

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Ethiara Vieira de Macedo

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MINAS GERAIS: Um Estudo Sobre
a Cobertura dos CAPS**

**Belo Horizonte
2020**

Ethiara Vieira de Macedo

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MINAS GERAIS: Um Estudo Sobre
a Cobertura dos CAPS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos

**Belo Horizonte
2020**

Macedo, Ethiara Vieira de.
M141r Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais [manuscrito]:
um estudo sobre a cobertura dos CAPS. / Ethiara Vieira de Macedo.
- - Belo Horizonte: 2020.
126f.: il.
Orientador (a): Mirela Castro Santos Camargos.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Pesquisa sobre Serviços de
Saúde. 3. Cobertura de Serviços de Saúde. 4. Cobertura de
Serviços Públicos de Saúde. 5. Dissertação Acadêmica. I.
Camargos, Mirela Castro Santos. II. Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 495

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

ATA DE NÚMERO 4 (QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ETHIARA VIEIRA DE MACEDO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 13 (treze) dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte, às 14:30 horas, realizou-se no Anfiteatro Laís Netto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação “REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MINAS GERAIS: UM ESTUDO SOBRE A COBERTURA DOS CAPS”, da aluna *Ethiara Vieira de Macedo*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa “Política, Planejamento e Avaliação em Saúde”. A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Mirela Castro Santos Camargos, Carla Jorge Machado e Keli Bahia Felicíssimo Zocratto, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

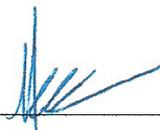
Belo Horizonte, 13 de fevereiro de 2020.

Prof.^a. Dr.^a. Mirela Castro Santos Camargos
Orientadora (UFMG)

Prof.^a. Dr.^a. Carla Jorge Machado
Membro Titular (UFMG)

Prof.^a. Dr.^a. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação









Dedico este trabalho ao meu avô (Paulo), que nos deixou em 2018. Mas, as suas sábias palavras, ecoam e me dão forças sempre que penso em desistir: “Eu tenho uma filha. Ela chama Thita e está em BH pra estudar”.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um sonho que, por algum tempo adormecido, voltou a incomodar. Como um sonho, foi preciso acordar, colocar corpo, mente e alma a trabalhar. Foram horas, dias e noites de dedicação e esforço que, sozinha, jamais teria conseguido. Assim, deixo aqui meus sinceros agradecimentos aos que me acompanharam e ajudaram em mais esta conquista.

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por me permitir esta realização. Eu penso, Ele me ajuda a realizar. À Nossa Senhora Aparecida, pela proteção que só uma mãe é capaz de proporcionar. Por falar em mãe... Toda minha gratidão àquelas que me ensinaram a ser menina e mulher, ser sensível e forte, a lutar e alcançar tudo que desejo: Mãe (Daluz) e Vó (Nadir).

Às amigas e aos amigos, aqui incluo primas (os) e tias (os) que, presencial ou virtualmente, estiveram comigo nestes dois anos. Alguns, incentivando a me dedicar e a manter o foco e, outros, dizendo que eu precisava parar e descansar. Todas as palavras foram essenciais. Obrigada, “bonitos” da minha vida!

Aos colegas e amigas que o COSEMS/MG me presenteou, que me dão força e com quem aprendo todos os dias a ser uma profissional em constante crescimento, gratidão!

Às amigas da Saúde Mental, obrigada pelo carinho e apoio!

Aos colegas do mestrado que, nos momentos de desespero, desesperaram, mas, sobretudo, me fortaleceram. Que bom ter me juntado a muitos de vocês! Obrigada por cada palavra de esperança e incentivo. Foram especiais nesta jornada!

Todo meu carinho e minha gratidão à Mirela, um anjo que entrou em minha vida para lapidar não somente esta dissertação, mas, para me fazer uma pessoa melhor, além de me mostrar o quanto posso ser forte e vencer todos os obstáculos que aparecem. Quanta sabedoria para orientar. A você, além de agradecer, parabênizo!

Agradeço ao corpo docente da UFMG, instituição de excelência em que encontrei um ambiente saudável e acolhedor. Vida longa às universidades federais e aos nossos queridos doutores que fazem ciência com respeito e dedicação.

Por fim, amor e luz para todos nós! Gratidão!!!

*Tudo bem,
até pode ser
que os dragões sejam moinhos de vento.
Muito prazer,
ao seu dispor se for por amor às causas perdidas.
Por amor às causas perdidas.*

Engenheiros do Hawaii

*Adeus – disse a raposa –
Eis aqui meu segredo.
Ele é muito simples:
Só se vê direito com o coração.
O essencial não fica visível aos olhos.*

Saint-Exupéry, 1900-1944

APRESENTAÇÃO

O tema da Saúde Mental e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) está diretamente ligada à atuação profissional e formação desta pesquisadora. Graduada em psicologia, em 2010, iniciei carreira profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) como referência técnica do CAPS I de Itaobim/MG. Ainda em 2010, comecei minha especialização em Saúde Mental. No ano seguinte, fui convidada a elaborar o projeto do CAPS ad do mesmo município e concluí a especialização.

Em 2012, passei em um processo seletivo para trabalhar na Coordenação Estadual de Saúde Mental, na Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG), na qual era referência no assunto para as unidades regionais de saúde e municípios. Em 2013, tive a oportunidade de ir para o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/MG), onde atuo até o momento. No COSEMS/MG, sou assessora técnica para os secretários municipais de saúde em diversos assuntos, dentre eles a Rede de Atenção Psicossocial.

Acompanho a RAPS desde antes da sua instituição. Participo do grupo condutor da rede desde a sua primeira formação, quando iniciamos a discussão e pactuações regionais para elaboração do Plano Estadual. Contribuí com o Plano de Ação da RAPS/MG enquanto representante do município de Itaobim, em seguida, como membro da SES/MG e, depois, passei a assessorar os membros do COSEMS/MG no grupo condutor.

Escrever e pesquisar sobre o assunto é um desejo pessoal e uma necessidade profissional, pois, no longo dessa trajetória, percebi que pouco tem sido registrado e, apesar de muito fazer, não paramos para avaliar o que estamos produzindo em termos de políticas públicas.

O Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da UFMG foi a oportunidade que encontrei para aprimorar meus conhecimentos e, sobretudo, para discutir e avaliar a cobertura dos CAPS em Minas Gerais, escrever sobre o assunto e devolver à instituição na qual atuo, resultados importantes para continuar as discussões e avanços da RAPS.

RESUMO

MACEDO, Ethiara Vieira de. **Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais: um estudo sobre a cobertura dos CAPS**. 2020, 122f. (Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2020.

Este trabalho teve como foco a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é aquela voltada para o cuidado de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Por se tratar de uma rede com vários componentes, optou-se por avaliar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, entendendo que esse é um serviço de saúde da RAPS criado para ser substitutivo aos hospitais, de caráter aberto, comunitário e que é estratégico no atendimento à crise. O objetivo principal desta pesquisa, foi analisar a cobertura dos CAPS de Minas Gerais, apontando possíveis vazios assistenciais. Para isso, foi realizada uma avaliação da taxa de cobertura dos CAPS (todas as modalidades), por microrregião e macrorregião de saúde, comparando o ano de 2011, antes da pactuação da RAPS, com 2018. Além disso, buscou-se verificar se a taxa de internação modifica com a mudança na cobertura de CAPS em Minas Gerais. Para tanto, foram analisadas as internações para tratamentos de transtornos mentais e comportamentais e a taxa de cobertura dos CAPS, no período de 2008 a 2018. Como fonte de dados foi utilizado o DATASUS (Departamento de Informática do SUS), do Ministério da Saúde. Os resultados da pesquisa apontam que, em 2018, a taxa de cobertura geral de CAPS no estado de Minas Gerais é muito boa, sendo que apenas uma microrregião apresentou vazio assistencial. Quando realizada a análise por modalidade de CAPS (I, II, III, ad, ad III e i) a situação é diferente, encontrando outras microrregiões com vazios, dependendo da modalidade. Os resultados encontrados, comparando a taxa de internação e a taxa de cobertura de CAPS, mostraram que de 2008 a 2018 há um aumento da taxa de cobertura de CAPS e diminuição das internações por transtornos mentais e comportamentais em hospitais gerais e especializados no estado. A partir da pesquisa foram gerados três produtos técnicos: Relatório Técnico com análise da taxa de cobertura e da distribuição local da produção de CAPS em Minas Gerais; Oficina sobre a cobertura de CAPS; e Vídeos macrorregionais com informações sobre a cobertura de CAPS em Minas Gerais. Espera-se que os elementos identificados neste estudo sejam úteis para os gestores do estado, subsidiando as próximas discussões sobre a Rede de Atenção Psicossocial e o aumento dos CAPS em Minas Gerais.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Serviços de Saúde Mental. Avaliação de Serviços de Saúde. Cobertura de Serviços de Saúde. Cobertura de Serviços Públicos de Saúde

ABSTRACT

MACEDO, Ethiara Viera de. **Psychosocial Care Network in Minas Gerais: a study on CAPS coverage.** 2020, 122 f. (Professional Master's Dissertation in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2020

This work focused on the Psychosocial Care Network (RAPS), which is related to the care of people with suffering or mental disorders and problems arising from the use of alcohol and other drugs. Since it is a network with several components, it was decided to evaluate the Psychosocial Care Centers (CAPS), in its various modalities, because it was evaluated that they were units of the RAPS health care designed to be a substitute for hospitals, with open orientation, from community and which are strategic in deal with critical cases. The main purpose of this research was to analyze the coverage of CAPS in Minas Gerais, pointing out possible care gaps. To this end was performed an assessment on the rates of coverage of the CAPS (all modalities) by micro region and macro region of health comparing 2011, before the RAPS agreement, with 2018. In addition, we sought to verify if the hospitalization rate modify with the change in CAPS coverage in Minas Gerais, therefore are analyzed hospitalizations for the treatment of mental disorders and behavioral and the coverage rate of the CAPS, from 2008 to 2018. Therefore, as a data source, we used DATASUS (Department of Informatics of SUS), from the Ministry of Health. The survey results show that, in 2018, the CAPS overall coverage rate in the state of Minas Gerais is very good, and only one micro region presented a care void. When performed the analysis by CAPS modality (I, II, III, ad, ad III and i) the situation is different, finding other micro regions with voids, depending on the modality. Another major aspect observed is that the analysis of the production rate indicates that CAPS are basically serving the population of the municipality hosting the service. The results found comparing the hospitalization rate and the coverage rate of CAPS, show that from 2008 to 2018 there is an increase in the coverage rate of CAPS and decreased hospitalizations for mental and behavioral disorders in general and specialized hospitals in the state. From this research, three technical products were generated: Technical Report with analysis of coverage rate and local distribution of CAPS production in Minas Gerais; Workshop on CAPS coverage and macro-regional; and videos with information on CAPS coverage in Minas Gerais. We hope that the elements identified in this study are useful for managers in the state, supporting future discussions on the Psychosocial Care Network and the increase of CAPS in Minas Gerais.

Keywords: Psychosocial Care Centers (CAPS). Health Mental Services. Health Services Evaluation. Health Services Coverage. Public Health Services Coverage

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo da Saúde Mental desde a fundação do primeiro hospício do Brasil até Declaração de Caracas	22
Figura 2- Linha do tempo da Saúde Mental desde regulamentação do SUS até a criação de leis e portarias que mudam o modelo da assistência ao usuário	23
Figura 3 - Cobertura de CAPS por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018	43
Figura 4 - Cobertura de CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, Excluindo os CAPS para populações específicas) por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018	46
Figura 5- Cobertura de CAPS i (Infantojuvenil) por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018	49
Figura 6 - Cobertura CAPS ad II e ad III por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Internações por transtornos mentais e comportamentais em Minas Gerais, nos meses de dezembro de 2008 a 2018	55
Gráfico 2 - Evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100.000 habitantes em Minas Gerais, de 2008 a 2018	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese do levantamento de pesquisas relacionadas à avaliação em Saúde Mental no Brasil, 2015 a 2019	33
Quadro 2 - Tipos de centros de atenção psicossocial (CAPS), de acordo com população atendida e parâmetro para implantação	39
Quadro 3 - Parâmetros de classificação do indicador taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes	40
Quadro 4 - Número de CAPS habilitados no estado de Minas Gerais, por modalidade, em 2011 e 2018	44
Quadro 5 - Número de CAPS I, II e III habilitados no estado de Minas Gerais, em 2011 e 2018	44
Quadro 6 - Alteração parâmetro populacional para implantação de CAPS	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de atenção Psicossocial
CHPB – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG – Minas Gerais
NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS – Sistema Único de Saúde
UA – Unidade de Acolhimento
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Dos hospícios aos CAPS: um resgate histórico	17
2.2	Instituição da rede de atenção psicossocial: um marco para a Saúde Mental	24
2.3	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	30
2.4	Avaliação dos CAPS como estratégia de gestão	32
3	METODOLOGIA	37
3.1	Análise de cobertura dos CAPS em Minas Gerais	37
3.2	Taxa de cobertura de internações em hospitais gerais e especializados em Minas Gerais	40
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1	Cobertura de CAPS em Minas Gerais	42
4.2	Evolução da cobertura de CAPS e das internações por transtornos comportamentais em Minas Gerais	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICES	74

1 INTRODUÇÃO

Garantido pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se tornado uma das mais importantes políticas sociais do Brasil. Fruto de um projeto político, que garantiu em lei a todos, o direito à saúde, o SUS é uma realidade, com cerca de 70% da população brasileira dependendo, exclusivamente, de seus serviços (BRASIL, 2013a).

Em 2010, o Ministério da Saúde passou a investir tanto financeiramente como tecnicamente na Rede de Atenção à Saúde (RAS), no intuito de fortalecer o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando às pessoas, de forma eficaz e eficiente, o atendimento em saúde. Para isso, pactuou em âmbito nacional as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de Cuidados à pessoa com deficiência e a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2010a). O decreto 7.508, de 2011, traz o conceito de Rede de Atenção à Saúde como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a).

Segundo Silva (2008), as redes de atenção devem conectar e integrar os serviços de saúde de territórios específicos, de maneira a organizá-los em diferentes níveis e densidades tecnológicas, atendendo ao usuário de forma adequada e articulada. Para o autor, é primordial buscar o aperfeiçoamento da RAS rompendo com o modelo biomédico e propondo modelos mais eficazes para atendimento as condições crônicas, no intuito de garantir um cuidado contínuo em todos os níveis do sistema.

Nos últimos anos, a avaliação dos serviços de Saúde Mental vem sendo relevante na literatura brasileira e tem acompanhado as tendências internacionais. Entretanto, ainda é um campo de estudos recente no país (MELO; MACHADO; GUIMARÃES, 2012).

Assim, com base na importância das redes de atenção e da Saúde Mental, o presente trabalho teve como foco a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio de uma avaliação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, tendo como cenário o estado de Minas Gerais.

Buscou-se avaliar sobre o quanto essa rede avançou em relação à cobertura de CAPS (todas as modalidades) habilitados em 2018 comparando com 2011, ano que marca o início da implantação da RAPS.

Conforme explica Noronha (2013), a cobertura descreve o alcance de medida sanitária. Ou seja, a possibilidade de obter a prestação do serviço. Tendo como ponto de partida este conceito, procurou-se responder quais são os vazios assistenciais na cobertura da RAPS de Minas Gerais, em se tratando do dispositivo CAPS e entendendo serem esses serviços prioritários e que assumem uma função importante como elemento estratégico na sua estruturação (MELO; MACHADO; GUIMARÃES, 2012).

Afinal, os CAPS são responsáveis por direcionar a política local de Saúde Mental, além de assessorar as unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família. Por vazios assistenciais Macedo et al. (2017) entendem como regiões do país que não possuem ponto da RAPS, exceto dispositivos de atenção primária ou possuem uma estrutura diferente do padrão mínimo esperado em termos de cobertura nos territórios de saúde. Neste estudo, foi considerado vazio assistencial, microrregiões e macrorregiões de saúde que não possuem CAPS, conforme os critérios descritos na Portaria de Consolidação 3 (BRASIL, 2017).

Além disso, identificou-se as taxas de internação em hospitais e as taxas de cobertura de CAPS nos anos de 2008 a 2018, verificando se as internações hospitalares têm relação (positiva ou negativa) com o crescimento da cobertura de CAPS em Minas Gerais.

Minas Gerais possui 853 municípios, divididos em 77 microrregiões e 13 macrorregiões (MINAS GERAIS, 2014a). No estado, a RAPS foi pactuada em todas as 77 microrregiões em 2012 e teve custeio garantido pelo Ministério da Saúde com a publicação da Portaria 664, de 23 de abril de 2013 (BRASIL, 2013b). Desde então, os municípios estão implantando a RAPS e o Ministério da Saúde habilitando os seus pontos de atenção.

Identificar o que aconteceu nessa rede no longo do tempo, no que se refere aos vazios assistenciais existentes até 2011 e em relação à cobertura dos CAPS habilitados até 2018, é fundamental para dar continuidade à ampliação da RAPS no estado de Minas Gerais.

Para tanto, tem-se como objetivo geral, analisar a cobertura dos centros de atenção psicossocial de Minas Gerais, em suas diversas modalidades, apontando possíveis vazios assistenciais. Por objetivos específicos, tem-se:

- . Avaliar e comparar a taxa de cobertura dos CAPS (todas as modalidades) em 2011, antes da pactuação da Rede de Atenção Psicossocial, com a de 2018, tendo como base Portaria de Consolidação 3/2017.
- . Comparar a taxa de internação em hospitais gerais e especializados de 2008 a 2018, verificando se a taxa de internação está associada (positiva ou negativamente) com o crescimento da taxa de cobertura de CAPS em Minas Gerais.

Assim, este estudo poderá ser replicado a partir da sua metodologia em outros estados da Federação, visto que foram utilizados dados oficiais e que estão disponíveis para todo país. Com base no mapeamento das regiões que ainda necessitam avançar, é possível fortalecer a Saúde Mental em Minas Gerais, indicando quais são as regiões que necessitam de maior atenção do poder público.

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos, a começar por esta Introdução que traça um panorama sobre o objeto em estudo, apresenta os objetivos a serem alcançados e a justificativa para a realização deste estudo. O capítulo 2, apresenta o referencial teórico que resgata a história da Saúde Mental, as políticas públicas e a institucionalização da RAPS e seus componentes. Conceitua a CAPS, esclarece sobre as suas modalidades e o que tem sido produzido sobre ela no Brasil. No capítulo 3, descreve-se a metodologia utilizada para a realização da pesquisa. No capítulo 4, discute-se e analisa-se os resultados encontrados com base no referencial teórico. Por fim, tecem-se as considerações finais e a apresentação de três produtos técnicos que foram gerados no longo do mestrado: a) Relatório Técnico com a análise da taxa de cobertura e da distribuição local da produção de CAPS em Minas Gerais (APÊNDICE A); b) Oficina sobre a cobertura de CAPS (APÊNDICE B); e c) Vídeos macrorregionais com informações sobre a cobertura de CAPS em Minas Gerais (APÊNDICE C).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Dos hospícios aos CAPS: um resgate histórico

Para discorrer sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é importante um breve resgate histórico de fatos que culminaram na atual Política de Saúde Mental do Brasil.

Amarante (2013) alega que o modelo psiquiátrico nasceu de um modelo biomédico baseado na hospitalização dos pacientes que eram tratados como insanos, incapazes e irresponsáveis, fundamentado em um sistema de vigilância das pessoas, de controle e de disciplina, além de punição e repressão.

O primeiro hospício do Brasil foi fundado em 1841, por meio do decreto n. 82, de 18 de julho de 1841, em que consta como nome Hospício de Pedro Segundo, sendo destinado ao tratamento dos chamados “alienados” (BRASIL, 1841). Em 1852, um novo decreto - Decreto 1.077, de 04 de dezembro de 1852 - foi sancionado, apresentando o estatuto do Hospício de Pedro Segundo com o objetivo de regular o serviço e a administração da instituição (BRASIL, 1852).

