

**IX CONGRESSO VIRTUAL DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**Título do Trabalho:**

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MINAS GERAIS: ANÁLISE DA  
IMPLANTAÇÃO NAS REGIÕES DE SAÚDE

**Modalidade de envio:** Resumo expandido

**Área temática:** gestão de serviços de saúde

**Autores:**

Mariana Arantes e Silva

Leonardo Isolani e Andrade

Flávia Borba Paulino Coelho

Denise Alves Guimarães

Vívian Andrade Araújo Coelho

Carlos Alberto Pegolo da Gama

**Introdução:** No Brasil, a construção de uma Política de Saúde Mental começou na década de 80, impulsionada por movimentos sociais, apostando no modelo comunitário de assistência. Nos últimos 30 anos, constatam-se avanços ligados à implementação de serviços territoriais e às práticas clínicas baseadas na atenção psicossocial. Paralelamente, foram adotadas medidas para a regionalização da assistência visando a redução da fragmentação e a superação das desigualdades. O processo de descentralização e regionalização aconteceu a partir da criação das Regiões de Saúde (RS) e das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RS consistem em um recorte territorial composto por grupos de municípios limítrofes que possuem características culturais econômicas e sociais análogas, bem como redes de comunicação, infraestrutura e transportes compartilhadas<sup>6</sup>. Somado à determinação dessas unidades e também através do decreto nº 7.508, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram estabelecidas como estratégia de organização e funcionamento das ações e serviços de saúde no âmbito das RS<sup>7</sup>. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços que integram diferentes densidades tecnológicas que visam garantir a integralidade do acesso através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão<sup>8</sup>. Em 2011 foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visando a integração da saúde mental nos diversos pontos de atenção do SUS. Nela estão incluídos serviços especializados em suas diversas modalidades, em articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS) e serviços de urgência e emergência, retaguarda hospitalar<sup>9</sup>. No estado de Minas Gerais (MG), a proposta de regionalização divide o estado em 13 macrorregiões e 77 Regiões de Saúde. Diante do exposto, percebe-se, que o processo de regionalização do sistema de saúde é complexo e encontra nas dificuldades para sua integração um importante gargalo, uma problemática que é ainda mais evidente na rede de saúde mental, já que sua implantação é mais recente<sup>11</sup>. Diante disso, o objetivo do presente trabalho foi a realização de um estudo exploratório transversal para analisar o estágio de implantação da RAPS nas Regiões de Saúde do estado de Minas Gerais, apontando a distribuição dos serviços e o grau de implantação da rede, traçando comparativos e apontando os possíveis vazios assistenciais no contexto das RS.

**Metodologia:** Este estudo está vinculado a um projeto de pesquisa maior, financiado pela FAPEMIG, denominado “A Implantação da Rede de Atenção Psicossocial nas Regiões Ampliadas e Regiões de Saúde do Estado de MG”, Programa de Pesquisa para o SUS - APQ

03913/2017. Em etapas anteriores, a pesquisa contou com a realização de um mapeamento dos serviços de saúde mental no estado de MG através de bancos de dados governamentais (DATASUS e e-GESTORab) e consulta direta à Coordenação Nacional de Saúde Mental. Os dados gerados foram utilizados para a elaboração de indicadores para a análise da implantação da RAPS em Minas. Desse modo, foram calculadas a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais (LHG), considerando a população atendida, e gerando os indicadores iCAPS, iESF, iNASF e iLHG. Com base neles, foi também calculado o iRAPS, um índice geral de implantação dos serviços da RAPS. Ademais, também em fases prévias do estudo, foi elaborado e validado, o Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS (IMAI-RAPS), um questionário composto por 55 questões referentes à estrutura e processos da RAPS. O questionário foi enviado de forma eletrônica às referências técnicas municipais de saúde mental, havendo alcançado 795 respostas, com 785 respostas válidas para análise. As respostas ao questionário, por sua vez, foram utilizadas para o cálculo do Grau de Implantação (GI), um indicador capaz de representar a implantação da estrutura e processos da RAPS. Desse modo, o presente trabalho executou uma análise da RS segundo adequação da implantação. Para isso, o GI de cada RS foi analisado segundo os seguintes pontos de corte: Implantação adequada:  $GI > 75\%$ ; Implantação parcialmente adequada:  $GI$  entre 75% e 50%; Implantação não adequada:  $GI$  entre 50% e 25%; Implantação crítica:  $GI < 25\%$ . Em seguida, foram realizadas análises das RS segundo iRAPS, cuja ponto de corte para adequação é o valor 1,00, sendo valores inferiores a este, indicativos de implantação deficitária. A mesma análise foi executada para os indicadores componentes do iRAPS de forma individualizada.

