

**DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (RAPS) NAS REGIÕES AMPLIADAS DE SAÚDE DO ESTADO DE
MINAS GERAIS-BR**

Leonardo Isolani e Andrade
Carlos Alberto Pegolo da Gama
Marco Túlio Resende Clementino
Ana Luíza Moreira Pauferro
Flávia Borba Paulino Coelho
Denise Alves Guimarães
Vívian Andrade Araújo Coelho
Mariana Arantes e Silva

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
CAMPUS CENTRO OESTE**

RESUMO

Após quase 20 anos da implantação da reforma psiquiátrica no Brasil e 10 anos da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), importantes passos foram dados para a ampliação, integração e articulação dos pontos de atenção à Saúde Mental. Porém, nota-se que não são todas as regiões que contam com a presença de todos os serviços e componentes estabelecidos na RAPS. O objetivo da pesquisa foi avaliar a implantação e oferta dos serviços de apoio à saúde mental através de um indicador da RAPS. Foram coletados os números de Equipes de Saúde da Família (eSF), Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Leitos de Hospital Geral (LHG) nas bases de dados e-Gestor AB e Datasus de todos os municípios de Minas Gerais. Depois, os dados foram agrupados por micro e macrorregiões. Então, foi calculado o índice de cada componente separado. O índice de CAPS foi calculado considerando que a modalidade CAPS I atende 50 mil habitantes, a CAPS III 150 mil e as outras 100 mil cada uma. O de ESF definiu que cada equipe atende até 2 mil habitantes. O de NASF considerou que o NASF 1 atende até 9 eSF, o NASF 2 até 4 eSF e o NASF 3 até 2 eSF. E o de LHG definiu que cada leito supre o acesso a até 23 mil habitantes. Por fim, somou-se os quatro índices e dividiu por 4 para chegar no Índice RAPS (iRAPS) e avaliar a real situação da assistência à saúde mental. Resultados: O iRAPS do estado foi 0,72. As macrorregiões com os maiores índices são: Nordeste (1,07), Leste do Sul (0,99) e Jequitinhonha (0,98); e as com os menores são: Triângulo do Sul (0,56), Noroeste (0,57) e Centro (0,59). Porém, podemos perceber que mesmo estando em uma macrorregião com o melhor acesso, há microrregiões com baixa oferta, como é o caso de Nanuque (0,45) da macro Nordeste (1,07), evidenciando os vazios assistenciais no estado. Percebe-se que a implantação da RAPS em algumas regiões de Minas Gerais ainda está em processo, enquanto que outras estão mais avançadas. Dessa forma, fica evidente que é necessário um aprimoramento igualitário das regiões de saúde do estado para que, assim, tais discrepâncias possam se reduzir ao máximo e ofertar os serviços saúde em diferentes níveis de complexidade para a população.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira representa uma proposta de reformulação das formas de lidar com a doença mental no Brasil e está ligada a movimentos similares ocorridos em outros países e contemporâneo da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ^{1, 2}.

Esse movimento, ainda em curso, constitui um processo político e social complexo iniciado na década de 1970, época em que a institucionalização era o modelo básico de tratamento em saúde mental³. A proposta de modificação do modelo de assistência teve como inspiração as reformas ocorridas na Europa e, em especial, o modelo italiano que preconizava a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços substitutivos de atenção comunitária à saúde mental⁴. Assim, não se trataria de aperfeiçoar as instituições tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas sim de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de assistência. Dessa forma, o intuito da reforma brasileira é substituir uma psiquiatria centrada no hospital por outra sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial.

A promulgação da Lei nº 10.216, em 2001, constitui um marco legislativo desse processo dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial⁵. Em Minas Gerais, as leis estaduais no 11.802, de 1995 e no 12.684 de 1997 já preconizavam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços abertos e regionalizados⁶, constituindo uma proposta ainda mais incisiva de desospitalização.

A oferta de uma política de Saúde Mental de acesso universal para a população brasileira, entretanto, é uma tarefa complexa, tendo em vista o tamanho do país, as diversidades regionais e a especificidade inerente à área. Dessa forma, apesar das melhorias já alcançadas com a instituição de serviços comunitários, que priorizam a manutenção do usuário em seu contexto relacional e evitam internações desnecessárias, a implantação dessa proposta, na prática, não se dá sem percalços.