Ainda no século XIX, foram criados vários hospícios em diferentes estados do Brasil e que eram exclusivos para os chamados “alienados”. Podem ser citados: Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (1852) e Hospício de Alienados de Recife-Olinda (1864) (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Em Minas Gerais, o primeiro hospício tem a sua fundação em 1889, construído e administrado pela Santa Casa, na cidade de Diamantina, funcionando no período de 1889 a 1906. Apesar do interesse em manter as atividades da instituição, a retirada de ajuda do poder público inviabilizou a sua continuidade (GUSMÃO; MAGNAN; RAMOS JUNIOR, 2013).

O primeiro hospício público mineiro foi criado em 1903, na cidade de Barbacena - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) -, pertencente à Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica e, posteriormente, transferido para a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), após a sua criação em 1977 (FHEMIG, 2019).

Em 1934, foi sancionado o decreto n. 2.455, que tinha como objetivo definir sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção do que foi chamado como

peças e bens dos psicopatas, além disso, legislava sobre a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Este decreto criou o conselho de proteção aos psicopatas, devendo seguir os preceitos modernos da psiquiatria e da medicina social (BRASIL, 1934).

Paulin e Turato (2004) ao analisarem os dados sobre os antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil, apresentaram a data de 1941 como sendo o ano do Decreto-lei 3.171 de 24 de abril, que reorganizou o Departamento Nacional de saúde, do Ministério da Educação e Saúde, extinguindo a Divisão de Assistência a Psicopatas e o Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. Nesse mesmo decreto, criou-se o Serviço Nacional de Doenças Mentais, que passou a exercer a função e as atividades da área. Nessa época, predominavam os hospitais públicos, que eram responsáveis por mais de 80% dos leitos psiquiátricos do país (PAULIN; TURATO, 2004; BRASIL, 1941).

Em 1946, foi publicado o Decreto-lei n. 8.550, de 3 de janeiro, que autorizou o Ministério da Educação e Saúde celebrar acordos com os estados, a fim de intensificar a assistência psiquiátrica no Brasil. O decreto autorizava a construção, instalação e funcionamento de hospitais psiquiátricos nos estados (PAULIN; TURATO, 2004; BRASIL, 1946).

Para Paulin e Turato (2004), a legislação proporcionou o crescimento de hospitais, caracterizados como hospitais-colônias, muitos deles, precários e distantes das cidades. Nessa época, a psiquiatria buscava pelo reconhecimento como especialidade médica e, os hospitais psiquiátricos, como espaço de atuação. Contudo, na década de 1950 os hospitais psiquiátricos públicos viviam o abandono e a superlotação, sendo a função social desses lugares caracterizados pela exclusão. Dessa forma, começaram a crescer no país os hospitais psiquiátricos privados que, apesar de apresentarem conforto e baixa mortalidade, também tinham função social de isolamento da comunidade e resguardar a sociedade dos supostos perigos que seus pacientes pudessem apresentar (PAULIN; TURATO, 2004).

Na década de 1960, o Brasil já apresentava maior número de leitos em hospitais psiquiátricos privados que os públicos. Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram a oferta para atender convênios com a previdência social, marcando essa década com o crescimento numérico e político dos setores privados em detrimento do público. A ideia era de que, ao Estado, caberia o financiamento.

Contudo, essa estratégia não foi a diante por resistência da população e dos trabalhadores, que eram contra a entrega total dos recursos estatais à iniciativa privada (PAULIN; TURATO, 2004).

No final da década de 1970 e início da década de 1980, iniciou-se no Brasil um processo de mobilização de usuários, familiares e profissionais da saúde com o objetivo de propor uma realidade diferente da vivenciada pelos usuários em manicômios. Essas instituições abrigavam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. Esse movimento ocorreu ao mesmo tempo em que o Brasil vivenciava o combate ao governo e com a visibilidade do tema Direitos humanos. Assim, buscou-se por um modelo que não fosse baseado em hospitais psiquiátricos, mas, em serviços de base territorial e comunitários, isto é, próximos à residência dos usuários e sem sair do convívio social (BRASIL, 2013f).

Superar o modelo hospitalocêntrico envolve não apenas o desafio de reestruturar serviços ou superar os manicômios, mas, sobretudo, o de pensar a Saúde Mental e a atenção psicossocial como um processo, que é social e complexo, devendo estar em constante movimento, transformando-se de forma permanente. O mesmo autor explica que, no longo desse processo, surgem elementos e situações diferentes, novos atores e interesses distintos que, muitas vezes, podem ser conflitantes e, por isso, é fundamental ter sempre em mente que ele é intrincado e em constante movimento (AMARANTE, 2013).

A organização e efetivação da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, passou a envolver todos os segmentos da sociedade (usuários, familiares, organizações não governamentais, entre outros) e, não somente os profissionais de saúde. A Oitava, como é conhecida, é um marco para a saúde e, no ano seguinte - 1987 -, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Tanto a I Conferência Nacional de Saúde Mental como as outras três que aconteceram nos anos de 1992, 2001 e 2010, permitiram a participação de todos os atores sociais e procuraram discutir a construção da Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Brasil (AMARANTE, 2013).

Em 1990, em Caracas, na Venezuela, ocorreu a Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica, que contou com a presença de profissionais de Saúde Mental, juristas, legisladores, associações e autoridades de

saúde que, juntos, formularam a Declaração de Caracas. Esse documento, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), solicitou o apoio de todos os envolvidos para desenvolver a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, marcando as reformas na Saúde Mental (BRASIL, 2002a).

Para Amarante (2013), apesar de o projeto original ter sido rejeitado, depois de 12 anos em tramitação, foi aprovada a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que é um marco para a Saúde Mental e é considerada como a Lei da Reforma Psiquiátrica, em vigor no país até os dias atuais. Essa lei mudou o direcionamento do modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, regulamentando o cuidado dos usuários em internação de longa permanência, caracterizou os tipos de internações e estabeleceu o prazo de 72 horas para que o Ministério Público fosse comunicado das internações involuntárias.

Após a promulgação da Lei 10.216/2001 e, até mesmo, um pouco antes, vários estados se movimentaram e criaram leis estaduais que também contribuíram para o redirecionamento da assistência em Saúde Mental. Em Minas Gerais, por exemplo, foi criada a Lei 11.802/1995, que determinou, dentre outras questões, que fossem implantadas ações e serviços de Saúde Mental que substituíssem os hospitais psiquiátricos, deixando claro, ainda, que deveria ocorrer extinção progressiva dessas instituições no estado, bem como regulamentação das internações, principalmente, a involuntária (BRASIL, 2002a).

Outra lei importante nesse período, foi a Lei 10.708/2003, que instituiu o recurso financeiro para os usuários egressos de hospitais psiquiátricos. Esse auxílio-reabilitação faz parte do Programa de Volta para Casa¹, que ainda está em vigor e busca promover a ressocialização dessas pessoas (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2004a).

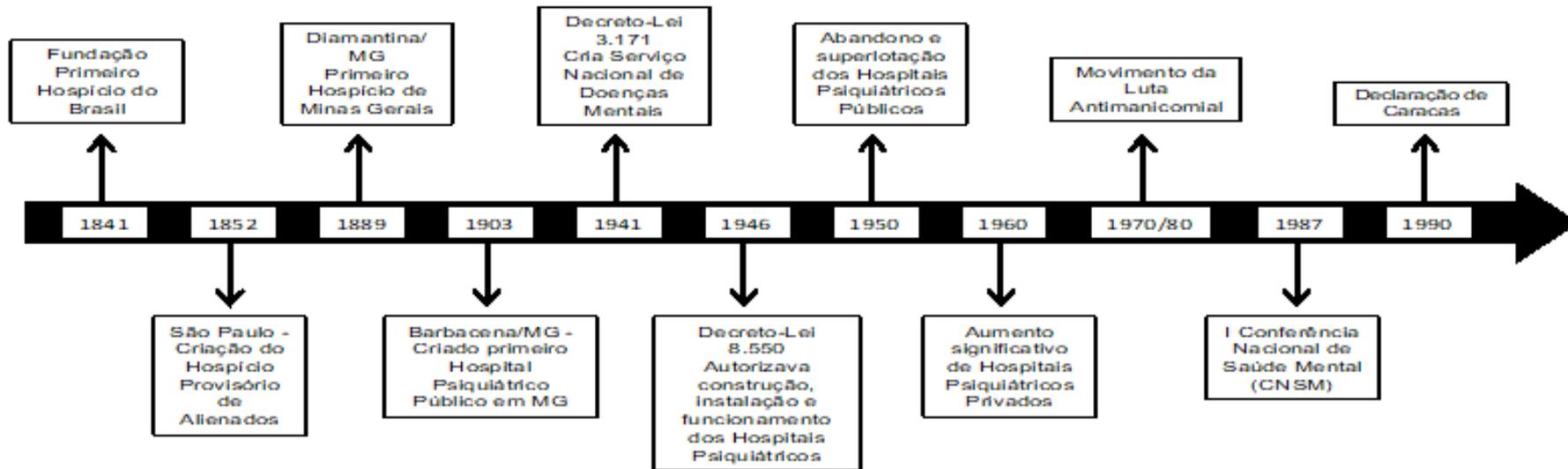
As portarias ministeriais foram importantes para execução das leis. Em 2002, foi publicada a Portaria 336/2002, que estabeleceu as modalidades de centros de atenção psicossocial (naquele momento, em modalidades distintas das atuais), a forma de funcionamento, a equipe mínima e a quantidade populacional mínima para que o município pudesse habilitar um dos serviços (BRASIL, 2002b). Além disso, a

¹ O Programa de Volta para Casa estabelece auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas em sofrimento mental, egressas de internações em hospitais psiquiátricos, em período igual ou superior a 2 anos. Maiores informações sobre adesão e quem tem direito ao auxílio, podem ser acessadas no sítio da internet: <http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa>

Portaria 2.077/2003 foi publicada com o objetivo de regulamentar a Lei 10.708/2003, caracterizando quem são os egressos e possíveis beneficiários da lei, estabelecendo regras para a habilitação dos municípios e as formas de acompanhamento (BRASIL, 2003b).

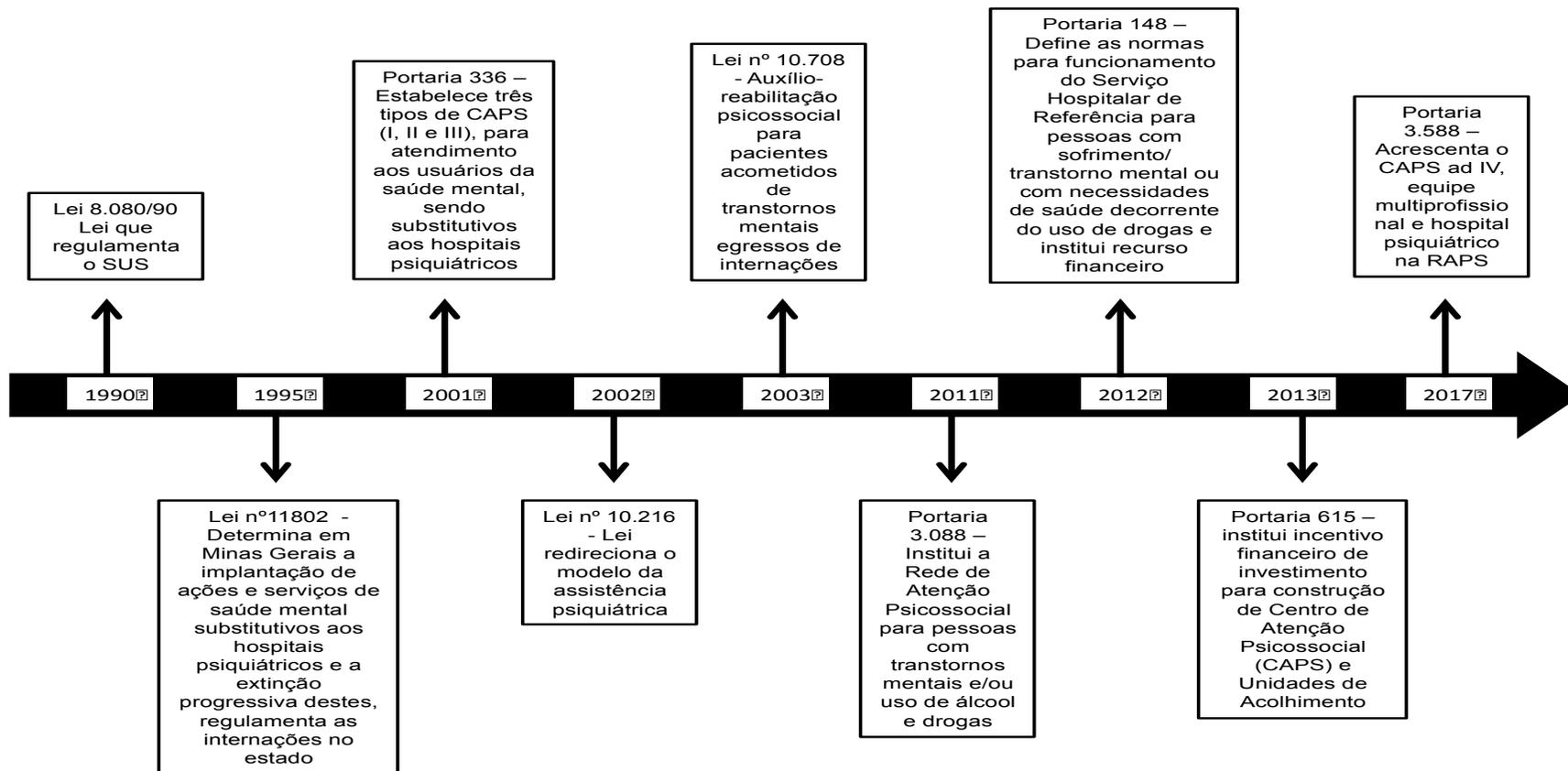
As Figuras 1 e 2 ilustram as principais informações aqui descritas, no intuito de resgatar um pouco da história que culmina na atual política de Saúde Mental do Brasil.

Figura 1 - Linha do tempo da Saúde Mental desde a fundação do primeiro hospício do Brasil até Declaração de Caracas



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 2- Linha do tempo da Saúde Mental desde regulamentação do SUS até a criação de leis e portarias que mudam o modelo da assistência ao usuário



Fonte: Elaborada pela autora

2.2 Instituição da rede de atenção psicossocial: um marco para a Saúde Mental

A organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) encontra-se indissociada da Constituição Federal (1988), que institui a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do estado, devendo ser garantido por meio de políticas que visem o acesso universal e igualitário, buscando tanto a recuperação como a promoção e proteção da saúde. A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula, no Brasil, as ações e serviços de saúde, dispondo sobre o SUS, tendo como premissa proporcionar às pessoas e ao coletivo, o bem-estar físico, mental e social, também é muito importante para a compreensão das RAS.

A Lei 8.080/1990 só foi regulamentada pelo Decreto 7.508/2011. No período anterior ao decreto, o SUS foi operacionalizado por meio de portarias. Foram editadas nesse período as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que ajudaram a estruturar o SUS (BRASIL, 2015a). As NOBs delimitaram os papéis de cada ente federado (estados, municípios e federação) na implantação do SUS e, além disso, definiram formas de repasses dos recursos financeiros federais a estados e municípios (BRASIL, 2011c).

A primeira NOB data de 1991 e tinha como característica principal a de ser centralizadora, ou seja, o governo federal era o único gestor, estados e municípios eram gerentes dos serviços. Com a publicação de uma nova NOB em 1992, foi normatizada a assistência à saúde, estimulando o desenvolvimento de sistemas e instrumentos para operacionalizar o SUS (BRASIL, 2011c).

A NOB/1993 impulsionou a municipalização e institucionalizou a Comissão Intergestores Tripartite e a Comissão Intergestores Bipartite. Estados e municípios passaram a ser também gestores do SUS. Em 1996, foi publicada uma nova NOB que, para Brasil (2011c), foi um dos instrumentos que mais contribuiu para a estruturação do SUS, explicitando as responsabilidades de cada gestor (municipal, estadual e federal). Contudo, foi com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002 que instituiu, no âmbito do SUS, o plano diretor de regionalização e a ideia de redes de assistência (BRASIL, 2011c).

Em 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde, que não é uma norma operacional, mas um pacto interfederativo que contempla as dimensões:

- . Pacto pela vida - reforça a necessidade de implantar no SUS a gestão por resultados e, para isso, define seis prioridades: saúde do idoso, controle do

câncer de colo do útero e mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecer a capacidade de resposta às emergenciais e endemias, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica);

Pacto em defesa do SUS - defesa do SUS enquanto política de Estado e não de governo, garantindo os princípios basilares; e

- . Pacto de Gestão - estabelece responsabilidades claras para os entes federados, fortalecendo a gestão compartilhada e solidária.

Um dos compromissos dos gestores ao assumir o pacto foi o de construção das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011c).

O SUS vem alcançando grandes avanços desde a promulgação da lei 8.080/90, mas, ainda, encontra grandes desafios que requerem decisões dos gestores. Por isso, foi instituída em 2010, a Portaria 4.279, de 30 de dezembro, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Atualmente, o conteúdo dessa portaria está contido na Portaria de Consolidação 3/2017. A RAS foi instituída com o objetivo de superar a fragmentação da atenção e gestão da saúde nas diversas regiões do país, buscando aprimorar o modo de funcionar político-institucional do SUS e assegurando às pessoas de forma eficaz e eficiente o atendimento em saúde (BRASIL, 2017).

O decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, considera a RAS como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a). Mendes (2012) explica que os sistemas de atenção à saúde devem dar respostas às demandas sociais da população, buscando coerência com a situação de saúde dos usuários. Segundo o autor, a população brasileira vem passando por uma transição na saúde denominada de tripla carga de doenças, isso é, a presença simultânea das doenças infecciosas e carenciais, causas externas e as doenças crônicas. Para enfrentar essa situação, não se pode manter um sistema fragmentado. Dessa forma, a implantação e fortalecimento da RAS deve buscar por sistemas integrados que proporcionem respostas eficientes e de qualidade.

Mendes (2012) relata que as RAS devem ser implantadas buscando resolver a incoerência existente entre a situação de saúde da população e o sistema de atenção à saúde. Completa afirmando que as RAS são organizações formadas por vários serviços de saúde que devem estar vinculados por meio de uma missão, com objetivos comuns e cientes de ser uma ação de cooperação e, ao mesmo tempo, de

interdependência. A RAS tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção prestada aos usuários do SUS, melhorando a qualidade de vida da população.

O autor estabelece como fundamentos importantes para implantação da RAS: a economia de escala; a qualidade e o acesso; a disponibilidade de recursos; a integração vertical; a integração horizontal; os processos de substituição; os territórios sanitários; e os níveis de atenção à saúde (MENDES, 2011). Vários são os conceitos sobre RAS (nacional e internacional) e, neste trabalho, será adotado o preconizado pela legislação vigente no SUS: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, p. 1, 2010a).

O Ministério da Saúde aponta que a relação entre os diversos pontos de atenção à saúde deve ocorrer de forma horizontal, sendo a atenção primária o centro de comunicação, por centralizar o cuidado nas necessidades de saúde da população, responsabilizando-se pela atenção contínua e integral, trabalhando de maneira multiprofissional. Contudo, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes no cuidado do usuário, diferenciando entre si apenas nas densidades tecnológicas (BRASIL, 2010a).

Em 2011 e 2012, foi pactuado entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha, que tem um foco em atenção à gestante e à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas - iniciando-se pelo câncer -; Rede de Cuidados à pessoa com deficiência; e a Rede de Atenção Psicossocial. Esta última, como mencionado, foco deste trabalho.

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela Portaria 3.088. de 23 de dezembro de 2011 (publicada novamente em 31/12/2011) e, atualmente, está contida na Portaria de Consolidação 3 e na Portaria de Consolidação 6, ambas de 2017. A criação da RAPS é um marco para a política de Saúde Mental, pois instituiu a rede e passou a incentivar os estados e municípios a avançarem nessa política. Foi instituída no âmbito do SUS, segundo consta nesta legislação, com o intuito de criar, ampliar e buscar articular os diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades específicas decorrentes de uso de álcool e drogas (BRASIL, 2017).

