; 22 dez.
- Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):e00129519.
- Bastos FI. Políticas de drogas no Brasil contemporâneo: aportes da ciência, da clínica e do liberalismo moderno. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):e00125519.
- Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):e00156119.
- Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovannella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; 394(10195):345-356.
- Emerich BF, Arbex D, Yasui S. *A quem interessa o desmonte da política de saúde mental?* [Internet]. Folha de S. Paulo; 2020 [acessado 2021 fev 8]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2020/12/a-quem-interessa-o-desmonte-da-politica-de-saude-mental.shtml>.
- Cavalcanti MT. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):00184619.
- Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saude Soc* 2017; 26(1):155-170.
- Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Healthcare Coverage Index in the Psychosocial Care Network (iRAPS) as a tool for critical analysis of the Brazilian psychiatric reform. *Cad Saude Publica* 2020; 36(4):e00049519.
- Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado, PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e113.
- Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet* 2015; 20(10):3243-3253.
- Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1291-1310.
- Região e Redes. *Região e Redes: banco de indicadores regionais e tipologias* [Internet]. 2020 [acessado 2020 jul 15]. Disponível em: <http://indicadores.resbr.net.br/view/>.
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Plano Diretor de Regionalização* [Internet]. 2011 [acessado 2021 fev 8]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>.
- Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saude Soc* 2015; 24(2):413-422.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades e Estados* [Internet]. 2019 [acessado 2020 set 2]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão na Atenção Básica. e-Gestor AB* [Internet]. [acessado 2021 jan 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 28 set.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004*. Brasília: MS; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Núcleo Ampliado de Saúde da Família: Modalidades NASF* [Internet]. 2020 [acessado 2021 fev 8]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/modalidades/>.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Nota Metodológica. Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica, 2017* [Internet]. [acessado 2021 fev 8] Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_SB.pdf.

30. Ribeiro PT, Tanaka OY, Denis J-L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1075-1084.
31. Vázquez M-L, Vargas I, Unger J-P, Paepé P, Mogolón-Pérez AS, Samico I, Albuquerque P, Eguiguren P, Cisneros AI, Rovere M, Bertolotto F. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015; 5(7):e007037.
32. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2881-2892.
33. Amaral CEM, Bosi MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saude Soc* 2017; 26(2):424-434.
34. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* 2016; 15(3):276-286.
35. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. *Esc Anna Nery* 2019; 23(2):1-8.
36. Treichel CAS, Onocko-Campos RT, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e180617.
37. Alvarez APE, Vieira ACD, Almeida FA. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis Rev Saude Colet* 2019; 29(4):1-17.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 13 fev.
39. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saude Debate* 2017; 41:345-359.
40. Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200438
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Nota técnica nº 3/2020, de 27 de janeiro de 2020. Tem como assunto o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil*. Brasília: MS; 2020.
42. Coelho VAA, Costa-Val A, Silva RA, Cunha CF. Navegar é preciso, viver é (im) preciso. *Estud Contemp Subjet* 2016; 6(1):99-112.
43. Machado MPM, Rabello E. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. *Physis Rev Saude Colet* 2018; 28(4):e280413.
44. Natalino MAC. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil* [Internet]. Brasília: IPEA; 2016 [acessado 2021 fev 8]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf.
45. Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 5.461, de 19 de outubro de 2016. *Institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte; 2016.
46. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saude* 2016; 25(4):767-776.
47. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12):4579-4589.
48. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 664, de 23 de abril de 2013. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Minas Gerais e Municípios. *Diário Oficial da União* 2013; 23 abr.
49. Macedo JP, Abreu MM, Dimenstein M. A regionalização da atenção psicossocial em álcool e outras drogas no Brasil. *Tempus Actas Saude Colet* 2018; 11(3):144-162.
50. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Ministério Público Federal. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília: CFP; 2018.
51. Macedo JP, Fontenele MG, Dimenstein M. Saúde Mental Infantojuvenil: Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil. *Rev Polis Psique* 2018; 8(11):112-131.
52. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Nota Técnica Nº 38/2019, de 18 de dezembro de 2019. Trata-se da Revogação de Notas Técnicas. Departamento de Ações Estratégicas (DAPES/SAPS/MS)*. Brasília: MS; 2019.
53. Amarante P, Torre EHG. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(63):763-774.
54. Gonçalves VM, Candiago RH, Saraiva SS, Lobato MIR, Belmonte-de-Abreu OS. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Rev Psiquiatr RS* 2010; 32(1):16-18.

Artigo apresentado em 10/02/2021

Aprovado em 29/06/2021

Versão final apresentada em 01/07/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