Diversos aspectos práticos da reforma têm sido alvo de críticas, incluindo: a centralização do modelo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em detrimento de outras instâncias; a

desigualdade de acesso nas diversas regiões do País; a judicialização das internações e a escassez de avaliações de custo-efetividade das reformas implantadas^{7,8,9}.

Por estas e outras dificuldades, identifica-se um esforço do Ministério da Saúde, a partir dos anos 2000, para redução da fragmentação do SUS através da melhor organização do sistema em uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção^{10,11}. Fazem parte desta construção a Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹², a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹³ e, mais recentemente, as Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹⁴.

A estruturação das RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, garantindo a provisão de uma atenção contínua, integral, responsável, humanizada e de qualidade. Para sua organização e planejamento, destaca-se a necessidade de consolidação da região de saúde como recorte privilegiado para a indução e a integração das políticas, da expansão do financiamento intergovernamental cooperativo e da estruturação das redes temáticas objetivando a garantia da integralidade no acesso ao sistema¹⁵.

Na área da saúde mental, a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁶ prevê a ampliação dos serviços comunitários de atenção à saúde mental e sua integração com os outros componentes da RAS para a oferta de atenção contínua às pessoas com sofrimento mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Este processo depende, entretanto, de contextos de cooperação política e de uma ampliação da visão dos gestores para a compreensão dos problemas regionais. Necessita também de linhas de financiamento específicas e capacidade técnica das equipes.

Neste âmbito, já foram também identificadas dificuldades para a plena organização da RAPS como: a baixa cobertura de CAPS com funcionamento 24 horas, CAPS álcool e drogas e CAPS infanto-juvenis, a escassa comunicação entre os serviços, a persistência do hospital psiquiátrico como retaguarda para internação, impasses para implementação de leitos de saúde mental em Hospital Geral, dificuldades de integração com a ESF e embaraços nas pactuações intermunicipais^{17,18,19,20,21,22}.

No presente estudo, temos como objetivo mapear os serviços já implantados na RAPS no território do Estado de Minas Gerais e apresentar o resultado em mapas que facilitem a compreensão das desigualdades regionais, impasses de pactuações e necessidades mais urgentes para efetivação da política nacional de saúde mental.

METODOLOGIA

Primeiramente, foi feita uma pesquisa nas bases de dados públicas e-Gestor AB e Datasus, além de planilhas disponibilizadas pela secretaria de saúde estadual. Então, foi coletado a soma das unidades de CAPS separadas de acordo com suas categorias, a quantidade de Equipes de Saúde da Família (eSF) e de Consultório de Rua (eCR), o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), NASF, Leitos de Hospital Geral (LHG), Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil (UAA e UAI), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e a população de cada região de saúde. Depois, os dados foram agrupados numa planilha para que fosse mais fácil o controle e análise destes, fazendo tabelas separadas por nível de complexidade do serviço. Além disso, para ter uma visão mais elaborada dos resultados, foram confeccionados mapas das micro e macrorregiões do estado graduando-as de acordo com os índices calculados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir estão as tabelas e os mapas produzidos para que se possa avaliar e mapear a distribuição dos serviços da RAPS pelo estado de Minas Gerais.

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde no estado encontra-se com uma boa abrangência, uma vez que a cobertura de ESF é próxima a 80% e todas as macrorregiões contam com os serviços de ESF e NASF. A Tabela 1 mostra a distribuição de seus componentes. Foram calculados o Índice ESF, considerando que cada eSF atende até 2 mil habitantes, e o Índice NASF, sendo que o NASF 1 atende até 9 eSF, o NASF 2 até 4 eSF e o NASF 3 até 2 eSF.

Macrorregião	População	ACS		eSF		NASF		eCR	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	31,4%	7945	23,7%	1573	28,1%	220	23,0%	5	27,8%
Centro Sul	3,7%	1378	4,1%	219	3,9%	53	5,5%	1	5,6%
Jequitinhonha	1,4%	738	2,2%	108	1,9%	19	2,0%	0	0,0%
Leste	7,3%	2974	8,9%	462	8,3%	102	10,6%	2	11,1%
Leste do Sul	3,3%	1589	4,7%	241	4,3%	51	5,3%	0	0,0%
Nordeste	4,4%	2341	7,0%	334	6,0%	66	6,9%	1	5,6%
Noroeste	3,3%	1360	4,1%	195	3,5%	32	3,3%	0	0,0%
Norte	8,0%	4051	12,1%	637	11,4%	97	10,1%	2	11,1%
Oeste	6,1%	1916	5,7%	331	5,9%	60	6,3%	0	0,0%
Sudeste	7,9%	2533	7,6%	428	7,7%	85	8,9%	1	5,6%
Sul	13,2%	4292	12,8%	705	12,6%	114	11,9%	4	22,2%
Triângulo do Norte	6,2%	1417	4,2%	222	4,0%	36	3,8%	1	5,6%
Triângulo do Sul	3,7%	994	3,0%	139	2,5%	23	2,4%	1	5,6%
Minas Gerais	100%	33528	100%	5594	100%	958	100%	18	100%