Por objetivos da RAPS, podem ser citados: promover a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população; proporcionar o acesso dos usuários com transtornos mentais ou em uso de álcool e drogas e as famílias aos pontos da RAPS; e assegurar a articulação e integração entre os diversos pontos de atenção das RAS no território, promovendo a qualificação do cuidado (BRASIL, 2017). Para alcançar estes objetivos, ela é composta por:

- . **Atenção Básica em Saúde:** constituída por unidades básicas de saúde, consultório na rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e pelo centro de convivência.
- . **Atenção Psicossocial Especializada:** formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades que, por serem o foco deste trabalho, são descritos detalhadamente na sessão 2.3. Além dos CAPS, em 2017, foi acrescida à atenção especializada a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas, que constitui a estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados.
- . **Atenção de Urgência e Emergência:** formada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sala de estabilização, unidade de pronto atendimento (UPA 24 horas), portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde, entre outros. A Atenção Hospitalar é formada pela Unidade de Referência Especializada em hospital geral; hospital psiquiátrico especializado e hospital dia.
- . **Atenção Residencial de Caráter Transitório:** composta pela Unidade de Acolhimento (adulto e infantil) e Serviços de Atenção em Regime Residencial.
- . **Estratégia de Desinstitucionalização:** formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos.
- . **Estratégia de Reabilitação Psicossocial:** são iniciativas de trabalho e geração de renda (BRASIL, 2017). Importante destacar que, em 2005, o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego publicaram a Portaria Interministerial 356, que instituiu o grupo de trabalho de Saúde Mental e economia solidária, com o objetivo de promover a articulação entre a Saúde Mental e a economia solidária, propondo mecanismos de geração de renda e trabalho (BRASIL, 2005a).

De acordo com Assis et al. (2014), para que a RAPS alcance seus objetivos e efetive as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, não basta fazer uma soma de todos os componentes aqui citados. Para que a rede de fato aconteça é fundamental que as pessoas se conectem e se coordenem com finalidades definidas e comuns. Além disso, a rede deve apresentar várias possibilidades de recursos e respostas, para possa produzir transformações nos territórios em que está situada.

O Decreto n. 7.508/2011, definiu a região de saúde e a RAS como novas referências no SUS para financiar, desenvolver e implantar os serviços de saúde (ASSIS et al., 2014). Para os autores, este decreto se mostra fundamental para efetivação da implantação da RAPS, pois define que, para as regiões de saúde serem efetivadas, é preciso que tenham, pelo menos, a atenção primária, urgência e emergência, atenção ambulatorial tanto especializada como hospitalar, vigilância em saúde e a atenção psicossocial. Por meio deste decreto, a Saúde Mental passa a ser uma das exigências para que se defina a microrregião.

Foi publicada em 2013 a Portaria 615/2013, que teve por objetivo financiar a construção de CAPS e Unidades de Acolhimento (UA). Esta portaria teve uma adesão de 2.000 propostas cadastradas no sistema para todos os tipos de CAPS e UA. Contudo, o Ministério da Saúde priorizou as propostas que tiveram integração com o Programa Crack, *É Possível Vencer*². Na visão de Assis et al. (2014), uma das dificuldades para expansão da RAPS está em encontrar imóveis adequados para implantação do serviço, assim, a alocação de recursos por esta Portaria nos municípios foi importante, pois, possibilitou a construção de imóveis adequados ao funcionamento dos CAPS e UA. Em Minas Gerais, 12 CAPS e 14 UA foram contempladas com esta portaria (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d; BRASIL, 2013e). Em Minas Gerais, por meio do diagnóstico sobre o estudo de carga de doenças, realizado pela FIOCRUZ, o estado priorizou cinco redes: a rede materno-infantil, a rede para tratar da hipertensão e diabetes, a rede voltada para os idosos, a rede de urgência e emergência e a rede de atenção psicossocial (MARQUES, 2013). Com a priorização da RAPS no estado e o incentivo do Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 3.088/2011, que estabelece que os estados discutam, realizem os

² O Programa *Crack, É Possível Vencer* foi instituído pelo Decreto 7.179/2010 e se propõe a ser intersetorial, tendo como objetivo fortalecer a RAPS, procurando diminuir as consequências negativas do uso prejudicial de crack e outras drogas. Consultar o sítio da *internet* para acesso a maiores informações: <https://www.justica.gov.br/programas-e-planos/crack>

diagnósticos da Saúde Mental, pactuem e elaborem planos de ação, em 2012 ela foi instituída por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.092/2012 (BRASIL, 2011b; MINAS GERAIS, 2012b).

A escolha em discutir a RAPS em Minas Gerais neste estudo, ocorreu por ser este o estado onde esta pesquisadora atua e, também, por ser o primeiro local a ter essa rede aprovada pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 664/2013 (BRASIL, 2013b). Segundo o relatório do Ministério da Saúde, publicado em 2016, neste ano haviam 10 planos de ação aprovados no Brasil (BRASIL, 2016). A pactuação do Plano de Ação e a expansão da RAPS em Minas Gerais foi conduzida pelo Grupo Condutor, instituído pela Resolução n. 3.149/2012 (MINAS GERAIS, 2012c).

Atualmente, o que regulamenta o grupo no estado é a Deliberação n. 2.242/2015. Esse grupo é composto por membros representantes do Ministério da Saúde, do estado e dos municípios (MINAS GERAIS, 2015). Assis et al. (2014) declaram que os Grupos Condutores das Redes Temáticas são um dos mecanismos criados pelo Ministério da Saúde para que os gestores possam se articular para discutir e chegar a consensos a respeito dos Planos de Ação da RAPS.

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG) é o instrumento de planejamento da saúde que visa estabelecer critérios para uma base territorial e populacional e, no estado de Minas Gerais, possui 13 macrorregiões e 77 microrregiões (MINAS GERAIS, 2014a). Por microrregião de saúde entende-se como nível de atenção que agrega tecnologias de média densidade, exigindo escala intermediária para garantir aos municípios que dele fazem parte, custo-benefício e qualidade. A macrorregião é o nível de atenção que agrega tecnologias de alta densidade ou alto grau de especialização, exigindo escala ainda maior que a da microrregião, buscando garantir qualidade e viabilização financeira (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Uma das diretrizes da RAPS é a organização de uma rede que seja regionalizada, com desenvolvimento de ações intersetoriais no intuito de promover um atendimento integral ao usuário. Ou seja, na RAPS, os municípios precisam, muitas vezes, pactuar o atendimento em sua micro ou macrorregião de saúde (BRASIL, 2017).

2.3 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O CAPS foi criado para ser um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, voltados para a atenção à Saúde Mental, visando garantir um atendimento integral, superando a lógica do isolamento, trazendo familiares e comunidade para o cuidado aos usuários (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Os CAPS surgiram a partir de um contexto em que o movimento dos profissionais da Saúde Mental, familiares e usuários reivindicavam questões trabalhistas, cuidado humanitário, melhoria no modelo de assistência no país e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos que, até então, eram o único recurso destinado aos portadores de sofrimento mental (BRASIL, 2004b). Em março de 1986, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil e, a partir daí, os serviços de Saúde Mental passaram a se consolidar como dispositivos importantes na diminuição de internações em hospitais psiquiátricos e na mudança do modelo assistencial (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Para Melo, Machado e Guimarães (2012), os CAPS assumiram uma função importante como dispositivo estratégico na estruturação da Rede de Atenção Psicossocial, sendo responsáveis por direcionar a política local de Saúde Mental, além de assessorar as unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família.

Os CAPS são serviços abertos e de caráter comunitário que têm por objetivo disponibilizar cuidados para as pessoas de sua área de abrangência, ofertando atendimento clínico e reinserção à sociedade tanto em relação ao trabalho como em ao lazer, promovendo o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2004b, p.13). Para Assis et al. (2014), o fato dos CAPS serem constituídos como serviços substitutivos, abertos e de base territorial é um desafio, pois implica que, além de terem uma área de abrangência e população de referência, ainda devem manter o diálogo constante com a rede intra e intersetorial.

Os CAPS realizam atendimento diário, sendo que os CAPS I, II, ad e i funcionam de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Os CAPS III, AD III e AD IV, funcionam todos os dias, 24 horas, incluindo feriados. Todos eles devem executar e gerenciar os projetos terapêuticos dos usuários do serviço, de forma que ofereçam cuidados clínicos e individualizados, promovendo a reinserção social dos usuários com ações na área da saúde e, também, de forma intersetorial com as áreas de educação, esporte, trabalho e demais serviços do município e/ou região

onde se localiza. Além disso, os CAPS devem realizar o matriciamento da atenção primária e, junto ao gestor local, supervisionar os serviços hospitalares psiquiátricos que ainda possam existir no território (BRASIL, 2017).

Os CAPS I, II e III, atendem, principalmente, pessoas com intenso sofrimento psíquico, resultante de transtornos mentais graves e persistentes, além de problemas decorrentes de uso de substâncias psicoativas. O que diferencia o CAPS I e II é o critério populacional para habilitação, sendo o primeiro para municípios ou regiões acima de 15 mil habitantes e, o segundo, acima de 70 mil habitantes. O CAPS III, para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. Diferentemente dos CAPS I e II, funciona 24 horas, todos os dias, inclusive em fins de semana e feriados (BRASIL, 2017).

Os CAPS ad II, ad III e ad IV atendem pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, devido ao uso de álcool, crack e outras drogas. O CAPS ad II é o único que não funciona 24 horas e é indicado para os municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. O CAPS ad III é preconizado para os municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes e, o CAPS ad IV, para as capitais de estados ou com população acima de 500 mil habitantes (BRASIL, 2017).

O CAPS i é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, além daqueles relacionados ao uso de drogas. Ele é indicado para os municípios ou regiões com mais de 70 mil habitantes (BRASIL, 2017).

Os CAPS são serviços que têm o papel estratégico na RAPS, pois visam a promoção da vida em comunidade e a autonomia dos usuários, além de ordenar o cuidado em articulação com as equipes de saúde da família (BRASIL, 2017). Desse modo, os CAPS são pensados para criar um novo lugar social aos usuários, sendo substitutivo ao modelo asilar.

Cabe destacar os CAPS como lugar estratégico para o atendimento à crise, pois possibilitam o acolhimento ao sujeito distensionando possíveis conflitos e contextualizando o sofrimento dos usuários. Isto é, esses pontos buscam fortalecer os sujeitos diante das adversidades, com o intuito de construir e reconstruir os contextos envolvidos. Esta é uma característica importante e que difere da lógica manicomial. Nessa nova concepção não há controle do sujeito. O manejo realizado pelo CAPS, na fase aguda, é fundamental para a continuidade do cuidado e, nesse

sentido, deslocar a atenção da doença para o sujeito que sofre se faz necessário (ASSIS et al., 2014).

Neste contexto, escolheu-se aqui avaliar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, em suas diversas modalidades, apontando possíveis vazios assistenciais, por serem estes serviços estratégicos para o desenvolvimento da RAPS.

2.4 Avaliação dos CAPS como estratégia de gestão

Tanaka e Tamaki (2012) definem como papel da avaliação para a gestão, o de produzir elementos que possam subsidiar a tomada de decisão, gerando maior efetividade nas atividades executadas pelos serviços. Nesse caso, cabe ao gestor a tomada de decisão. Decisão esta que pode se basear na avaliação, bem como no conhecimento pessoal e/ou percepção do problema. Os autores destacam que a tomada de decisão na saúde é complexa, por envolver diversas situações e atores.

A avaliação precisa de objetividade para que o processo seja realizado dentro do tempo e com os recursos disponíveis. Deve-se simplificar os processos preservando o que é fundamental na avaliação, que é a possibilidade de contribuir para a tomada de decisão da gestão em saúde. Definir uma pergunta avaliativa clara é fundamental para se produzir a avaliação, pois se não há essa clareza, as informações e os dados gerados podem servir para aprimorar o conhecimento que se tem sobre o problema e o objeto, mas pode não ter utilidade para a tomada de decisão que produza mudanças na situação do serviço e, conseqüentemente, na saúde da população. Além disso, é necessário conhecer o contexto da avaliação para definir os objetivos (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Melo, Machado e Guimarães (2012) ao tratarem sobre a avaliação dos serviços de Saúde Mental, colocam que ela vem ganhando espaço e relevância no Brasil. Atribuem como um dos fatores para isso, as modificações que estão ocorrendo na política de Saúde Mental desde a reforma psiquiátrica. Os autores consideram que uma das principais mudanças observadas é a substituição do modelo asilar por uma assistência alternativa. Destacando, neste contexto, os CAPS. Entretanto, revelam que este é um campo de estudo ainda recente no Brasil.

No intuito de verificar o que se tem publicado sobre avaliação dos CAPS no Brasil e em Minas Gerais, foi realizado em maio de 2019 um levantamento

bibliográfico, do período 2015 a 2019, utilizando os seguintes descritores: avaliação, CAPS e Saúde Mental.

Boa parte dos estudos encontrados são pesquisas qualitativas que buscam avaliar a percepção dos usuários e/ou familiares sobre o atendimento ou qualidade dos CAPS (SILVA; LIMA; RUAS, 2018; VANZELA; PEGORARO, 2018; BESSA et al., 2019; TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017; ALVES et al., 2017; ALVES et al., 2018; GONÇALVES; CAMPOS, 2017). Outro enfoque, é a percepção dos profissionais a respeito do trabalho, com a avaliação da assistência prestada aos usuários e familiares (SANTOS et al., 2018; RIBEIRO et al., 2018; SILVA; LIMA, 2017c; ONOCKO-CAMPOS et al., 2017; AZEVEDO et al., 2015; LOUZA, 2018; MOURA; RONCALLI; NORO, 2016; SANTOS et al., 2017; SILVA; SCHLINDWEIN, 2017; AZEVEDO; SALVETTI; TORRES, 2017; ABREU et al., 2018).

Alguns trabalhos avaliaram a estrutura dos CAPS, incluindo a estrutura física e de pessoal (SILVA; LIMA, 2017b; ABREU et al., 2018; BERNARDI; KANAN, 2015). Outros aspectos também foram abordados, como aqueles relacionados com a avaliação de Saúde Mental: assistência farmacêutica, financiamento, educação física e atenção básica (TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017; SILVA; LIMA, 2017a; SILVA; LIMA, 2017c; GONÇALVES; CAMPOS, 2017; FURTADO et al., 2016; BERNARDI; KANAN, 2015). Quatro dos artigos encontrados utilizaram as técnicas de análise de documentos ou de revisão de literatura (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015; TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017; SILVA; LIMA, 2017c; TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS; COSTA, 2019). O Quadro 1 apresenta a compilação das pesquisas identificadas.

Quadro 1 - Síntese do levantamento de pesquisas relacionadas à avaliação em Saúde Mental no Brasil, 2015 a 2019

Autores	Título	Tipo de Pesquisa	Local da Pesquisa
Costa, Colugnati e Ronzani (2015)	Avaliação de serviços em Saúde Mental no Brasil: revisão sistemática da literatura	Revisão sistemática da literatura	Brasil
Silva, Lima e Ruas (2018)	Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados	Qualitativa, estudo transversal	Minas Gerais
Trapé e Onocko-Campos (2017)	Modelo de atenção à Saúde Mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação	Qualitativa, análise documental	Brasil

(Continua...)

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 1 - Síntese do levantamento de pesquisas relacionadas à avaliação em Saúde Mental no Brasil, 2015 a 2019

Autores	Título	Tipo de Pesquisa	Local da Pesquisa
Santos et al. (2018)	Equipes de referência: contribuições para o trabalho em Saúde Mental	Qualitativa	Santa Catarina
Vanzela e Pegoraro (2018)	Avaliação de centros de atenção psicossocial segundo familiares: revisão integrativa de literatura	Revisão Integrativa	Brasil
Bessa <i>et al.</i> (2019)	Avaliação de Resultados da Assistência em Saúde Mental por Usuários	Quantitativo	Rio Grande do Norte
Ribeiro et al. (2018)	Atenção psicossocial e satisfação no trabalho: processos dialéticos na Saúde Mental	Qualitativa	Capital do Nordeste
Silva;e Lima (2017a)	Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial	Qualitativa, entrevista e observação	Minas Gerais
Onocko-Campos et al. (2017)	Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo	Qualitativa	São Paulo
Alves et al. (2017)	Indicadores qualitativos de satisfação em Saúde Mental	Qualitativo	Rio Grande do Sul
Louza (2018)	Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) do estado de Minas Gerais	Qualitativo, estudo transversal	Minas Gerais
Moura, Roncalli e Noro (2016)	Impacto do Trabalho em Profissionais de Serviços de Saúde Mental em um Município do Nordeste Brasileiro	Quantitativo	Rio Grande do Norte
Alves et al. (2018)	Ser autônomo: o que os serviços de Saúde Mental indicam?	Qualitativo, estudo de caso	Rio Grande do Sul
Silva e Lima (2017c)	Prescrições em serviços de Saúde Mental: aspectos legais e indicadores do uso racional de medicamentos	Estudo Transversal	Minas Gerais
Silva e Lima (2017b)	Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais	Qualitativa	Minas Gerais
Santos et al. (2017)	Avaliação da participação dos profissionais na reunião de equipe do Centro de Atenção Psicossocial	Qualitativa	Sul do Brasil
Silva e Schlindwein (2017)	Vivências de trabalhadores da Saúde Mental de um CAPS de Porto Velho/RO	Qualitativo	Rondônia
Arantes, Sousa e Almeida (2016)	Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em Saúde Mental	Qualitativa e quantitativa	Goiás
Azevedo, Salvetti e Torres (2017)	Qualidade da assistência em Saúde Mental: desenvolvimento de um instrumento de avaliação	Quantitativo	Brasil
Abreu et al. (2017)	Avaliação da estrutura e processo de trabalho de um centro de atenção psicossocial no município de Ubá-MG	Descritivo e analítico	Minas Gerais
Miliauskas <i>et al.</i> (2019)	Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil	Quantitativo	Rio de Janeiro e São Paulo
Furtado et al. (2016)	Educação física e Saúde Mental: uma análise da rotina de trabalho dos profissionais dos CAPS de Goiânia	Qualitativo	Goiás

(Continua...)

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 1 - Síntese do levantamento de pesquisas relacionadas à avaliação em Saúde Mental no Brasil, 2015 a 2019

Autores	Título	Tipo de Pesquisa	Local da Pesquisa
Gonçalves e Campos (2017)	Narrativas de usuários de Saúde Mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação	Qualitativa, grupo focal	Em uma grande cidade brasileira
Bernardi e Kanan (2015)	Características dos serviços públicos de Saúde Mental (CAPS i, CAPS ad, CAPS III) do estado de Santa Catarina	Qualitativa e quantitativa	Santa Catarina
Trapé, Onocko-Campos e Costa (2019)	Rede de Atenção à Saúde Mental: estudo comparado Brasil e Catalunha	Revisão de literatura	Brasil
Moraes et al. (2017)	Indicadores de Saúde Mental nos sistemas de informações em saúde: em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica	Qualitativa	Brasil

(Conclusão)

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre avaliações realizadas, especificamente no estado de Minas Gerais, foram encontrados trabalhos com temáticas variadas e de regiões específicas. Nenhuma pesquisa foi encontrada que tenha avaliado o estado em seu conjunto ou a rede como um todo. Os artigos abordaram assuntos como assistência farmacêutica, estrutura de CAPS, percepção dos usuários sobre o serviço e percepção dos profissionais (SILVA; LIMA; RUAS, 2018; SILVA; LIMA, 2017b; SILVA; LIMA, 2017a; SILVA; LIMA, 2017c; LOUZA, 2018; ABREU et al., 2018).

Em relação à avaliação dos CAPS, com base em indicadores, para o Brasil, foram encontrados dois trabalhos, ambos com ênfase em serviço. Um deles teve o objetivo de apresentar e discutir um conjunto de 16 indicadores elaborados para monitorar, avaliar e verificar potencial qualificação do CAPS III (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017). No outro, foram construídos indicadores qualitativos de resultado na Atenção Psicossocial, voltados para avaliar a autonomia na perspectiva dos usuários e familiares, sendo identificados e validados dois indicadores (MORAES et al., 2017).