**Resultados e discussão:** Dentre as 77 RS mineiras, 5 (6,49%) apresentaram uma implantação geral adequada, 68 (88,31%) parcialmente adequada e 4 (5,19%) não adequada. Nenhuma RS apresentou dados que as classificassem por implantação geral crítica. As RS com implantação adequada são Itabirito (81,48%) (macro Centro), Carangola (76,04%) (Macro Sudeste), Muriaé (76,02%) (Macro Sudeste), Patrocínio/Monte Carmelo (76,12%) (Macro Triângulo do Norte) e Uberlândia/Araguari (75,53%) (Macro Triângulo do Norte). As RS com implantação não adequada são Alfenas/Machado (46,72%) (Macro Sul), Guaxupé (46,65%) (Macro Sul),

Lavras (49,08%) (Macro Sul) e Unaí (49,99%) (Macro Noroeste). Com relação aos indicadores de implantação de serviços gerados para cada macrorregião, foi encontrado que das 77 RS mineiras, 34 (44,15%) apresentaram iRAPS superior a 1, enquanto as demais 43 RS (55,84%) possuem o iRAPS inferior a 1, sendo que 7 delas demonstraram valores inclusive inferiores a 0,6. Em relação ao iCAPS, 60 RS apresentaram um valor superior a 1. Em relação aos iNASF, é possível notar que 44 RS possuem esse indicador superior a 1. Já no tocante ao iLHG, percebe-se 14 RS com esse indicador superior a 1, enquanto as demais 63 possuem esse indicador inferior a 1, com destaque para 30 RS que possuem o iLHG igual a 0 e, portanto, não possuem esse tipo de retaguarda. Dentre as 34 RS que apresentam iRAPS superior a 1, é possível perceber que o iCAPS apresenta-se superior a 1 em todas as RS, mostrando-se, inclusive, muito superior a esse ponto de referência na maioria delas. Dentre essas RS, o iNASF é percebido como adequado em 30 delas. O iESF varia entre 0,6 e 1,00, o que reflete uma cobertura de ESF de 100% em 18 dessas RS. Cabe, no entanto, salientar que dentre tais RS, o iLHG é menor que 1 em 21 (61,76%) RS e, dessas, 8 (38,09%) não apresentam nenhum leito em hospital geral. Ao contrastarmos os dados referentes aos serviços da RAPS com os resultantes da análise da implantação, é possível perceber que 4 das 5 RS cuja implantação é considerada adequada também possuem iRAPS superior a 1, sendo elas Itabirito (1,5), Carangola (1,72), Muriaé (1,55) e Patrocínio/Monte Carmelo (1,36). A única RS com implantação adequada que não demonstra iRAPS dentro do preconizado é Uberlândia/Araguari (0,74). Já no que tange às 43 RS que apresentaram iRAPS inferior a 1, é perceptível que, dentre elas, 26 (60,46%) tem iCAPS maior que 1. Já o iNASF apresenta-se maior que 1 em 15 (34,88%) dessas RS. Em relação ao iLHG, percebe-se que somente a RS Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas possui esse indicador superior a 1, com um dado de 1,07. Além disso, 23 dessas RS não possuem nenhum leito em hospital geral.

**Considerações finais:** Mediante o exposto, percebe-se, pois, que a construção da RAPS encontra-se em conformidade com os parâmetros estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica. No entanto, ainda são notórios vazios assistenciais no tocante à estrutura da rede, bem como a ocorrência deficitária de processos inerentes aos seu funcionamento. Assim sendo, espera-se que estudos como este possam ser utilizados como base para a elaboração de políticas públicas que visem o fortalecimento da atenção à saúde mental no estado de Minas Gerais.

### Referências bibliográficas:

1. Pereira AMM, de Lima LD, Machado CV. Decentralization and regionalization of health policy: A historical-comparative approach between Brazil and Spain. *Cienc e Saude Coletiva* 2018; 23: 2239–2252.
2. Pereira AMM, Lima LD de, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde em Debate* 2015; 39: 11–27.
3. de Lima LD, Viana AL d. À, Machado CV, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: Condicionantes históricos e político-institucionais. *Cienc e Saude Coletiva* 2012; 17: 2881–2892.
4. Duarte LS, Pessoto UC, Guimarães RB, et al. Regionalization of health in Brazil: An analytical perspective. *Saude e Soc* 2015; 24: 472–484.
5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 1990.
6. Dimenstein M, Macedo JP, Gomes M, et al. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud Soc* 2018; 9: 70–85.
7. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. 2022.
8. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. 2006.
9. BRASIL. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. 2011.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº664, de 23 de abril de 2013. 1. Ministério da Saúde. Portaria no664, de 23 de abril de 2013. 2013., 2013.
11. Macedo JP, Abreu MM de, Fontenele MG, et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Soc* 2017; 26: 155–170.
12. D’Ávila Viana AL, Bousquat A, De Pereira APCM, et al. Tipologia das regiões de saúde: Condicionantes estruturais para a regionalização no Brazil. *Saude e Soc* 2015; 24: 413–422.