Tabela 1: Atenção Primária à Saúde

As Figuras 1 e 2 mostram a distribuição destes serviços da APS no estado. Percebe-se que as regiões mais ao norte possuem uma melhor oferta dos serviços, enquanto que no Triângulo do estado os índices são bem menores.

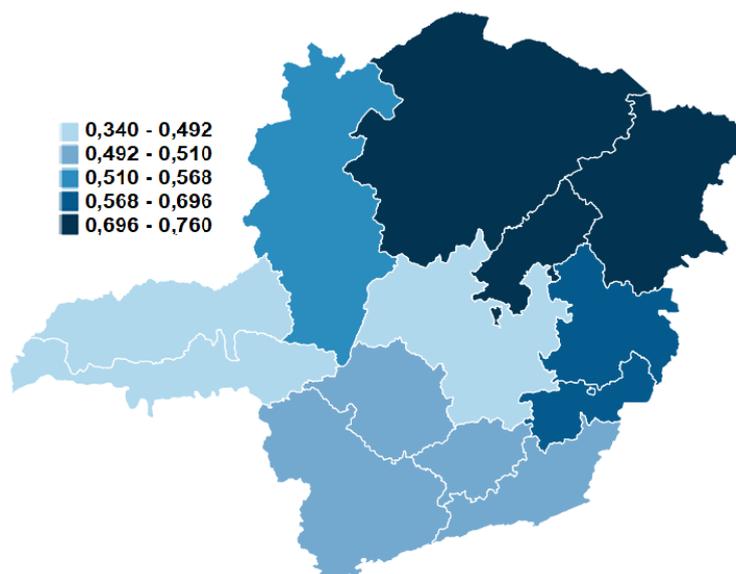


Figura 1: Mapa do Índice ESF das macrorregiões

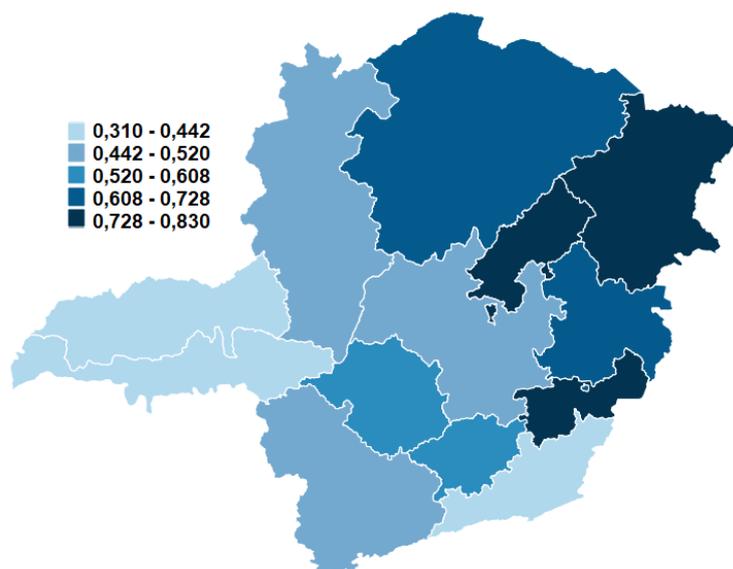


Figura 2: Mapa do Índice NASF das macrorregiões

Atenção Secundária

Visualizando a Tabela 2, nota-se a distribuição dos CAPS nas macrorregiões de Minas Gerais. É importante ressaltar que dos 176 CAPS I implantados, 91% encontram-se em municípios de pequeno porte, evidenciando uma expansão e capilarização da RAPS. Além disso, nota-se a baixa oferta de CAPS III, tendo em vista que 7 macrorregiões não contam com este serviço. O Índice CAPS por 100 mil habitantes é calculado ao inferir que o CAPS I atende até 50 mil habitantes, o CAPS III até 150 mil habitantes e o restante das categorias até 100 mil habitantes cada uma.