Outro trabalho de interesse, é um estudo ecológico que associou internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e a atenção básica em regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro, entre 2008 e 2015. Miliauskas et al. (2019) revela que há uma escassez de estudos que avaliam indicadores da rede de atenção psicossocial e atenção básica comparando com as internações. Utilizando dados secundários, o estudo considera que houve uma redução nas internações psiquiátricas e o aumento da cobertura de CAPS e de atenção básica, nas duas

regiões, com associação inversa e estatisticamente significativa (MILIAUSKAS et al., 2019).

Sendo um dos objetivos específicos desta dissertação, verificar se a taxa de internação está associada com o crescimento do número de CAPS em Minas Gerais, com base no artigo de Miliauskas et al. (2019), sustenta-se a hipótese de que a taxa de internação pode reduzir com o crescimento do número de CAPS.

3 METODOLOGIA

3.1 Análise de cobertura dos CAPS em Minas Gerais

Para Silva e Menezes (2005), pesquisar é, de forma simples, o ato de buscar respostas aos questionamentos formulados. De acordo com Minayo (2001), a pesquisa é uma constante aproximação da realidade, mas que não se esgota, que combina teoria e dados. Luz et al. (2015) afirmam que nas ciências em saúde é possível utilizar duas abordagens metodológicas para coletar e analisar os dados, a qualitativa e a quantitativa, não sendo contraditórias, mas, que possuem naturezas diferentes. Este trabalho utilizou a pesquisa quantitativa que, para Luz et al. (2015), é a quantificação dos fenômenos. Toda a análise foi realizada com dados existentes em sistemas oficiais do Ministério da Saúde, assim, não apresentou riscos aos sujeitos e foi conduzido de acordo com princípios éticos.

O presente estudo conta com dados populacionais já coletados, de livre acesso. Investigou-se a taxa de cobertura dos centros de atenção psicossocial (CAPS), tendo como fonte a base de dados do DATASUS, do Ministério da Saúde.

O levantamento dos CAPS existentes nos anos analisados foi realizado por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Segundo Noronha et al. (2014), o CNES contém dados sobre os estabelecimentos de saúde do Brasil, pertencentes ou não ao SUS. Ele traz informações sobre as equipes, os equipamentos e os serviços, sejam ambulatoriais ou hospitalares.

Para fins de análise, foi considerado o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente em 2019, constante na Deliberação n. 1.979 (MINAS GERAIS, 2014b), com 77 microrregiões e 13 macrorregiões de saúde. As taxas de cobertura foram estimadas para os anos de 2011 e 2018, por microrregiões de saúde, assim como a construção dos mapas. Isso, porque, quando calculadas por macrorregião, os dados mostraram que todas estavam cobertas por CAPS, o que encobriria a realidade vivenciada pelas microrregiões. Contudo, durante a análise descritiva, optou-se por apresentar os resultados agrupados por macrorregiões de saúde.

Com o objetivo de visualizar a disposição dos territórios, segundo a localização dos CAPS e taxas de cobertura, foram construídos mapas utilizando o *TabWin*³, com as informações de taxa de cobertura em Minas Gerais.

Seguindo o que foi proposto por Borges et al. (2015), em relação ao Brasil e as Unidades da Federação, para avaliar a cobertura dos centros de atenção psicossocial no estado de Minas Gerais, por microrregiões de saúde, utilizou-se como base a taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, presente na Pactuação Unificada de Indicadores do Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, atualizado de acordo com parâmetros estabelecidos na Portaria de Consolidação 3/2017 (BRASIL, 2017; BRASIL, 2010b), conforme fórmula descrita a seguir:

$$\text{Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS I} \times 0,15) + (\text{Número CAPS II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPS i} \times 0,7) + (\text{Número CAPS ad II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS ad III} \times 1,5)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Segundo o indicador presente no Pacto pela Saúde, a taxa de cobertura do CAPS reflete o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de Saúde Mental no longo do tempo. Como regra geral, tem sido considerada como parâmetro para uma conformação ideal da rede a proporção de um CAPS para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2010b)⁴.

O Quadro 2 apresenta os tipos de CAPS, população atendida e o parâmetro populacional estabelecido na Portaria de Consolidação 3/2017 para habilitação dos serviços em municípios e ou regiões (BRASIL, 2017). A informação sobre o parâmetro para implantação e habilitação é a utilizada nas fórmulas descritas, adotando-se o valor previsto em portaria para CAPS dividido por 100.000. Ou seja, para CAPS I, por exemplo, indicados para os municípios ou regiões com população acima de 15.000, o valor incluído na fórmula é 0,15.

³ *TabWin* é um programa/aplicativo do Ministério da Saúde que permite tabular informações disponíveis nos sistemas de informação do SUS. Para maiores informações, acesse o manual, disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/manual-tabwin/>

⁴ Os parâmetros foram revisados e atualizados, seguindo critério de habilitações constante na Portaria de Consolidação 3, 2017 (BRASIL, 2017).

Quadro 2 - Tipos de centros de atenção psicossocial (CAPS), de acordo com população atendida e parâmetro para implantação

Tipo de CAPS	População Atendida	Parâmetro para implantação e habilitação
CAPS I	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, também, com as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.	Municípios ou regiões com população acima de 15.000 (0,15*)
CAPS II	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, também, com as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.	Municípios ou regiões com população acima de 70.000 (0,7*)
CAPS III	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, proporcionando serviços de atenção contínua.	Municípios ou regiões com população acima de 150.000 (1,5*)
CAPS i	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.	Municípios ou regiões com população acima de 70.000 (0,7*)
CAPS ad II	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Municípios ou regiões com população acima de 70.000 (0,7*)
CAPS ad III	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.	Municípios ou regiões com população acima de 150.000 (1,5*)
CAPS ad IV**	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Municípios com mais de 500.000 habitantes ou capitais de estados, buscando atender as cenas de uso de drogas

Fonte: Adaptado de Portaria de Consolidação 3/2017.

Nota: * Valores referentes à fórmula utilizada para cálculo da taxa de cobertura.

** Criado em 2017, sem habilitação em Minas Gerais no momento da pesquisa e excluído da análise.

Além da taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, analisaram as informações obtidas por modalidade de CAPS, o que permitiu avaliar possíveis demandas e vazios assistenciais. Todas as estimativas de taxa de cobertura foram calculadas para os anos de 2011 e 2018, possibilitando comparações.

Para o cálculo das taxas por modalidade de CAPS, cujas fórmulas derivam da anteriormente apresentada, foram consideradas três opções de agrupamento: CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas); CAPS i (infantojuvenil) e CAPS ad (álcool e drogas, incluindo os CAPS ad II e CAPS ad III).

Para cálculo da taxa de CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas):

$$\text{Taxa de cobertura CAPS Saúde Mental por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS I} \times 0,15) + (\text{Número CAPS II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Para cálculo da taxa de cobertura de CAPS i (infantojuvenil):

$$\text{Taxa de cobertura CAPS i por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS i} \times 0,7)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Para cálculo da taxa de cobertura de CAPS ad (álcool e drogas, incluindo ad II e CAPS ad III):

$$\text{Taxa de cobertura CAPS Álcool e Drogas por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS ad II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS ad III} \times 1,5)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Durante a análise, para classificar o indicador taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, utilizou-se o parâmetro disponível na publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015B), como apresenta o Quadro 3. Nos casos com taxa de cobertura de CAPS igual a zero, optou-se por incluir como parâmetro o termo vazio assistencial.

Quadro 3 - Parâmetros de classificação do indicador taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes

CLASSIFICAÇÃO	VALOR
Muito boa	Igual ou acima de 0,71
Boa	Entre 0,51 e 0,70
Regular	Entre 0,36 e 0,50
Baixa	Entre 0,21 e 0,35
Insuficiente	Entre 0,01 e 0,20
Vazio assistencial	0,0

Fonte: Adaptado de BRASIL (2015b, p. 11).

3.2 Taxa de cobertura de internações em hospitais gerais e especializados em Minas Gerais

Visando verificar se a taxa de internação se modifica com a mudança na cobertura de CAPS em Minas Gerais, foram analisadas as internações para tratamentos de transtornos mentais e comportamentais e a taxa de cobertura dos CAPS, no período de 2008 a 2018. Nesse caso, diferentemente da análise proposta para avaliar a cobertura, optou-se por trabalhar com um período de 10 anos, com informações do mês de dezembro de cada ano. A escolha de um período anterior a 2011 se justifica pela possibilidade de entender o comportamento no longo dos anos, de forma ampliada.

A fim de verificar estatisticamente se há correlação entre os dados, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Para comparar a taxa de internação em hospitais gerais e especializados, separadamente, foi feito um levantamento das internações nesses estabelecimentos, verificando o comportamento de ambos.

Por meio dos gráficos gerados, pode-se observar ano a ano, o comportamento da produção dos hospitais com a habilitação de novos CAPS.

Por hospital geral, entende-se como sendo aquele que presta atendimentos básicos, por especialidades e/ou outras clínicas médicas, podendo dispor de serviços de urgência e emergência. O hospital especializado, presta atendimento em saúde em única modalidade ou área, podendo dispor de atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 2019). No caso do presente estudo, os hospitais especializados são todos aqueles que prestam serviço em Saúde Mental, não apenas os hospitais psiquiátricos.

Para fazer análise das internações no período de 2008 a 2018 foram utilizados os dados disponíveis também no DATASUS. Utilizou-se o código 030317, que são os procedimentos clínicos para tratamentos de transtornos mentais e comportamentais. Dessa forma, foram considerados os procedimentos realizados na rede pública do estado de Minas Gerais, de 2008 a 2018, tanto em hospitais gerais como nos especializados.

Foram incluídos todos os hospitais que realizaram os procedimentos de código 030317 no âmbito do SUS. Vale destacar que se utilizaram os dados de todos os hospitais especializados que realizaram os procedimentos e não somente os de tipo de estabelecimento classificados como Psiquiatria, por entender ser importante analisar todas as internações do estado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está dividido em duas seções. Na primeira seção, são apresentadas e analisadas as taxas de cobertura de CAPS em Minas Gerais, comparando 2011 e 2018. Na segunda, apresenta-se a evolução da taxa de cobertura de CAPS, comparando-a com as internações por transtornos mentais nos hospitais de Minas Gerais.

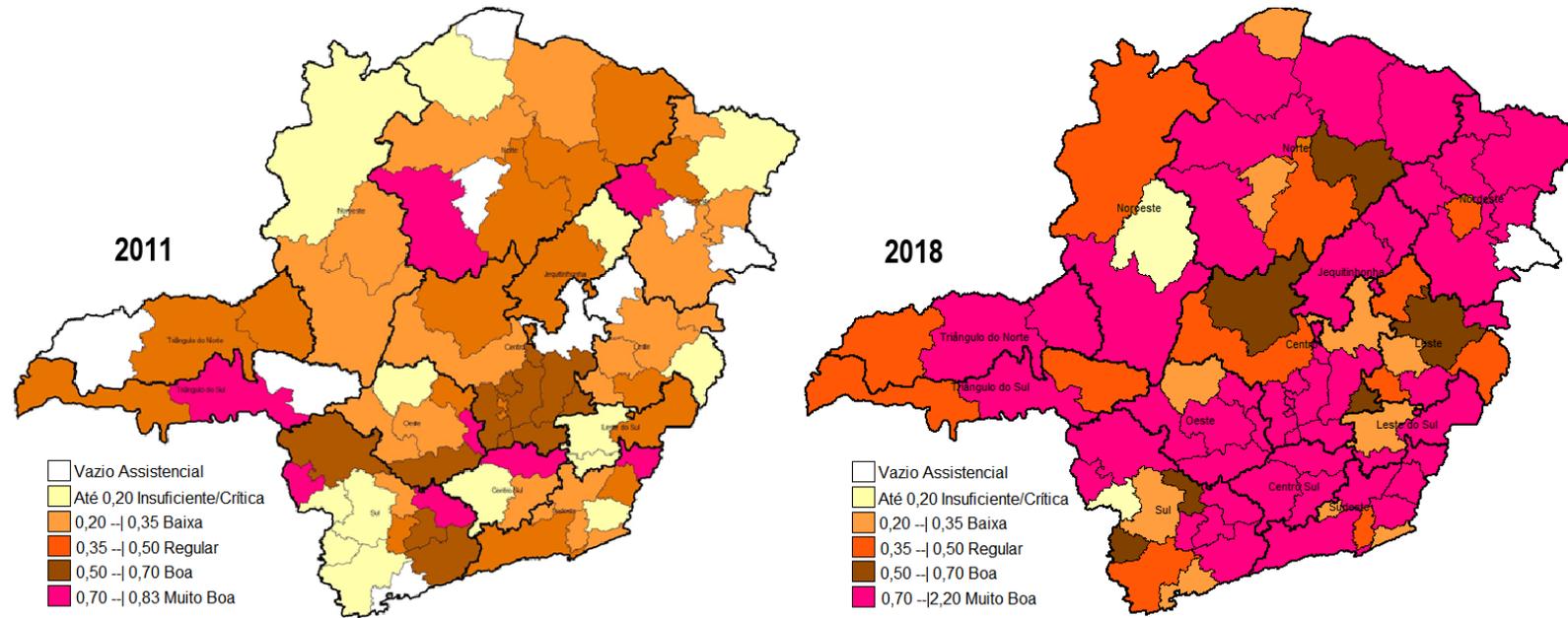
4.1 Cobertura de CAPS em Minas Gerais

Os dados de 2011 relacionados à taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes apontaram que 12% das microrregiões possuíam vazio assistencial em Minas Gerais. Ademais, 18% apresentaram cobertura insuficiente, 27%, baixa e, 20%, regular. Ou seja, 77% das microrregiões apresentaram cobertura abaixo de 0,50. Apenas 13% das microrregiões possuíam boa cobertura e 10% muito boa.

Em 2018, somente uma microrregião do estado de Minas Gerais (Nanuque, pertencente à macrorregião Nordeste) encaixou-se como vazio assistencial. Quanto às demais microrregiões: 2% ainda tinham cobertura insuficiente; 13%, baixa; 15%, Regular; 6%, boa; e, 60%, muito boa. Mediante a estes resultados, considera-se que houve uma melhoria na cobertura de CAPS por 100 mil habitantes sem a distinção por modalidade.

A Figura 3, apresenta a taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes por microrregião, em 2011 e 2018, sem fazer distinção por modalidade.

Figura 3 - Cobertura de CAPS por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018



Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a taxa de cobertura dos CAPS no estado de Minas Gerais, em seu conjunto, sem especificação por tipo de serviços apresentados, observa-se que a maioria das microrregiões estava com classificação muito boa/boa em 2018. Percebe-se uma redução importante nos vazios assistenciais, bem como das áreas classificadas como de cobertura insuficiente, baixa e regular. No período de 2011 a 2018, foram habilitados 159 CAPS, o que contribuiu para ampliar a cobertura. O Apêndice D discrimina o número de CAPS por tipo que foram habilitados em 2011 e 2018 e, também, por microrregião. O Quadro 4 detalha a quantidade de CAPS por modalidade, em 2011 e 2018.

Quadro 4 - Número de CAPS habilitados no estado de Minas Gerais, por modalidade, em 2011 e 2018

2011				2018			
CAPS I, II e III	CAPS i	CAPS ad	Total de CAPS	CAPS I, II e III	CAPS i	CAPS ad	Total de CAPS
142	12	21	175	238	35	61	334

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com Brasil (2003a), a implantação dos CAPS, em suas diversas modalidades, vem mudando o quadro de desassistência da Saúde Mental no país, sendo que o aumento dos serviços obedece aos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Brasil (2016) revela a expansão de CAPS em todo país, entre 2011 e 2015, crescimento também verificado neste estudo para o estado de Minas Gerais. Indica, ainda, maior ampliação de CAPS I, que atendem a municípios e as regiões com população acima de 15 mil habitantes. Em números absolutos, pode-se verificar em Minas Gerais, maior ampliação de CAPS I em relação aos CAPS II e III, conforme pode ser observado no Quadro 5.

Quadro 5 - Número de CAPS I, II e III habilitados no estado de Minas Gerais, em 2011 e 2018

2011				2018			
CAPS I	CAPS II	CAPS III	Total de CAPS I, II e III	CAPS I	CAPS II	CAPS III	Total de CAPS I, II e III
87	46	9	142	161	58	19	238

Fonte: Dados da pesquisa

Macedo et al. (2017) relatam que, de acordo com série histórica analisada, o primeiro grande crescimento de CAPS ocorreu logo após a lei 10.216/2001. Posteriormente, os saltos significativos ocorreram em serviços implantados nos municípios de pequeno porte, indicando interiorização dos CAPS, principalmente em municípios com menos de 50 mil habitantes. Este indício de interiorização de CAPS também pode ser observado em Minas Gerais. Um fato que pode ter contribuído para estimular o crescimento de CAPS foi a redução do critério populacional para implantação dos serviços, pois, essa alteração, permitiu que mais municípios de pequeno e médio porte implantassem CAPS modalidade I (BRASIL, 2016).

O quadro 6 demonstra a alteração do parâmetro populacional para implantação de CAPS após republicação da Portaria 3.088 (BRASIL, 2011).

Quadro 6 - Alteração parâmetro populacional para implantação de CAPS

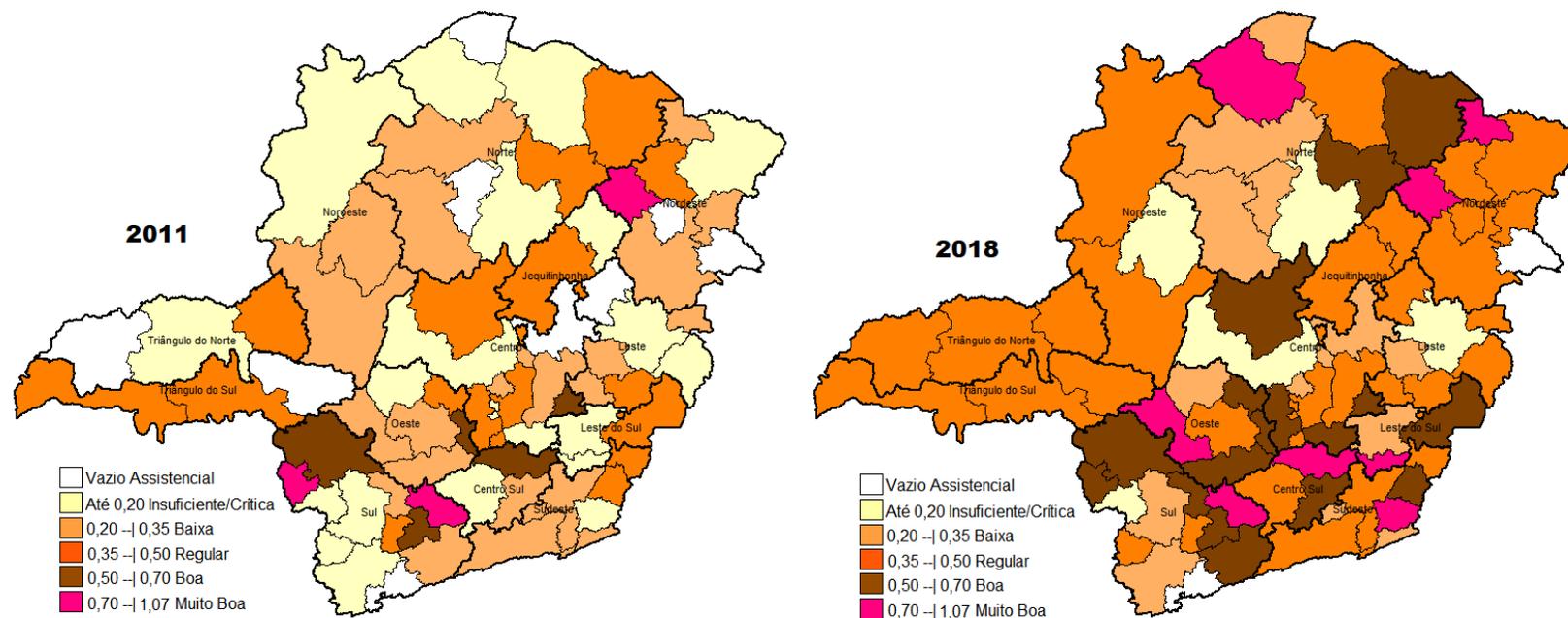
MODALIDADE CAPS	PARÂMETRO ANTERIOR (PORTARIA 336/2002 e PORTARIA 3.088/2011)	PARÂMETRO ATUAL (APÓS REPUBLICAÇÃO DA PORTARIA 3.088/2011)
CAPS I	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
CAPS II	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
CAPS III	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab.	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
CAPS i	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
CAPS ad	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
CAPS ad III	Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab.	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.

Fonte: Dados da pesquisa

Mesmo com os avanços na cobertura indicados na Figura 3, em relação aos CAPS, de maneira geral, julgou-se pertinente, como apontado na metodologia, explorar como se comportavam as taxas se avaliado por tipo de CAPS. Assim, as Figuras 4, 5 e 6 permitem visualizar as diferenças de taxas encontradas entre 2011 e 2018, por modalidade de CAPS.

Na Figura 4, observa-se a taxa de cobertura de CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas).

Figura 4 - Cobertura de CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas) por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018



Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 4 ilustra a cobertura de CAPS I, II e III, ou seja, Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas por 100 mil habitantes em 2011 e 2018. A análise da taxa de cobertura de CAPS I, II e III, em 2011, demonstrou que: 12% das microrregiões de saúde de Minas Gerais apresentaram vazios assistenciais, 27%; cobertura insuficiente, 30%; baixa e regular, 21%; e, 10%, como boa/muito boa.

Em 2018, chama a atenção o fato de que apenas duas microrregiões não possuíam esses tipos de CAPS (Nanuque, da macrorregião Nordeste e Itajubá, da macrorregião sul). Nesse mesmo ano, os resultados apontaram que: 6% apresentaram uma cobertura insuficiente; 17%, baixa; 42%, Regular; e, 32%, possuíam cobertura boa/muito boa. Isto é, de 2011 para 2018 houve aumento nas taxas de cobertura de CAPS I, II e III.

Percebe-se a melhoria na cobertura de CAPS I, II e III no estado, sendo que em 2011 haviam 142, passando para 238, resultando em aumento de 68%. Isso, permitiu que várias micros atingissem taxa de cobertura boa/muito boa, o que pode ser considerado um ganho em termos de saúde para a população. Afinal, esses CAPS permitem que os usuários sejam atendidos com mais qualidade, perto de suas casas e no convívio da família, como bem colocam Melo, Machado e Guimarães (2012) e Brasil (2017).

Os CAPS I, II e III atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, também, em decorrência do uso de drogas, sendo fundamental que todas as microrregiões tenham esta referência. Assim, mesmo que não haja um CAPS ad, por exemplo, o usuário que necessitar de cuidados poderá ser atendido por um desses CAPS (BRASIL, 2017).

O cuidado em Saúde Mental deve ocorrer no dia a dia do território, valorizando as singularidades dos sujeitos e da comunidade, por isso a importância do CAPS estar mais próximo da residência do usuário (BRASIL, 2013b). Outro ponto que vale destacar é que dos três tipos, o que mais expandiu foi o CAPS I, passando de 87 unidades em 2011, para 161, em 2018 (Quadro 5). Essa maior expansão dos CAPS I ocorreu devido ao critério populacional de 15 mil habitantes. Afinal, a maioria dos municípios mineiros possuem menos de 20 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2019).

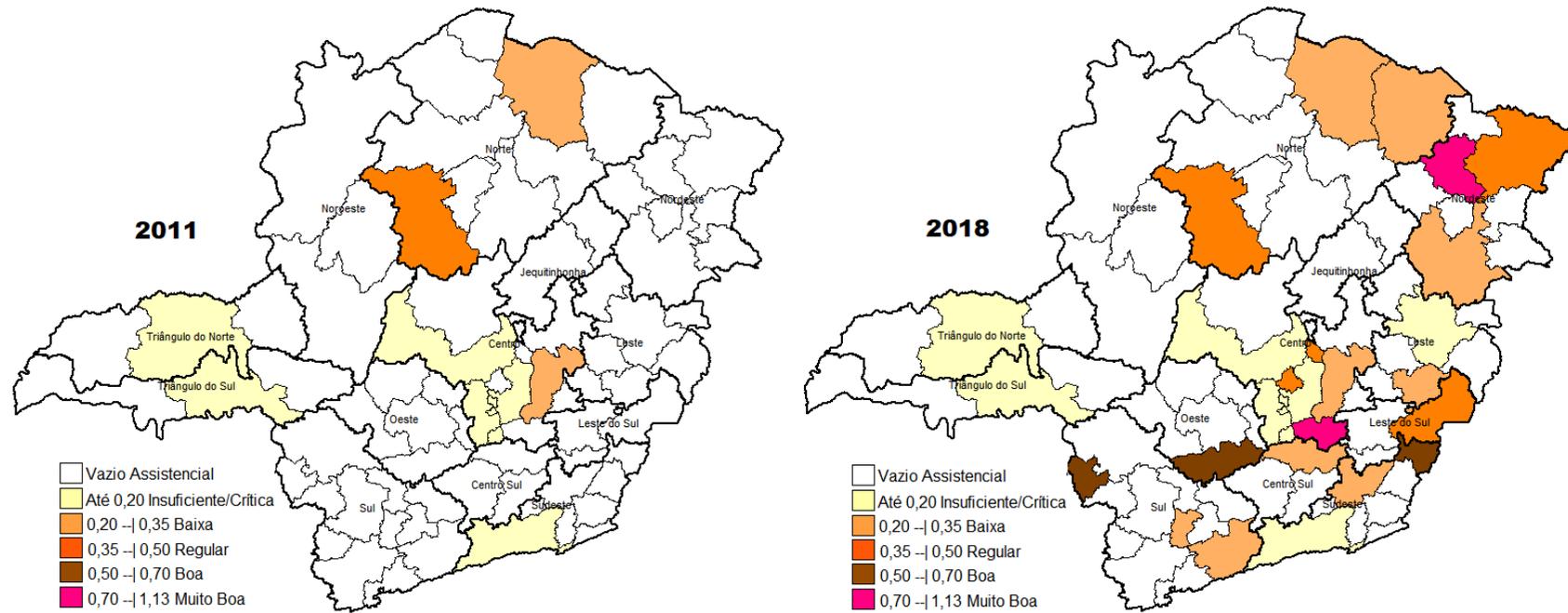
Importante ressaltar que nenhuma microrregião apresentou piora importante. Os casos ocorridos foram isolados, com pequenas alterações, que podem ser

atribuídas ao aumento da população e, não, ao fechamento de CAPS. Um exemplo disso, é a micro de João Monlevade, que passou de uma taxa de cobertura de 0,64 em 2011 para 0,61 em 2018. O número de CAPS se manteve o mesmo e a população que era 133.155 habitantes em 2011 passou para 138.981 em 2018 (APÊNDICE 4).

A análise dos dados relativos à cobertura de CAPS i, que são aqueles voltados para o público infantojuvenil, mostrou que o quantitativo de vazio assistencial era: de 88% das microrregiões de saúde de Minas Gerais, no ano de 2011; de 9%, a cobertura era insuficiente; 2%, baixa; e, apenas 1% era regular, não havendo micros com cobertura boa ou muito boa. Em 2018, houve uma mudança no cenário, contudo: 66% das microrregiões ainda apresentaram vazios assistenciais; 10%, cobertura insuficiente; 12%, baixa; 5%, regular; 4%, boa; e, 3%, muito boa. Em 2011, a única região que apresentou uma taxa de cobertura regular (melhor taxa de cobertura encontrada em 2011) foi a microrregião de Pirapora, localizada na macrorregião Norte.

Em 2018, as microrregiões de Itaobim (macrorregião Nordeste) e Ouro Preto (macrorregião Centro) apresentaram uma cobertura muito boa, Carangola (macrorregião Sudeste), São Sebastião do Paraíso (macrorregião Sul) e Santo Antônio do Amparo/Campo Belo (macrorregião Oeste) demonstraram cobertura boa. Pirapora se manteve em 2018 com cobertura regular e, além dela, as micros de Almenara (macrorregião Nordeste), Manhuaçu (macrorregião Leste do Sul) e Vespasiano (macrorregião Centro) (Figura 5).

Figura 5 - Cobertura de CAPS i (Infantojuvenil) por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018



Fonte: Dados da pesquisa

Há a previsão em Portaria (BRASIL, 2017) que todos os tipos de CAPS devem atender pessoas de todas as faixas etárias, inclusive, o público infantojuvenil. Contudo, não foi objetivo deste estudo verificar se todos os CAPS têm atendido crianças e adolescentes e, por isso, considera-se aqui os vazios existentes, segundo os parâmetros estabelecidos para CAPS i.

A história das políticas de defesa voltadas para crianças e adolescentes tem como marca o controle do Estado e a institucionalização desses sujeitos (BRASIL, 2014). No Brasil, a defesa dos direitos desse público surgiu em 1920 e deu origem a várias legislações. O ECA reconhece as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, cabendo a todos respeitá-los (BRASIL, 1990). Contudo, o Brasil, historicamente, não se responsabiliza pelo cuidado em Saúde Mental para crianças e adolescentes, ficando essa função, muitas vezes, para instituições filantrópicas ou religiosas (MINAS GERAIS, 2006). A construção de política para crianças e adolescentes é um dos maiores desafios da Saúde Mental, pois, possui peculiaridades, devendo seguir os princípios do SUS. O Ministério da Saúde reconhece que, historicamente, há vazios no campo do atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas (BRASIL, 2005b). Os dados encontrados neste estudo consideram que o vazio ainda persiste no longo dos anos, podendo causar desassistência do público infantojuvenil ou, no mínimo, dificuldade de acesso em Minas Gerais.

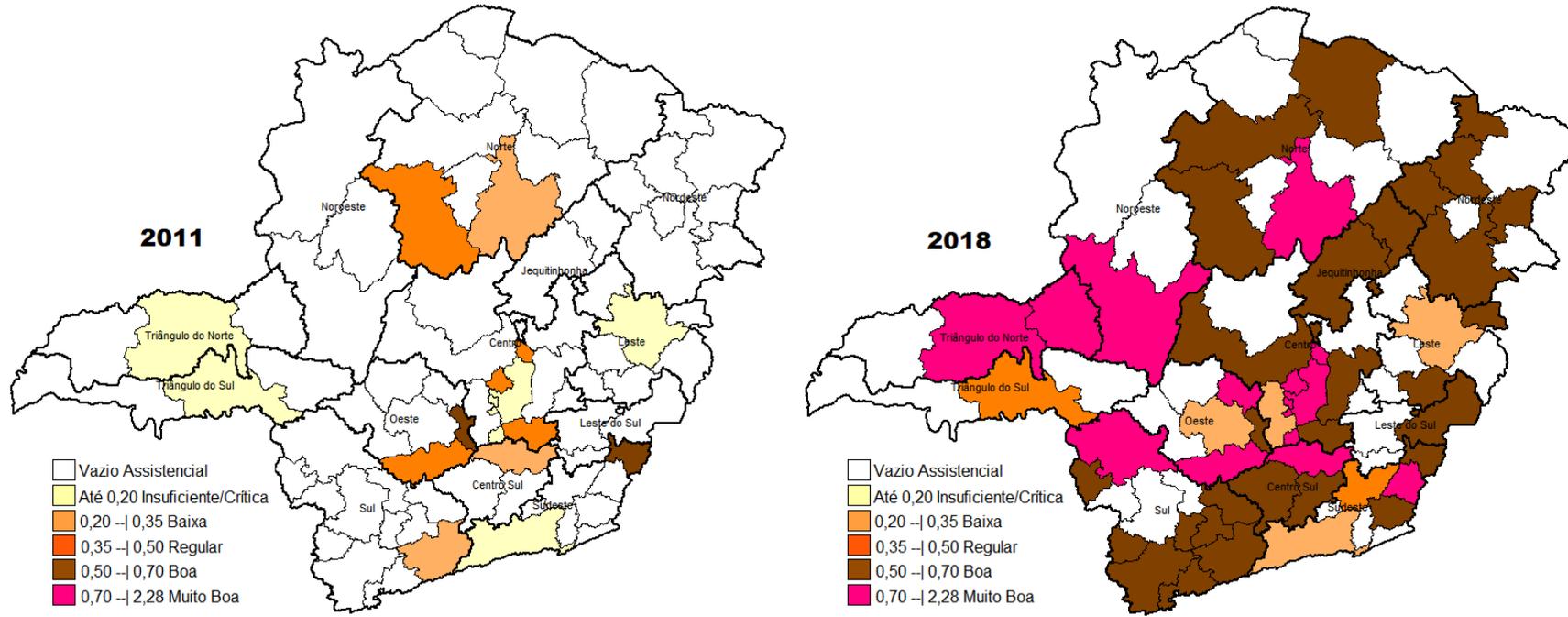
Em 2005, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil publicou a recomendação 01/2005, que sugere a criação de serviços de base territorial para atendimento a crianças e adolescentes. Um dos serviços citados foi o CAPS i (BRASIL, 2005b). Porém, em 2018, ainda persistia a necessidade de um olhar atento à taxa de cobertura de CAPS i em Minas Gerais, no intuito de melhorar o acesso das crianças e adolescentes a um cuidado específico e o mais próximo possível da residência. Afinal, de acordo com Lima (2010), o baixo número de CAPS i vai na contramão do que vem ocorrendo, que é a maior detecção e incidência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes. Couto, Duarte e Delgado (2008) ressaltam ser este um dos grandes desafios a ser enfrentado pela Saúde Mental infantojuvenil merecendo urgência na solução, isto é, o aumento do número de CAPS i. Este problema é recorrente em todos os estados do Brasil, sendo necessária a sensibilização dos gestores e da população.

Os gestores de saúde devem desenvolver ações de saúde de qualidade e efetivos no cuidado das crianças e adolescentes, visto que a Saúde Mental é fundamental para a produção de saúde (BRASIL, 2014). Além disso, a construção da política de Saúde Mental voltada para crianças e adolescentes deve considerar todos os atores, não somente da saúde, mas incluindo os profissionais da assistência social, educação, direito e cultura usuários e familiares (MINAS GERAIS, 2006). Dessa forma, é essencial que os gestores e responsáveis por políticas públicas tenham conhecimento dos dados como os encontrados neste estudo, para otimizar os CAPS i existentes no estado de Minas, aumentar a rede de atendimento específico para o público infantojuvenil e proporcionar um cuidado de qualidade e efetivo para eles.

Para as taxas de cobertura de CAPS ad (ad e ad III), serviços que atendem pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, os dados demonstraram que, em 2011: 80% das microrregiões de saúde estavam com vazio assistencial; 8%, com cobertura insuficiente; 4%, baixa; 5%, regular e; 3%, boa. Observou-se que nenhuma microrregião estava com cobertura muito boa nesse tipo de CAPS. Em 2018, percebeu-se alteração no cenário, mesmo contando com vazio assistencial em 39% das microrregiões. Nenhuma micro apresentou cobertura insuficiente, porém, ainda contou com 5% baixa e 2% regular. Vale destacar que 38% das microrregiões do estado estavam com cobertura boa e 16%, com cobertura muito boa.

Em 2011, as microrregiões Carangola (macrorregião Leste do Sul) e Itaúna (macrorregião Oeste) eram as únicas que contavam com uma boa taxa de cobertura de CAPS ad e nenhuma com cobertura muito boa. Em 2018, ocorreu uma mudança positiva neste cenário, sendo que 12 microrregiões do estado passaram a contar com uma cobertura muito boa, sendo elas: Santo Antônio do Amparo/Campo Belo e Pará de Minas (macrorregião Oeste), Patrocínio/Monte Carmelo e Uberlândia/Araguari (macrorregião Triângulo do Norte), Muriaé (macrorregião Sudeste), Contagem, Vespasiano e Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté (macrorregião Centro), Patos de Minas (macrorregião Noroeste), Montes Claros/Bocaiúva (macrorregião Norte), Passos/Piumhi (macrorregião Sul) e Conselheiro Lafaiete/Congonhas (macrorregião Centro Sul). A cobertura boa apresentou um aumento positivo, sendo que passou de 2 em 2011 para 29 microrregiões em 2018 (Figura 6).

Figura 6 - Cobertura CAPS ad II e ad III por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018



Fonte: Dados da pesquisa

O Programa “Crack, É Possível Vencer” pode ter influenciado positivamente nesse aumento de CAPS ad II e ad III, pois descentralizou as ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, incentivando estados e municípios a estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social (BRASIL, 2010b). Além disso, no contexto desse Programa, houve incentivo financeiro para construção de CAPS, sendo priorizadas as propostas de CAPS ad III (BRASIL, 2016). Em Minas Gerais, esse programa foi a oportunidade de discutir e pactuar a RAPS em todo o território, sendo, então, aprovado, em 2012, o Plano Mineiro de Enfrentamento ao Uso Indevido de Álcool, Crack e outras Drogas (MINAS GERAIS, 2012a). O plano mineiro teve como objetivo a implantação e implementação dos pontos de atenção da RAPS para atendimento às pessoas que fazem uso indevido de álcool e drogas, dentre eles, CAPS ad e ad III.

Azevedo e Miranda (2010) explicam que, por muito tempo, a única forma de cuidado ofertado ao usuário de álcool e drogas era por meio de internações que preconizavam a abstinência, que não ajudavam muito e era interrompida ao sair do hospital. O processo atual, que preza pelo cuidado centrado na pessoa e não na doença, proporciona ao usuário de álcool e drogas tratamento a partir das suas necessidades de saúde, sendo ele o viés da promoção da saúde. Completam ensinando que o CAPS ad é um dos serviços capazes de instigar esse cuidado centrado na reabilitação (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

Para Manfrê (2015), os CAPS ad assumem grande importância nas políticas públicas de saúde, não sendo o único responsável, mas, como um serviço primordial no cuidado destinado aos usuários de álcool e drogas. Além disso, cabe ressaltar a constatação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a), de que, em uma comparação entre o custo do CAPS ad e as internações no ano de 2002, foi verificado que os CAPS ad podem ofertar maior número de atendimentos, com mais qualidade e com o custo cinco vezes menor em relação ao das internações.

Conforme disposto por Brasil (2003a), os CAPS ad tem como características o de serem abertos e comunitários, ofertando cuidado disponível para mais pessoas na comunidade, devendo obedecer à lógica da redução de danos, identificando fatores de risco e, também, de proteção, sendo possível observar resultados positivos em todo mundo. Por isso, a importância de ter os serviços mais próximos da residência dos usuários.

Os dados sobre a evolução da produção dos atendimentos aos usuários de álcool e drogas no SUS de 2006 a 2011, revelam que houve aumento nos registros e relaciona à ampliação do número de CAPS no país e a abertura ao acolhimento dos usuários na rede (BRASIL, 2015b).

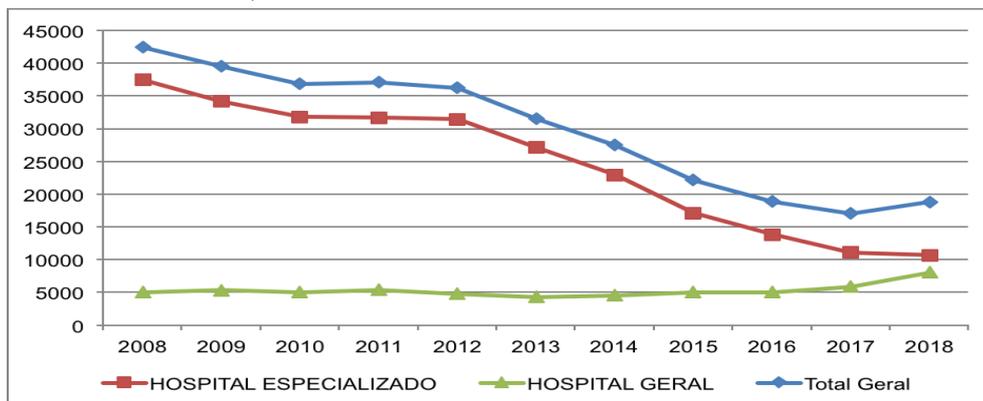
Oliveira (2011) relata que o aumento dos problemas decorrentes do uso de álcool entre adultos acarreta a necessidade de organizar e fortalecer uma rede que seja comunitária, articulada com os demais serviços de saúde, psicossocial e na busca pela inserção social dos usuários. O aumento de CAPS ad no estado é importante, mas os vazios devem ser observados e levados em consideração quando se pensar na política voltada para as necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas.