Macrorregião	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III
Centro	18	18	14	14	9	6
Centro Sul	4	3	1	2	4	0
Jequitinhonha	4	1	0	0	1	0
Leste	18	5	0	4	3	0
Leste do Sul	12	4	0	2	1	0
Nordeste	19	3	0	3	5	0
Noroeste	8	1	0	0	1	1
Norte	20	6	1	5	4	1

Oeste	16	5	2	2	4	1
Sudeste	21	4	1	3	3	2
Sul	26	12	0	3	8	1
Triângulo do Norte	6	5	1	1	1	2
Triângulo do Sul	4	4	0	2	3	0
Minas Gerais	176	71	20	41	47	14

Tabela 2: Atenção Psicossocial Especializada

A Figura 3 mostra como está o índice de CAPS nas macrorregiões de Minas Gerais. Ao analisar o mapa, pode-se visualizar que a todo o estado apresenta uma cobertura satisfatória de CAPS/100.000 habitantes, todas as regiões estão acima de 1,00. Porém, a região Nordeste, com maior oferta (2,13), apresenta uma cobertura bem superior que a Triângulo do Norte, com a menor oferta (1,04).

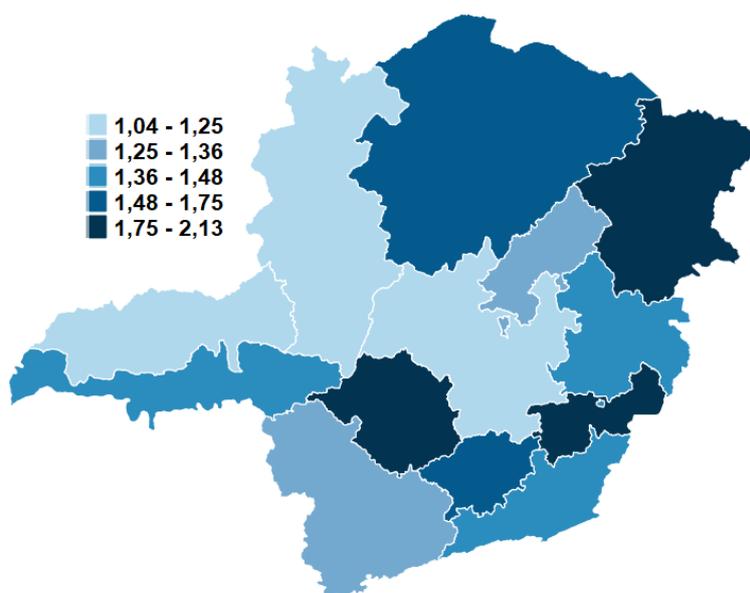


Figura 3: Mapa gradativo do Índice CAPS

Atenção Hospitalar

Na Figura 4 é possível visualizar como os leitos psicossociais em Hospitais Gerais estão distribuídos pelo estado, de acordo com sua cobertura, isto é, cada leito consegue suprir até 23 mil habitantes, como visto na Tabela 3. As regiões Jequitinhonha, Sudeste e Triângulo do Norte apresentam as melhores coberturas de leitos psicossociais em Hospitais Gerais de

Minas Gerais, enquanto que na Noroeste é inexistente e na Oeste conta com apenas 1 leito para mais de 1,2 milhão de habitantes.

Macrorregião	Leitos Psicossociais	Cobertura
Centro	55	19,13%
Centro Sul	22	64,29%
Jequitinhonha	14	108,93%
Leste	26	38,86%
Leste do Sul	18	59,67%
Nordeste	28	69,81%
Noroeste	0	0,00%
Norte	40	54,88%
Oeste	1	1,78%
Sudeste	71	97,90%
Sul	44	36,41%
Triângulo do Norte	50	88,82%
Triângulo do Sul	6	17,65%
Minas Gerais	375	40,99%