4.2 Evolução da cobertura de CAPS e das internações por transtornos comportamentais em Minas Gerais

Com o objetivo de comparar a taxa de internação em hospitais gerais e especializados, no período de 2008 a 2018, foi gerado um gráfico com os dados disponíveis no DATASUS, analisando as internações por transtornos mentais e comportamentais no estado de Minas Gerais, em hospitais especializados, hospitais gerais e o total. Para verificar se a taxa de internação está associada (positiva ou negativamente) com o crescimento da taxa de cobertura de CAPS em Minas Gerais, foi gerado um segundo gráfico com os dados de taxa de cobertura de CAPS, também para o período de 2008 a 2018.

Como descrito no referencial teórico o modelo psiquiátrico nasceu de um modelo biomédico contendo a hospitalização como tratamento (AMARANTE, 2013). Com o crescimento dos hospitais privados em detrimento ao público e denúncias de maus tratos por resistência de trabalhadores e usuários que eram contra a privatização da saúde, no longo das últimas décadas, isso foi mudando (PAULIN; TURATO, 2004; BRASIL, 2013b). A busca vem sendo pela possibilidade de superar o modelo hospitalocêntrico, substituindo-o por um cuidado de base territorial e comunitário (BRASIL, 2013b). Por isso, a relevância de se comparar a taxa de internação com a de crescimento da taxa de cobertura de CAPS. Neste sentido, tem-se o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Internações por transtornos mentais e comportamentais em Minas Gerais, nos meses de dezembro de 2008 a 2018

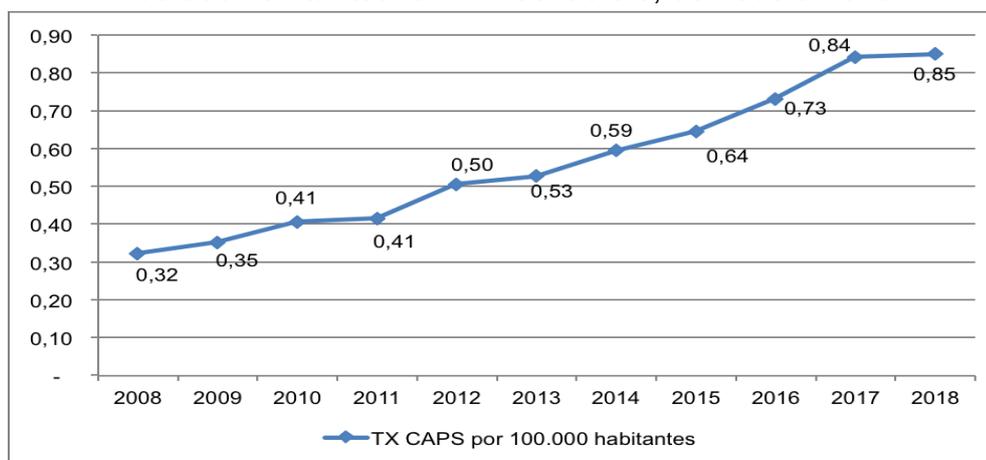


Fonte: Dados da pesquisa

A análise do Gráfico 1 demonstrou que, de 2008 a 2011, já ocorria a redução de internações em hospitais especializados no estado de Minas Gerais. Contudo, é importante observar que, a partir de 2012, as internações tiveram maiores quedas, o que coincidiu com o momento em que a rede de atenção psicossocial foi pactuada e incentivada tanto pelo Ministério da Saúde como pelo governo do estado de Minas Gerais e os municípios que habilitaram mais serviços substitutivos.

Verificou-se, por meio do gráfico 2, que até 2011 o estado contava com uma taxa de cobertura de 0,41 (regular) e, a partir de 2012, essa taxa foi aumentando até chegar no ano de 2018 em 0,85, que é classificada como muito boa.

Gráfico 2 - Evolução da taxa de cobertura de CAPS por 100.000 habitantes em Minas Gerais, de 2008 a 2018



Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

Dessa forma, pode-se inferir que o aumento da cobertura de CAPS no estado de Minas Gerais, contribuiu para a diminuição das internações em hospitais especializados.

Os dados referentes aos hospitais gerais, se mantiveram relativamente estáveis, com o aumento das internações em hospitais gerais a partir de 2016/2017. Esse aumento pode ser devido ao número de leitos de Saúde Mental em hospital geral que vem crescendo, mas, por não ser objeto deste estudo, não pode ser afirmado. Contudo, é um indicativo que precisa de maiores investigações para pesquisas futuras.

A análise do Coeficiente de Correlação de Pearson apresentou uma relação de -0,9735702. Este resultado demonstrou uma grande correlação entre as taxas de cobertura de CAPS e as internações.

Os dados apresentados corroboram com Miliauskas et al. (2019), que analisando a relação de oferta de CAPS e as internações, verificaram que há relação inversa e estatisticamente significativa, sendo que nas duas regiões estudadas (Rio de Janeiro e São Paulo) os resultados demonstraram aumento na cobertura de CAPS e redução no quantitativo de internações. Os autores revelam que esses resultados demonstram coerência com as propostas da reforma psiquiátrica em que o cuidado seja em serviços abertos e comunitários. Eles sustentam que se os usuários com sofrimento psíquico conseguirem acessar os serviços de saúde (CAPS ou Atenção Primária à Saúde), contribuem para que não haja agravamento dos quadros e, conseqüentemente, a internação.

Para Schrank e Olschowsky (2008), o CAPS tem como uma das metas a desconstrução do modelo psiquiátrico, propondo a construção de outras perspectivas de vida e subjetividade e, ainda, procura reincluir os usuários na comunidade e, também, na família e vida produtiva.

Os CAPS possuem papel estratégico para a Reforma Psiquiátrica, pois são esses serviços que demonstram a viabilidade de uma rede substitutiva aos hospitais. Tendo como função prestar atendimento clínico diário. Os CAPS conseguem evitar a hospitalização e, ainda, proporcionar a inserção social dos usuários e contribuir com a atenção primária, ofertando o suporte necessário. Eles são fundamentais para pensar a clínica que busca a promoção da autonomia dos indivíduos, fazendo com que sejam responsabilizados e sejam protagonistas do próprio cuidado (BRASIL, 2005c).

De acordo com Fonte (2012), o avanço para a consolidação da Reforma Psiquiátrica vem ocorrendo com a expansão dos serviços substitutivos, tais como o CAPS, que tem levado à redução das internações e, conseqüentemente, substituindo o modelo hospitalocêntrico. A autora explica que, apesar de estar aumentando o número de CAPS no Brasil, eles estão aquém do estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Em concordância com Miliuskas et al. (2019), os dados encontrados neste estudo fortalecem a importância de continuar o aprimoramento das políticas conforme proposto nas reformas psiquiátrica e sanitária. Os resultados aqui dispostos também apontam para essa necessidade de aperfeiçoar a política de Saúde Mental conforme os preceitos da reforma.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou a cobertura dos CAPS em Minas Gerais, em suas diversas modalidades, apontando os vazios assistenciais. Além disso, comparou a cobertura existente em 2011 e 2018. Avaliou também a produção, com objetivo de analisar se os CAPS estão atendendo a microrregião e verificou se a taxa de internação está associada ao crescimento da cobertura de CAPS.

A taxa de cobertura total de CAPS, independente do tipo, apresentou, em 2018, vazio assistencial em Nanuque, localizada na macrorregião nordeste. Dessa forma, é importante que o estado priorize essa microrregião, sensibilizando os gestores locais para pactuação e habilitação de um ou mais CAPS. É fundamental destacar que, apesar de Minas Gerais ter apresentado uma cobertura geral muito boa, ou seja, acima de 0,71 em 2018, os resultados mostraram que, quando a análise é realizada por microrregião, essa não é a realidade.

Quando as taxas de coberturas foram avaliadas por modalidades de CAPS, os vazios encontrados foram maiores. Em relação aos CAPS I, II e III, para 2018, as microrregiões de Nanuque e Itajubá apresentavam vazio assistencial. Seria esperado que gestores tivessem maior atenção com esse tipo de CAPS, afinal são modalidades que podem atender tanto pessoas com transtornos mentais como aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, além de prestar atendimento a todas as faixas etárias, o que pode contribuir para suprir vazios assistenciais de CAPS i e CAPS ad. Dessa forma, implantar CAPS I, II e III nas microrregiões de Nanuque e Itajubá, manter as taxas boas e muito boas e aumentar aquelas que ainda são consideradas regulares, baixas ou insuficientes deste tipo de CAPS, são ações fundamentais para a continuidade do cuidado na Saúde Mental de base territorial no estado de Minas Gerais.

A análise dos dados relativos à CAPS i demonstrou que houve uma redução nos vazios assistenciais de 2011 para 2018. Contudo, a ausência de cobertura de CAPS i em 66% das microrregiões de saúde em 2018 deve ser um alerta, visto a especificidade do público infantojuvenil. Nesse ano, as microrregiões que apresentaram vazios assistenciais para CAPS i foram: Águas Formosas, Além Paraíba, Alfenas/Machado, Araçuaí, Araxá, Barbacena, Bom Despacho, Brasília de Minas/São Francisco, Coração de Jesus, Coronel Fabriciano/Timóteo, Curvelo, Diamantina, Divinópolis/Santo Antônio do Monte, Formiga, Francisco Sá,

Frutal/Iturama, Guanhães, Guaxupé, Ipatinga, Itajubá, Itaúna, Ituiutaba, Januária, João Monlevade, João Pinheiro, Lavras, Leopoldina/Cataguases, Manga, Mantena, Minas Novas/Turmalina/Capelinha, Montes Claros/Bocaiúva, Muriaé, Nanuque, Padre Paraíso, Pará de Minas, Passos/Piumhi, Patos de Minas, Patrocínio/Monte Carmelo, Pedra Azul, Poços de Caldas, Ponte Nova, Pouso Alegre, Resplendor, Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista, Santos Dumont, São João Del Rei, São João Nepomuceno/Bicas, Três Corações, Três Pontas, Unaí e Viçosa.

Não foi objetivo deste estudo analisar, especificamente, a produção dos diferentes tipos de CAPS com atendimentos voltados para crianças e adolescentes. Acredita-se que, mesmo na ausência de CAPS i, o público infantojuvenil seja atendido nos demais CAPS ou por outros serviços de saúde. Porém, cabe dizer que, diante dos dados apresentados, são necessários novos estudos que possam detalhar a produção voltada para atendimento a crianças e adolescentes. É importante definir os municípios de referência e, se necessário, reestruturar fluxos para atendimento a esse público, revendo e discutindo a política de Saúde Mental infantojuvenil no estado. Além disso, dada a importância de um atendimento específico e especializado para crianças e adolescentes, deve ser feito um esforço para que os CAPS i sejam implantados nas microrregiões que apresentaram vazios, conforme previsto na Portaria de Consolidação 3.

O cenário de CAPS ad demonstrou um aumento positivo na taxa de cobertura em Minas Gerais de 2011 para 2018. Contudo, mesmo com mais de 50% das micros com cobertura boa ou muito boa, ainda havia um número significativo de microrregiões com vazio assistencial que deveriam ser priorizadas nas discussões e pactuações, sendo elas: Além Paraíba, Alfenas/Machado, Almenara, Araxá, Bom Despacho, Coração de Jesus, Coronel Fabriciano/Timóteo, Curvelo, Formiga, Francisco Sá, Frutal/Iturama, Guanhães, Guaxupé, Ipatinga, Ituiutaba, Januária, João Monlevade, João Pinheiro, Manga, Nanuque, Padre Paraíso, Ponte Nova, Resplendor, Salinas/Taiobeiras, Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas, Três Pontas, Unaí e Viçosa.

A partir dos vazios assistenciais apontados por esta pesquisa, seria importante averiguação posterior das consequências desses para as microrregiões e a população.

Os CAPS tiveram crescimento em números, entre 2008 e 2018 e, conseqüentemente, na taxa de cobertura. As internações diminuíram, em mesmo

período. Esse é um apontamento importante, pois sugere uma mudança no cenário do estado de Minas Gerais e indo ao encontro das propostas da Reforma Psiquiátrica de tratamento em liberdade, próximo à comunidade.

Embora não tenha sido objetivo deste trabalho observar a cobertura de atendimento noturno, ressalta-se como necessário aprofundar a pesquisa em relação aos vazios existentes de CAPS III e ad III, além de incluir investigação da produção das unidades de referência especializada em hospital geral.

Aponta-se como elemento presente nesta pesquisa, a dificuldade em realizar a discussão dos dados por falta de literatura sobre o assunto, o que indica a necessidade de investimentos em pesquisas sobre CAPS tanto no que diz respeito à gestão como a avaliação. Além disso, a bibliografia utilizada não pôde ser baseada apenas em trabalhos de um período recente, pois restringiria ainda mais o debate.

A análise dos dados de cobertura apontou para a necessidade de analisar a produção dos CAPS, no intuito de verificar se eles estavam atendendo a microrregião. Com esses dados, foi gerado o Produto Técnico I (APÊNDICE A) com Análise da Taxa de Cobertura e da Distribuição Local da Produção de CAPS por Macrorregião de Saúde, em Minas Gerais. O produto será entregue ao COSEMS/MG.

No longo da discussão, foram apontados resultados que permitem a reflexão dos gestores e demais envolvidos com as pactuações nos territórios para gerar novos pactos que podem diminuir os vazios assistenciais relacionados aos CAPS. No intuito de contribuir para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, propôs-se utilizar os dados aqui descritos para realização de uma oficina, tendo como público-alvo os apoiadores do COSEMS/MG, conforme Apêndice B, cujo produto poderá ser, posteriormente, discutido com os secretários municipais de saúde em reunião de COSEMS regional.

Outra proposição, foi a de produção de vídeos com os resultados por macrorregião, para que sirvam como instrumento de divulgação, podendo ser utilizados pelos gestores, técnicos e interessados no assunto (APÊNDICE C).

Como pôde ser visto, vários foram os avanços da Saúde Mental nas últimas décadas e a instituição da RAPS vem sendo fundamental para que esse progresso continue. Há um aumento da cobertura do CAPS e, sendo esses dispositivos estratégicos para o funcionamento da rede, é necessário que não sejam apenas serviços isolados, mas que se conectem e funcionem, de fato, como rede. Dessa

forma, para além de apresentar coberturas muito boas, é fundamental pensar os processos, melhorar diálogos (se for o caso) e trabalhar sempre no aprimoramento dos atendimentos prestados aos usuários. Ainda há muito o que aprimorar, mas, os ganhos no longo dos últimos anos, devem ser reconhecidos e exaltados, assim como a necessidade de avaliar e monitorar o que é realizado em termos de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. A. et al. Avaliação da estrutura e processo de trabalho de um centro de atenção psicossocial no município de UBÁ-MG. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, v. 2, n. 2, p. 27-34, 2018. Disponível em: <<http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/288/244>>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

ALVES, P. F. et al. Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. **Saúde debate** [online]. v. 41, n. especial, p.50-59, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000500050&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio 2019.

ALVES, P. F. et al. Ser autônomo: o que os serviços de saúde mental indicam?. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/63993>>. Acesso em: 21 maio 2019.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. (Temas em Saúde).

ARANTES, I. S.; SOUSA, I. F.; ALMEIDA, R. J. Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em saúde mental. **Espaço para Saúde**, v. 17, n. 1, p. 93-101, 2016. Disponível em: <<http://168.194.69.20/index.php/espacosauade/article/view/372/12>>. Acesso em: 21 maio 2019.

ASSIS, J. T. et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 88-113, 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774072?lang=en>>. 05 abr. 2019.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família. Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100009>. Acesso em: 14 jan. 2020.

AZEVEDO, D. M. et al. Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 109-116, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273445977_Avaliacao_da_assistencia_em_saude_num_centro_de_atencao_psicossocial_na_perspectiva_de_profissionais_dos_saude>. Acesso em: 20 maio 2019.

AZEVEDO, D. M.; SALVETTI, M. G.; TORRES, G. V. Qualidade da assistência em saúde mental: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 7, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1685/1779>>. Acesso em: 21 maio 2019.

BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 1105-1116, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n107/1105-1116/pt>>. Acesso em: 20 maio 2019.

BORGES, T. S. et al. Indicadores do pacto pela saúde e a cobertura da assistência nos centros de atenção psicossocial: um estudo ecológico. **Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 44, p. 68-72, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/152/134>>. Acesso em: 08 maio 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto n. 1.077, de 04 de dezembro de 1852**. Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Câmara dos Deputados **Decreto 24.559, de 03 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

_____. Câmara dos Deputados. **Decreto-Lei n. 3.171, de 2 de abril de 1941**. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. 1941 Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-413188-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

_____. Câmara dos Deputados. **Decreto-Lei Nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946**. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. 1946. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8550-3-janeiro-1946-416491-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Série Gestão e Economia em Saúde, v. 2). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de Saúde**. Brasília: DATASUS, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em: 25 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: 2002b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 16 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005**. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. Brasília, 2005a. Disponível em: <<http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>>. Acesso em: 21 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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. Brasília: OPAS, 2005b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 25 de janeiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental em dados 12**, v. 10, n. 12, p. 1-48, out. 2015b. (Informativo Eletrônico). Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**. Relatório de Gestão 2011 – 2015. Ministério da Saúde: Brasília, 2016. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde: 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_apresentacao_propostas_ministerio_saude_2019.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5_ed.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2002**. 3 ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume14.pdf>. Acesso em: 08 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 23 outubro 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Brasília, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.168, de 20 de dezembro de 2013**. Divulga a 2ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad III) e Unidades de

Acolhimento (UA). Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3168_20_12_2013.html>. Acesso em: 25 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011(*)**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011.html>. Acesso em: 27 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.495, de 23 de outubro de 2013**. Divulga a 1ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad III) e Unidades de Acolhimento (UA). Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2495_23_10_2013.html>. Acesso em: 25 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 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. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0664_23_04_2013.html>. Acesso em: 23 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 615, de 15 de abril de 2013**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html>. Acesso em: 23 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>>. Acesso em: 18 nov. 2018

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art267>. Acesso em: 10 nov. 2019.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 27 de setembro de 2018.

_____. Senado Federal. **Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841**. Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/norma/385725/publicacao/15742236>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Senado Federal. **Lei 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. 2003b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 19 fev. 2019.

_____. Senado Federal. **Lei 10.216, de 06 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 19 fev. 2019.

_____. Senado Federal. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 27 de setembro de 2018.

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, 910), p. 3243-3253, out. 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003243. Acesso em: 20 maio 2019.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015. Acesso em: 10 nov. 2019.

BESSA, M. S. et al. Avaliação de resultados da assistência em saúde mental por usuários. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 8-96, 2019. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/32173-p11/22332>>. Acesso em: 20 maio 2019.

- FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG. **Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena**. 2019. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/atendimento-hospitalar/complexo-de-saude-mental/centro-hospitalar-psiquiatrico-de-barbacena>>. Acesso em: 24 mar. 2019.
- FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Estudos de Sociologia. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia**. v. 2, n. 25, p. 1, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/index>>. Acesso em: 25 jan. 2020.
- FURTADO, R. P. et al. **Educação física e saúde mental: uma análise da rotina de trabalho dos profissionais dos CAPS de Goiânia**. Movimento, v. 22, n. 4, p. 1077-1090, out./dez, 2016. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/9bd5/5342a992cd9b169fadc7937ff99f26909832.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2019.
- GONÇALVES, L. L. M.; CAMPOS, R. T. O. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n11/e00166216/pt/>. Acesso em: 20 maio 2019.
- GUSMÃO, S. S.; MAGNAN, M. C. A. O.; RAMOS JÚNIOR, S. P. Hospital do contrato Diamantino, Santa Casa de Diamantina e Hospício da Diamantina. **Rev. Méd. Minas Gerais**; v. 23, n. 2, p. 249-263, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-702891?lang=pt>. Acesso em: 20 de maio de 2019.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **População estimada**, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg.html>>. Acesso em: 20 maio 2020.
- LIMA, M. G. A. **Avaliação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) do estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/livro_caps.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.
- LOUZA, K. N. S. **Avaliação dos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) do estado de Minas Gerais**. UFJF, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/6897>. Acesso em: 20 de maio de 2019.
- LUZ, A. L. A. et al. Abordagens quantitativa e qualitativa nas pesquisas em saúde. **Rev. Enferm. UFPI**;v. 4, n. 1, p.129-34, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30845>>. Acesso em: 25 maio 2019.
- MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

MANFRÊ, M. M. Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: a visão dos trabalhadores e gestores de serviços de saúde mental de um município do Estado de São Paulo. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 14, n. 1, p. 27-37, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v14n1/a03.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2020

MARQUES, A. J. S. A quinta rede de atenção de Minas Gerais: rede de saúde mental. In: NUNES FILHO, A. **Supervisão em saúde mental**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

MELO, A. P. S.; MACHADO, C. J.; GUIMARÃES, M. D. C. 2012 – Avaliação dos serviços de saúde mental: uma atualização. In: GUIMARÃES, M. D, C. (Org.) **Análise de situação de serviços públicos de saúde mental em Minas Gerais: Projeto Pessoas II**. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana, 2012.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, July 2009. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 01 de outubro de 2018.

MILIAUSKAS, C. R. et al. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1935-1944, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n5/1935-1944>>. Acesso em: 21 maio 2019.

MINAS GERAIS. CES. **Resolução 010, de 08 de agosto de 2016**. Dispõe sobre a aprovação da Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.iof.mg.gov.br>. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte: SEC, 2006. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Linha-guia-de-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde . **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.400, de 19 de outubro de 2016**. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2014b. Disponível em: www.saude.mg.gov.br . Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.242, de 09 de dezembro de 2015**. Institui o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, voltada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Estado de Minas Gerais, nos termos da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2015. Disponível em: < <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg?start=900> >. Acesso em: 05 jan. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.092, de 04 de abril de 2012**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas portadoras de Transtornos Mentais e com necessidades decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais/SUS-MG, 2012B. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde . **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.091, de 04 de abril de 2012**. Aprova o Plano Mineiro de Enfrentamento ao Uso Indevido de Álcool, Crack e Outras Drogas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais. 2012a. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.091%20Plano%20Mineiro.pdf>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.979, de 18 de novembro de 2014**. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2014a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/16/4.%20f%20-%20Delibera%C3%A7%C3%A3o%20CIB_MG_1979_2014.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

_____. S.E.S. **Resolução nº 3.149, de 17 de fevereiro de 2012**. Constitui o Grupo Condutor Estadual da Rede de Saúde Mental, 2012c. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, M. C. L. **Indicadores de saúde mental nos sistemas de informações em saúde**: em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica. 2017. 2017. Dissertação (Mestrado em Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, RJ.

MOURA, G. A.; RONCALLI, A. G.; NORO, L. R. A. Impacto do trabalho em profissionais de serviços de saúde mental em um município do nordeste brasileiro. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 401-410, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019.

NORONHA, K. V.M. S. et al. Avaliação de impacto do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP). **Revista do Serviço Público**, v. 65, p. 65-85, 2014.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/19.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2019.

OLIVEIRA, M. A. F. Políticas públicas sobre drogas: situação atual, desafios e perspectivas. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org). **Álcool e Outras Drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011. Disponível em: <<http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crsp-alcool-e-outras-drogas.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Indicadores para avaliação dos centros de atenção psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 71-83, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042017000200071&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 25 maio 2019.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R.. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#back1>. Acesso em: 25 agosto 2019.

RIBEIRO, M. C. et al. Atenção psicossocial e satisfação no trabalho: processos dialéticos na saúde mental. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 7, n. 1, p. 55-67, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/1102>>. Acesso em: 20 maio 2019.

SANTOS, E. O. et al. Avaliação da participação dos profissionais na reunião de equipe do centro de atenção psicossocial. **Rev. Enferm.**, v. 11, n. supl. 12, p. 5186-5196, 2017. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33842&indexSearch=ID>>. Acesso em: 21 maio 2019.

_____. et al. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2817>. Acesso em: 20 maio 2019.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100017&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 19 nov. 2018.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 2025-2036, 2017a. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000602025&script=sci_abstract>. Acesso em: 20 maio 2019.

_____; _____. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 149-160, 2017b. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S2237-96222017000100149&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 21 maio 2019.

_____; _____. Prescrições em serviços de saúde mental: aspectos legais e indicadores do uso racional de medicamentos. **Scientia Medica**, v. 27, n. 3, p. 249-263, 2017C. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-848444>>. Acesso em: 21 maio 2019

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M.. Avaliação de serviços de saúde mental brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3799-3810, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n11/3799-3810/>>. Acesso em: 20 maio 2019.

SILVA, T. S.; SCHLINDWEIN, V. L. D. C. **Vivências de trabalhadores da saúde mental de um CAPS de Porto Velho/RO**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Rondônia, Rondônia, RO, 2017. Disponível em: <<http://ri.unir.br/jspui/handle/123456789/1505>>. Acesso em: 21 maio 2019.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 maio 2019.

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. n. 19, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/672/67249591014.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

_____.; _____.; COSTA, K. S. Rede de atenção à saúde mental: estudo comparado Brasil e Catalunha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1-19, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/physis/2018.v28n4/e280402/>>. Acesso em: 21 maio 2019.

VANZELA, C. B.; PEGORARO, R. F. Avaliação de centros de atenção psicossocial segundo familiares: revisão integrativa de literatura. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 53-66, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2018000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio 2019.

APÊNDICE A: Produto Técnico I**ANÁLISE DA TAXA DE COBERTURA E DA DISTRIBUIÇÃO
LOCAL DA PRODUÇÃO DE CAPS POR MACRORREGIÃO
DE SAÚDE EM MINAS GERAIS**

Ethiara Vieira de Macedo
Mirela Castro Santos Camargos

Belo Horizonte
2020

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com população atendida e parâmetro para implantação	81
Quadro 2 - Parâmetros de classificação do indicador taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxas de cobertura da macrorregião de saúde Centro, por microrregião e tipo de CAPS, em 2011 e 2018	85
Tabela 2 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Centro, 2018	86
Tabela 3 - Taxas de cobertura da macrorregião de saúde Centro Sul, por microrregião e tipo de CAPS, em 2011 e 2018	88
Tabela 4 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Centro Sul - 2018	89
Tabela 5 - Taxas de cobertura da Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, por microrregião e tipo de CAPS, em 2011 e 2018	90
Tabela 6 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Jequitinhonha, 2018	90
Tabela 7- Taxas de cobertura da macrorregião de saúde Leste, por microrregião e tipo de CAPS, em 2011 e 2018	91
Tabela 8 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Leste, 2018	92
Tabela 9 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Leste do sul, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018	93
Tabela 10 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, Macrorregião Leste do sul, 2018	94
Tabela 11- Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Nordeste, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018	95
Tabela 12 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Nordeste, 2018	96
Tabela 13 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Noroeste, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018	97

Tabela 14 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, Macrorregião Noroeste, 2018	98
Tabela 15 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Norte, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018	99
Tabela 16- Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, Macrorregião Norte, 2018	100
Tabela 17 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Oeste, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018	102
Tabela 18 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Oeste, 2018	103
Tabela 19 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Sudeste, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018	105
Tabela 20 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Sudeste, 2018	106
Tabela 21 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Sul, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018	108
Tabela 22 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Sul, 2018	110
Tabela 23 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Triângulo do Norte, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018	111
Tabela 24 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, Macrorregião Triângulo do Norte, 2018	112
Tabela 25 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Triângulo Do Sul, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018	112
Tabela 26 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Triângulo do Sul, 2018	113

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	79
2 OBJETIVOS	79
3 METODOLOGIA	79
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO POR MACRORREGIÃO	85
4.1 Macrorregião Centro	85
4.2 Macrorregião Centro Sul	88
4.3 Macrorregião Jequitinhonha	89
4.4 Macrorregião Leste	91
4.5 Macrorregião leste do Sul	93
4.6 Macrorregião Nordeste	95
4.7 Macrorregião Noroeste	97
4.8 Macrorregião Norte	99
4.9 Macrorregião Oeste	102
4.10 Macrorregião Sudeste	104
4.11 Macrorregião Sul	107
4.12 Macrorregião Triângulo do Norte	111
4.13 Macrorregião Triângulo do sul	112
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114

1 INTRODUÇÃO

Este Relatório Técnico é parte integrante da dissertação de mestrado do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A autora tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientada pela professora doutora Mirela Castro Santos Camargos.

A dissertação teve como objetivo geral, avaliar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, em suas diversas modalidades, apontando possíveis vazios assistenciais. Por objetivos específicos: avaliar e comparar a taxa de cobertura dos CAPS (todas as modalidades) em 2011, antes da pactuação da Rede de Atenção Psicossocial, com a de 2018, tendo como base a Portaria de Consolidação 3/2017; analisar a distribuição da taxa de CAPS por microrregião e macrorregião; e comparar a taxa de internação em hospitais gerais e especializados de 2008 a 2018, verificando se a taxa de internação está associada (positiva ou negativamente) com o crescimento da taxa de cobertura de CAPS em Minas Gerais.

2 OBJETIVOS

O presente relatório teve como objetivos:

- Analisar a distribuição da taxa de cobertura de CAPS por microrregião e macrorregião de saúde.
- Avaliar a taxa de produção dos CAPS, averiguando se estão atendendo a população da microrregião de saúde.

3 METODOLOGIA

Este estudo conta com dados populacionais já coletados, de livre acesso. Investigou-se a taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como fonte a base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde.

Taxa de cobertura de CAPS por microrregião e macrorregião de saúde

O levantamento dos CAPS existentes nos anos analisados foi realizado por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pois, segundo Noronha et al. (2014), ele contém dados sobre os estabelecimentos de saúde do Brasil, pertencentes ou não ao SUS, trazendo informações sobre as equipes, os equipamentos e os serviços ambulatoriais e hospitalares.

Para fins de análise, considerou-se o Plano Diretor de regionalização (PDR), vigente em 2019, e constante na Deliberação 1.979 (MINAS GERAIS, 2014), com 77 microrregiões e 13 macrorregiões de saúde. As taxas de cobertura foram estimadas para os anos de 2011 e 2018, por microrregiões de saúde, assim como a construção dos mapas. Isso porque, quando calculadas por macrorregião, os dados mostraram que todas estavam cobertas por CAPS, o que encobriria a realidade vivenciada pelas microrregiões. Contudo, durante a análise descritiva, optou-se por mostrar os resultados agrupados por macrorregiões de saúde.

Com o objetivo de visualizar a disposição dos territórios, segundo a localização dos CAPS e as taxas de cobertura no estado de Minas Gerais, foram construídos mapas, utilizando o *TabWin*⁵, com as devidas informações.

Seguindo o que foi proposto por Borges et al. (2015) para o Brasil e unidades da federação, para avaliar a cobertura dos CAPS no estado de Minas Gerais por microrregiões de saúde, utilizou-se como parâmetro a taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, presente na Pactuação Unificada de Indicadores do Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, atualizado de acordo com parâmetros estabelecidos na Portaria de Consolidação 3/2017 (BRASIL, 2017; BRASIL, 2010b), conforme fórmula descrita a seguir:

$$\text{Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS I} \times 0,15) + (\text{Número CAPS II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPS i} \times 0,7) + (\text{Número CAPS ad II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS ad III} \times 1,5)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Segundo o indicador presente no Pacto pela Saúde, a taxa de cobertura do CAPS reflete o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental no longo do tempo. Como regra geral, tem sido considerada como parâmetro para

⁵ TabWin é um programa/aplicativo do Ministério da Saúde que permite tabular informações disponíveis nos sistemas de informação do SUS. Para maiores informações, acesse o manual, disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/manual-tabwin/>

uma conformação ideal da rede a proporção de um CAPS para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2010b).

O Quadro 1 apresenta os tipos de CAPS, população atendida e o parâmetro populacional estabelecido na Portaria de Consolidação 3/2017 para habilitação dos serviços em municípios e ou regiões (BRASIL, 2017). A informação sobre o parâmetro para implantação e habilitação é a utilizada nas fórmulas descritas, adotando o valor previsto em portaria para CAPS dividido por 100.000. Ou seja, para CAPS I, por exemplo, indicado para municípios ou regiões com população acima de 15.000, o valor incluído na fórmula é 0,15.

Quadro 1 - Tipos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com população atendida e parâmetro para implantação

Tipo de CAPS	População Atendida	Parâmetro para implantação e habilitação
CAPS I	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 população acima de 15.000 (0,15*)
CAPS II	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 população acima de 70.000 (0,7*)
CAPS III	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, proporcionando serviços de atenção contínua.	Municípios ou regiões com população acima de 150.000 (1,5*)
CAPS i	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.	Municípios ou regiões com população acima de 70.000 (0,7*)
CAPS ad II	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Municípios ou regiões com população acima de 70.000 (0,7*)
CAPS ad III	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.	Municípios ou regiões com população acima de 150.000 (1,5*)
CAPS ad IV**	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Municípios com mais de 500.000 habitantes ou capitais de estados, buscando atender as cenas de uso de drogas

Fonte: Adaptado da Portaria de Consolidação 3/2017.

Nota: * Valores referentes à fórmula utilizada para cálculo da taxa de cobertura.

** Criado em 2017, sem habilitação em Minas Gerais no momento da pesquisa e excluído da análise.

Além da taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, foram analisadas as informações obtidas por modalidade de CAPS, o que permitiu avaliar possíveis demandas e vazios assistenciais. Todas as estimativas de taxa de cobertura foram calculadas para os anos de 2011 e 2018, possibilitando comparações.

Para o cálculo das taxas por modalidade de CAPS, cujas fórmulas derivam da anteriormente apresentada, foram consideradas três opções de agrupamento: CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas); CAPS i (Infantojuvenil) e CAPS ad (Álcool e Drogas, incluindo os CAPS ad II e CAPS ad III).

Para cálculo da taxa de CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas):

$$\text{Taxa de cobertura CAPS Saúde Mental por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS I} \times 0,15) + (\text{Número CAPS II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Para cálculo da taxa de cobertura de CAPS i (infantojuvenil):

$$\text{Taxa de cobertura CAPS i por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS i} \times 0,7)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Para cálculo da taxa de cobertura de CAPS ad (Álcool e Drogas, incluindo ad II e CAPS ad III):

$$\text{Taxa de cobertura CAPS Álcool e Drogas por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS ad II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS ad III} \times 1,5)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Durante a análise, para classificar o indicador taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, utilizou-se o parâmetro disponível em publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b), conforme apresenta o Quadro 2. Nos casos com taxa de cobertura de CAPS igual a zero, optou-se por incluir como parâmetro o termo vazio assistencial.

Quadro 2 - Parâmetros de classificação do indicador taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes

CLASSIFICAÇÃO	VALOR
Muito boa	Igual ou acima de 0,71
Boa	Entre 0,51 e 0,70
Regular	Entre 0,36 e 0,50
Baixa	Entre 0,21 e 0,35
Insuficiente	Entre 0,01 e 0,20
Vazio assistencial	0,0

Fonte: Adaptado de Brasil (2015b, p. 11).

Taxa de produção de CAPS por microrregião de saúde

No intuito de verificar se os CAPS estão atendendo a população da microrregião, optou-se por incluir uma análise da produção desses serviços, de janeiro a dezembro de 2018, por local de residência. Neste caso, para cada microrregião de saúde, foram estimadas as taxas de produção da população da sede e da população não sede dos serviços. Cabe esclarecer que, por população sede, entende-se aquela que reside no município onde situa o CAPS e, por população não sede, compreende-se os habitantes dos demais municípios da microrregião que são atendidos pelo Centros de Atenção Psicossocial. Além disso, o cálculo é por serviço sede do CAPS. Por isso, é importante ressaltar que a microrregião pode apresentar mais de um CAPS com a mesma modalidade.

Para o cálculo da taxa de produção sede foi utilizado a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de produção sede} = \frac{\text{n.º de procedimentos prestados à população residente no município sede do CAPS}}{\text{produção total}} \times 100$$

Para o cálculo da taxa de produção não sede, foi utilizado a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de produção não sede} = \frac{\text{n.º procedimentos prestados à população não residente na sede do município com CAPS}}{\text{produção total}} \times 100$$

A produção de CAPS é realizada no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e os dados também estão disponíveis no DATASUS. A análise realizada não teve como foco o tipo de procedimento prestado, mas, o total dos procedimentos realizados, por local de residência do sujeito atendido.

Com base nas informações da produção e na população dos municípios sede e não sede, foi possível analisar como estão distribuídos os atendimentos prestados. As análises foram descritas por microrregião, sendo a taxa da produção por municípios que possuem CAPS habilitado, de acordo com o tipo. Assim, como na análise de cobertura, os CAPS foram agrupados de três formas: CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas); CAPS i (Infantojuvenil); e CAPS ad (álcool e drogas, incluindo os CAPS ad II e CAPS ad III).

Foram excluídos da análise da taxa de produção os registros cujo local de residência constava em outro estado e local indeterminado, pois, o primeiro caso,

não foi interesse da pesquisa e, o segundo, não foi possível classificar a origem do município como sede ou não sede.

Na análise da taxa de produção, foram encontrados um total de 4.068.752 registros em Minas Gerais, em 2018. Desse total, foram desprezados 1.335 procedimentos que tinham como local de residência um município de outro estado e, 2.048.217, cujo município era indeterminado (código de produção 999999). Dessa forma, para análise das taxas de produção dos CAPS, foram utilizados um total de 2.019.200 procedimentos faturados com a identificação de procedência, ou seja, município do estado de Minas Gerais. Chama atenção a produção de dois municípios de Minas Gerais, pois, 100% dos registros, constam como indeterminado, um deles é São Vicente de Minas (macrorregião Centro Sul e microrregião São João Del Rei), com um total de 6.251 procedimentos e, o outro, Itamonte (macrorregião sul e microrregião São Lourenço), com 3.034 procedimentos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO POR MACRORREGIÃO

4.1 Macrorregião Centro

A macrorregião de saúde Centro é onde está localizada a capital do estado, Belo Horizonte. Esta macrorregião possui 103 municípios, agrupados em 10 microrregiões: Belo Horizonte/Caeté/Nova Lima (13 municípios); Betim (13 municípios); Contagem (três municípios); Curvelo (11 municípios); Guanhães (11 municípios); Itabira (13 municípios); Ouro Preto (três municípios); João Monlevade (cinco municípios); Sete Lagoas (24 municípios) e Vespasiano com sete municípios (MINAS GERAIS, 2014). As taxas de cobertura por tipo de CAPS desta macrorregião estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Taxas de cobertura da macrorregião de saúde Centro, por microrregião e tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Belo Horizonte/ Caeté/ Nova Lima	0,46	0,46	0,07	0,08	0,07	2,28
Betim	0,47	0,52	0,11	0,10	0,00	0,21
Contagem	0,18	0,44	0,09	0,16	0,18	0,87
Curvelo	0,40	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00
Guanhães	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00
Itabira	0,32	0,49	0,32	0,30	0,00	0,70
Ouro Preto	0,18	0,54	0,00	1,13	0,41	0,70
João Monlevade	0,64	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00
Sete Lagoas	0,17	0,19	0,17	0,16	0,00	0,70
Vespasiano	0,21	0,35	0,00	0,43	0,49	1,40

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

A análise dos dados de taxa de cobertura da macrorregião Centro permite considerar que, para CAPS i, em 2011, as microrregiões Curvelo, Guanhães, Ouro Preto, João Monlevade e Vespasiano apresentavam vazio assistencial e nenhuma delas apresentou cobertura boa ou muito boa. Em 2018, houve uma alteração neste cenário, sendo que a microrregião Ouro Preto teve uma taxa de cobertura muito boa. As microrregiões Belo Horizonte/Caeté/Nova Lima, Betim, Contagem e Sete Lagoas possuíam taxas de cobertura classificadas como insuficiente. Porém, Itabira tinha

taxa de cobertura baixa e Vespasiano regular. Curvelo, Guanhães e João Monlevade continuaram apresentando vazio assistencial em 2018 para CAPS i. Quanto ao CAPS ad, em 2011, as seguintes microrregiões estavam com vazio assistencial: Betim, Curvelo, Guanhães, Itabira, João Monlevade e Sete Lagoas. Em 2018, também houve uma mudança positiva dos CAPS ad, contudo, três microrregiões continuaram com vazio: Curvelo, Guanhães e João Monlevade. As microrregiões de Belo Horizonte/Caeté/Nova Lima, Contagem, Itabira, Ouro Preto, Sete Lagoas e Vespasiano passaram a ter uma cobertura boa ou muito boa. Para CAPS I, II e III, apenas Guanhães apresentou em 2011 vazio assistencial e, em 2018, todas as microrregiões de saúde da macrorregião centro possuíam taxas de cobertura para CAPS I, II e III, variando de insuficiente a boa.