Tabela 3: Atenção à Crise em Saúde Mental

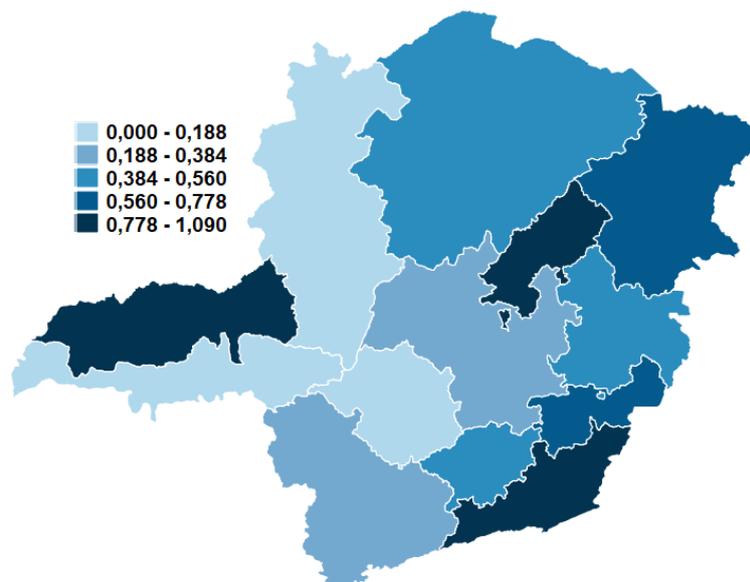


Figura 4: Distribuição dos Leitos Psicossociais

Estratégias de Desinstitucionalização

Em relação às estratégias de desinstitucionalização, nota-se que foram implantadas apenas 10 unidades de acolhimento, sendo 4 para adultos e 6 para crianças. Já sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 3 macrorregiões não contam com este ponto de apoio, e 5 apresentam apenas 1 unidade instalada.

Macrorregião	UAA	UAI	SRT
Centro	1	1	41
Centro Sul	0	0	32
Jequitinhonha	0	0	2
Leste	1	1	0
Leste do Sul	0	0	1
Nordeste	0	0	1
Noroeste	0	0	0
Norte	1	1	1
Oeste	0	0	1
Sudeste	1	0	29
Sul	0	2	9
Triângulo do Norte	0	1	0
Triângulo do Sul	0	0	1
Minas Gerais	4	6	118

Tabela 4: Atenção Residencial de Caráter Transitório

Índice RAPS

Além disso, foi feito um índice geral para avaliar a RAPS como um todo, fazendo a média aritmética de todos os 4 índices anteriores (ESF, NASF, CAPS, LHG), vistos na Tabela 5. Este pode ser visualizado na Figura 5 por microrregiões. Interessante ressaltar que mesmo estando em uma macrorregião com o melhor acesso, há microrregiões com baixa oferta, como é o caso de Nanuque (0,45) da macro Nordeste (1,07), evidenciando os vazios assistenciais no estado.

Macrorregião	iESF	iNASF	iCAPS	iLHG	iRAPS
Centro	0,48	0,52	1,14	0,20	0,58
Centro Sul	0,51	0,59	1,70	0,52	0,83
Jequitinhonha	0,73	0,76	1,35	1,09	0,98
Leste	0,60	0,68	1,36	0,39	0,76
Leste do Sul	0,69	0,78	1,87	0,60	0,99
Nordeste	0,70	0,83	2,13	0,61	1,07
Noroeste	0,56	0,52	1,19	0,00	0,57
Norte	0,76	0,68	1,64	0,55	0,91
Oeste	0,51	0,59	1,78	0,02	0,73
Sudeste	0,51	0,43	1,44	0,98	0,84
Sul	0,51	0,46	1,33	0,36	0,67
Triângulo do Norte	0,34	0,38	1,04	0,89	0,66
Triângulo do Sul	0,36	0,31	1,41	0,18	0,56
Minas Gerais	0,53	0,55	1,38	0,41	0,72

Tabela 5: Índice RAPS por macrorregião

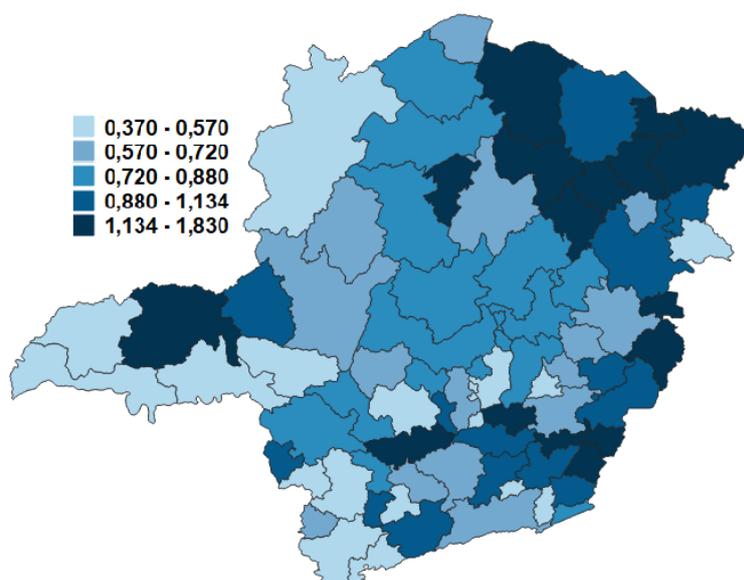


Figura 5: Mapa do Índice RAPS por microrregiões

É possível notar que o estado se encontra em diferentes níveis no processo de implantação da RAPS. Todas as macrorregiões contam com a presença de CAPS, porém não são todas as microrregiões que contam com estes serviços. Além disso, por conta de que cada eSF deveria atender no máximo a 2.000 habitantes, os índices da APS são bem abaixo do esperado. E

também, poucas regiões contam com uma oferta adequada de leitos psicossociais, o que faz o índice geral do estado ser inviável para cobrir toda a população. Percebe-se também, ao fazer o índice RAPS, que há regiões com um bom índice e outras com uma assistência quase pela metade do que seria adequado.

CONCLUSÃO

Portanto, com o índice RAPS, tornou possível ter uma visão espacial do processo de implantação das RAPS permitindo uma visualização fácil que apresente o estágio atual. Junto a isso, o estudo permitiu o compartilhamento de ferramentas para avaliação contínua dos serviços e das pactuações necessárias para o adequado funcionamento da RAPS. Através da visualização mais acurada das desigualdades regionais, visualizada nos mapas e site supracitado, os gestores e trabalhadores da saúde mental poderão fazer uma melhor utilização dos recursos públicos para monitorar e aprimorar continuamente o SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves CFO, Ribas VR, Alves EVR, Viana MT, Ribas RMG, Júnior LPM, Martins HAL, Lima MDC, Sougey EB, Castro RM. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia* 2009; 72(1):85-96.
2. Tenório F. Psychiatryreform in Brazilfromthe 1980's topresentdays: its historyandconcepts. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2002; 9(1):25-59.
3. Goulart MSB. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e práticas psicossociais* 2006; 1(1):01-19.
4. Goulart MSB. O movimento antimanicomial italiano e suas conexões com o Brasil. In: Goulart MSB, organizador. *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 23-34.
5. Brasil. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que são assegurados sem discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. *Diário Oficial da União* 2001; 6 Abr.

6. Souza PJC. Resposta à Crise: A experiência de Belo Horizonte. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O Cotidiano de uma Utopia [Internet]. 2008 [acessado 2012 ago 23]. 1a Ed. 111-29. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/22370896/1330363327/name/ServicodeUrgenciaPsiquiatrica%5B1%5D.pdf>
7. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Proposta de Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil. Brasília: ABP; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. [acessado 2017 jun 13]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>
9. Mendes A, Funcia F. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Plola SF, Roa AC, (orgs). Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. v.1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde/Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; 2016.p. 139-168.
10. Mello GA. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciênc Saúde Coletiva 2017; 22(4):1291-1310.
11. Conill EM, Fausto MCR. Integração dos profissionais em redes regionalizadas de serviços: Sobre conceitos, estratégias e alguns impasses. Tempus Actas de Saúde Coletiva 2012; 6(2):179-194.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Diário Oficial da União 2011; 21 out.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008.Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.Diário Oficial da União 2008; 24jan.
14. Brasil. Ministério da Saúde. 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; 30 dez.

15. Moreira, LMC; Ferré, F; Andrade, EIG. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. Cien. & Saúde Coletiva, 22(4):1245-1256, 2017.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; 23 dez.
17. Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da reforma psiquiátrica brasileira. CienSaude Colet 2011; 16(12): 4590-4602.
18. Pitta AMF. An assessment of Brazilian psychiatric reform: institutions, actors and policies. CienSaudeColet2011; 16(12):4579-4589.
19. Levav I. Extenderla reforma por medio de nuevas acciones de salud mental. CienSaudeColet2011; 16(12):4590-4602.
20. Mari JJ. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. CienSaude Colet 2011; 16(12):4590-4602.
21. Junior BB. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. CienSaudeColet2011; 16(12):4598-4600. 34.
22. Onocko-Campos RT et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev Saúde Pública 2012;46(1):43-50.