Na Tabela 2, é apresentada a taxa de produção nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde da macrorregião centro, segundo o município de residência do paciente, em 2018. Nela, é possível observar que, geralmente, os procedimentos dos CAPS estavam concentrados no município sede, que é onde se localizam esses centros.

Tabela 2 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Centro, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté							
Belo Horizonte	95,4	4,6	100,0	-	99,9	0,1	73,7
Caeté	-	-	-	-	100,0	-	1,3
Nova Lima	100,0	-	-	-	100,0	-	2,8
Ribeirão das Neves	100,0	-	99,6	0,4	99,9	0,1	9,8
Sabará	-	-	100,0	-	100,0	-	4,0
Santa Luzia	-	-	99,3	0,7	99,4	0,6	6,4
Betim							
Betim	99,7	0,3	99,9	0,1	99,8	0,2	60,2
Brumadinho	-	-	-	-	100,0	0,0	5,5
Esmeraldas	-	-	-	-	99,6	0,4	9,8
Igarapé	-	-	-	-	100,0	-	5,9
São Joaquim de Bicas	-	-	-	-	100,0	-	4,3

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Centro, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Contagem							
Contagem	100,0	-	100,0	-	99,7	0,3	75,7
Ibirité	99,9	0,1	99,9	0,1	99,6	0,4	20,6
Sarzedo	-	-	-	-	99,8	0,2	3,7
Curvelo							
Curvelo	-	-	-	-	92,1	7,9	43,1
Felixlândia	-	-	-	-	99,9	0,1	8,2
Três Marias	-	-	-	-	100,0	0,0	17,3
Guanhães							
Conceição do Mato Dentro	-	-	-	-	100,0	-	15,3
Rio Vermelho	-	-	-	-	75,7	24,3	11,2
Itabira							
Barão de Cocais	-	-	-	-	100,0	-	13,7
Itabira	93,2	6,8	92,2	7,8	97,1	2,9	50,6
Santa Bárbara	-	-	-	-	100,0	-	13,1
São Gonçalo do Rio Abaixo	-	-	-	-	99,9	0,1	4,6
João Monlevade							
João Monlevade	-	-	-	-	96,4	3,6	57,1
São Domingos do Prata	-	-	-	-	93,4	6,6	12,5
Ouro Preto							
Itabirito	-	-	100,0	-	99,2	0,8	27,7
Mariana	-	-	100,0	-	100,0	-	32,4
Ouro Preto	99,7	0,3	99,9	0,1	100,0	-	39,9
Sete Lagoas							
Pompéu	-	-	-	-	100,0	-	7,1
Sete Lagoas	99,9	0,1	99,4	0,6	100,0	-	53,2
Vespasiano							
Lagoa Santa	100,0	-	-	-	100,0	-	19,5
Matozinhos	-	-	-	-	100,0	-	11,6
Pedro Leopoldo	-	-	-	-	100,0	-	19,7
Vespasiano	100,0	-	96,8	3,2	99,3	0,7	38,7

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

Na microrregião Belo Horizonte/Caeté/Nova Lima, que possui 13 municípios, sendo que seis deles possuem CAPS, foi possível verificar que todos, praticamente, só atendem a população do município sede do serviço. Assim, apesar de ter uma cobertura regular para CAPS I, II e III, por exemplo, quando se analisa a produção, observa-se que alguns municípios não estão sendo atendidos nesses centros. O mesmo ocorre nas microrregiões de Betim, Contagem, Curvelo, Itabira, João Monlevade, Ouro Preto, Sete Lagoas e Vespasiano. O comportamento é o mesmo para CAPS I, II e III, ad e i.

Para a macrorregião Centro, na microrregião Guanhães, o município de Rio Vermelho é o único que tem um comportamento diferente, demonstrando um atendimento para população própria (76%) e, também, para usuários de outros municípios da microrregião (24%).

4.2 Macrorregião Centro Sul

A macrorregião Centro Sul possui 51 municípios, distribuídos em três microrregiões: 15 pertencentes à microrregião Barbacena, 18 municípios pertencem à microrregião Conselheiro Lafaiete/Congonhas e, 18, à microrregião São João Del Rei (MINAS GERAIS, 2014). As taxas de cobertura por tipo de CAPS dessa macrorregião estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3 - Taxas de cobertura da macrorregião de saúde Centro Sul, por microrregião e tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Barbacena	0,31	0,63	0,00	0,00	0,00	0,63
Conselheiro Lafaiete/ Congonhas	0,64	1,03	0,00	0,23	0,24	1,88
São João Del Rei	0,13	0,42	0,00	0,00	0,00	0,70

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

Em 2011, a macrorregião Centro Sul apresentava vazio assistencial para CAPS i nas microrregiões de Barbacena e São João Del Rei, persistindo em 2018. Na microrregião Conselheiro Lafaiete/Congonhas, em 2011, era vazio e, em 2018, a taxa de cobertura era classificada como insuficiente. Para CAPS ad, todas as microrregiões apresentaram aumento de 2011 para 2018, ficando entre boa e muito boa. Em relação a CAPS I, II e III, houve uma mudança positiva das taxas nas três microrregiões de 2011 para 2018, sendo que na microrregião São João Del Rei foi classificada como regular, Barbacena como boa e Conselheiro Lafaiete/Congonhas, muito boa.

A análise dos dados da taxa de produção da macrorregião Centro Sul (Tabela 4) demonstra que na microrregião Barbacena, os CAPS ad e I, II e III produziram em torno de 85% para a população da sede e, 15%, para a população não sede, sendo

vazio assistencial para CAPS i, conforme apontado anteriormente. Na microrregião Conselheiro Lafaiete/Congonhas, o CAPS ad de Congonhas, praticamente, só produziu para a população própria, porém, o CAPS I, II e III, ficou em torno de 87% da produção para a população da sede. Em Conselheiro Lafaiete, o CAPS ad e CAPS I, II e III, produziram, aproximadamente, 30% para a população da microrregião. O CAPS i, praticamente, só produziu para a população sede. Os municípios de Ouro Branco e Piranga produziram para a população residente no município sede. Na microrregião São João Del Rei, o município de Bom Sucesso só produziu para a população residente. São João Del Rei produziu em mais de 50% para a população não sede para CAPS ad e, em torno de 23%, para a população não sede no CAPS I, II e III.

Tabela 4 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Centro Sul - 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Barbacena							
Barbacena	84,5	15,5	-	-	85,2	14,8	57,4
Conselheiro Lafaiete/Congonhas							
Congonhas	93,1	6,9	-	-	87,2	12,8	17,5
Conselheiro Lafaiete	72,6	27,4	93,2	6,8	70,7	29,3	41,2
Ouro Branco	-	-	-	-	100,0	-	12,6
Piranga	-	-	-	-	97,1	2,9	5,7
São João Del Rei							
Bom Sucesso	-	-	-	-	99,9	0,1	7,3
São João Del Rei	46,3	53,7	-	-	77,5	22,5	37,4

Fonte: Dados da pesquisa

4.3 Macrorregião Jequitinhonha

A macrorregional Jequitinhonha é composta por 23 municípios e as seguintes microrregiões: Diamantina com 15 municípios e Minas Novas/Turmalina/Capelinha com oito municípios (MINAS GERAIS, 2014). A Tabela 5 demonstra as taxas de cobertura por microrregião de saúde da macro Jequitinhonha.

Tabela 5 - Taxas de cobertura da Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, por microrregião e tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Diamantina	0,42	0,50	0,00	0,00	0,00	0,70
Minas Novas/ Turmalina/ Capelinha	0,13	0,36	0,00	0,00	0,00	0,70

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

A macrorregião Jequitinhonha não possuía cobertura em CAPS i em 2011 e 2018, ou seja, é uma macrorregião com vazio assistencial para essa modalidade. Para CAPS ad, as duas microrregiões eram vazio assistencial em 2011 e, em 2018, estavam classificadas com boa taxa de cobertura. A taxa de cobertura de CAPS I, II e III era, em 2011, regular em Diamantina e insuficiente em Minas Novas/Turmalina/Capelinha. Em 2018, houve aumento da taxa nas duas microrregiões, sendo que na classificação manteve regular na microrregião de Diamantina e passou de insuficiente para regular na microrregião Minas Novas/Turmalina/Capelinha.

Como já foi relatado na análise da taxa de cobertura, a macrorregião Jequitinhonha é vazio assistencial para CAPS i. Conforme apresenta a Tabela 6, para CAPS ad e CAPS I, II e III, o município de Diamantina produziram em torno de 30% para a população não sede, os demais municípios, praticamente, só atenderam a população própria.

Tabela 6 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Jequitinhonha, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Diamantina							
Diamantina	68,4	31,6	-	-	70,4	29,6	27,9
Itamarandiba	-	-	-	-	99,5	0,5	20,2
Minas Novas/Turmalina/ Capelinha							
Capelinha	-	-	-	-	97,9	2,1	30,3
Minas Novas	95,2	4,8	-	-	92,2	7,8	25,2
Turmalina	-	-	-	-	97,6	2,4	15,9

Fonte: Dados da pesquisa

4.4 Macrorregião Leste

A macrorregião Leste possui 86 municípios e é composta por sete microrregiões: Caratinga, com 13 municípios; Coronel Fabriciano/Timóteo, com oito municípios; Governador Valadares, com 24 municípios; Ipatinga, com 14 municípios; Mantena, com oito municípios; Resplendor com oito municípios e Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista, com 11 municípios (MINAS GERAIS, 2014). As taxas de cobertura por tipo de CAPS dessa macrorregião estão descritas na Tabela 7.

Tabela 7- Taxas de cobertura da macrorregião de saúde Leste, por microrregião e tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Caratinga	0,44	0,42	0,00	0,35	0,00	0,70
Coronel Fabriciano/ Timóteo	0,32	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00
Governador Valadares	0,17	0,16	0,00	0,16	0,17	0,35
Ipatinga	0,23	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
Mantena	0,22	0,43	0,00	0,00	0,00	0,70
Resplendor	0,17	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Maria do Suaçuí/ São João Evangelista	0,00	0,44	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

A macrorregião Leste era vazio assistencial para CAPS i em 2011 e, em 2018, apenas as microrregiões Caratinga e Governador Valadares apresentaram taxa de cobertura para CAPS i, sendo baixa e insuficiente, respectivamente. As demais microrregiões mantinham vazio assistencial para CAPS i. Em relação a CAPS ad, Caratinga (boa), Governador Valadares (baixa) e Mantena (boa) aumentaram a taxa de cobertura de 2011 para 2018, as outras microrregiões apresentaram vazio assistencial. Para CAPS I, II e III, apenas Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista era vazio assistencial em 2011 e, em 2018, todas as regiões possuíam taxa de cobertura, variando de insuficiente, no caso de Governador Valadares, a regular, que é o caso de Resplendor.

Verificando os dados da macrorregião Leste sobre a produção (Tabela 8), observa-se que na microrregião de Caratinga, o município de Caratinga produziu em

torno de 80% para a população própria e, 20%, para a microrregião, tanto no CAPS i como no CAPS I, II e III. O CAPS ad de Caratinga produziu, aproximadamente, 87% para a população própria. O município de Inhapim, praticamente, produziu para a população própria.

Tabela 8 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Leste, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Caratinga							
Caratinga	86,8	13,2	81,4	18,6	81,0	19,0	45,2
Inhapim	-	-	-	-	90,4	9,6	12,0
Coronel Fabriciano/Timóteo							
Coronel Fabriciano	-	-	-	-	100,0	-	47,4
Jaguaraçu	-	-	-	-	60,0	40,0	1,4
Governador Valadares							
Governador Valadares	77,0	23,0	89,0	11,0	88,5	11,5	64,9
Ipatinga							
Belo Oriente	-	-	-	-	100,0	-	6,5
Ipaba	-	-	-	-	100,0	-	4,5
Ipatinga	-	-	-	-	100,0	-	64,3
Santana do Paraíso	-	-	-	-	99,9	0,1	8,4
Mantena							
Itabirinha	95,3	4,7	-	-	-	-	16,4
São Félix de Minas	-	-	-	-	85,2	14,8	4,8
Resplendor							
Aimorés	-	-	-	-	100,0	-	28,2
Conselheiro Pena	-	-	-	-	100,0	-	25,6
Resplendor	-	-	-	-	85,7	14,3	19,5
Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista							
Peçanha	-	-	-	-	100,0	-	17,3
Santa Maria do Suaçuí	-	-	-	-	69,5	30,5	14,4
São João Evangelista	-	-	-	-	100,0	-	15,6

Fonte: Dados da pesquisa

Na microrregião de Coronel Fabriciano, o município de Coronel Fabriciano só produziu para a população da sede e, Jaguaraçu, produziu 60% para a população da sede e, 40%, para população não sede. Na microrregião de Governador

Valadares, o município de Governador Valadares é sede para todos os CAPS existentes, sendo que produziu no CAPS ad 77% para população própria e, nos demais CAPS, em torno de 11% da população não sede.

Na microrregião de Ipatinga, todos os municípios e CAPS existentes. Praticamente, produziram apenas para a população sede. Na microrregião de Mantena, Itabirinha produziu, principalmente, para a população própria, enquanto São Félix de Minas produziu em torno de 85% para a população sede e, 15%, para a população não sede. A produção do CAPS de Mantena não consta no sistema, o que deve ser um alerta aos gestores e profissionais. A microrregião Resplendor, tanto Aimorés como Conselheiro Pena, produziram apenas para população residente no município sede e, Resplendor, produziu em torno de 85% para população sede e, 15%, para a população não sede. A microrregião Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista, enquanto Peçanha e São João Evangelista produziram apenas para população própria, Santa Maria do Suaçuí teve em torno de 30% da produção voltada para a população não sede.

4.5 Macrorregião Leste do Sul

A macrorregião Leste do sul é composta por três microrregiões: Manhuaçu, Ponte Nova e Viçosa e possui um total de 53 municípios. A micro Manhuaçu possui 23 municípios, a micro Ponte Nova tem 21 municípios e, Viçosa, nove municípios (MINAS GERAIS, 2014). A Tabela 9 apresenta as taxas de cobertura por microrregião da macro leste do sul.

Tabela 9 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Leste do sul, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Manhuaçu	0,49	0,51	0,00	0,41	0,00	0,70
Viçosa	0,11	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00
Ponte Nova	0,07	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

A comparação entre os anos de 2011 e 2018 na macrorregião Leste do sul, demonstra que houve mudança positiva na cobertura em todas as microrregiões

para taxa de cobertura de CAPS I, II e III, sendo que, para 2018, as micros Manhuaçu e Viçosa estão com classificação boa e muito boa, respectivamente e, Ponte Nova, ainda apresenta uma cobertura baixa. Os vazios dessa macrorregião precisam ser observados, pois as microrregiões de Viçosa e Ponte Nova não possuem CAPS i e CAPS ad.

Na macrorregião Leste do sul, a análise da produção (Tabela 10) permite considerar que na microrregião Manhuaçu para CAPS I, II e III, Abre Campo, Lajinha, Mutum e Simonésia, praticamente, só produziram para a população da sede. Ipanema produziu em torno de 78% para a população sede e, 22%, não sede. Manhumirim produziu em torno de 15% para a população não sede. Para CAPS i, Matipó produziu mais de 50% para população não sede. Manhuaçu para CAPS i, praticamente, só produziu para a população sede, para CAPS ad produziu quase 30% para a população não sede e, em torno de 11%, para população não sede no CAPS I, II e III. Cabe ressaltar que nessa microrregião, a produção do CAPS do município de Santa Margarida não consta no sistema.

Tabela 10 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, Macrorregião Leste do sul, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Manhuaçu							
Abre Campo	-	-	-	-	100,0	-	3,9
Ipanema	-	-	-	-	78,1	21,9	5,7
Lajinha	-	-	-	-	92,0	8,0	5,8
Manhuaçu	71,3	28,7	99,7	0,3	88,8	11,2	25,9
Manhumirim	-	-	-	-	84,5	15,5	6,6
Matipó	-	-	43,0	57,0	-	-	5,5
Mutum	-	-	-	-	100,0	-	7,8
Simonésia	-	-	-	-	91,0	9,0	5,7
Ponte Nova							
Ponte Nova	-	-	-	-	84,4	15,6	28,1
Viçosa							
Pedra do Anta	-	-	-	-	82,9	17,1	2,3
São Miguel do Anta	-	-	-	-	51,4	48,6	5,0
Viçosa	-	-	-	-	91,4	8,6	56,8

Fonte: Dados da pesquisa

Na microrregião Ponte Nova, o CAPS produziu em torno de 15% para a população não sede e, 85%, para a sede. Na microrregião Viçosa, o município de Viçosa, praticamente, só produziu para a população própria. Pedra do Anta teve uma produção em torno de 17% para a população não sede e, São Miguel do Anta, produziu mais de 48% para a população não sede.

4.6 Macrorregião Nordeste

A macrorregião Nordeste é composta por oito microrregiões: Águas Formosas (oito municípios), Almenara (15 municípios), Araçuaí (seis municípios); Itaobim (seis municípios), Nanuque (três municípios), Padre Paraíso (quatro municípios), Pedra Azul (quatro municípios); e Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri (17 municípios), totalizando 63 municípios na macrorregião (MINAS GERAIS, 2014). A Tabela 11 demonstra as taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Nordeste.

Tabela 11 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Nordeste, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Águas Formosas	0,26	0,50	0,00	0,00	0,00	0,70
Almenara	0,17	0,49	0,00	0,38	0,00	0,00
Araçuaí	0,79	0,95	0,00	0,00	0,00	0,70
Itaobim	0,37	0,37	0,00	0,86	0,00	0,70
Nanuque	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Padre Paraíso	0,00	0,48	0,00	0,00	0,00	0,00
Pedra Azul	0,29	0,84	0,00	0,00	0,00	0,70
Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri	0,22	0,40	0,00	0,22	0,00	0,70

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

A análise das taxas de cobertura para CAPS i, em 2018, considerou que a macrorregião Nordeste ainda possuía vazio assistencial nas microrregiões Águas Formosas, Araçuaí, Nanuque, Padre Paraíso e Pedra Azul, sendo que, apenas Itaobim, apresentou uma cobertura muito boa. Em 2011, a macrorregião não possuía CAPS ad, porém, em 2018, apenas as microrregiões Almenara, Nanuque e Padre Paraíso ainda apresentavam vazio assistencial, sendo que as demais tinham

taxa de cobertura boa. Para CAPS I, II e III, em 2018, apenas a microrregião de Nanuque ainda apresentava vazio assistencial.

As taxas de produção da macrorregião Nordeste, demonstradas na Tabela 12, apresentam que na microrregião Águas Formosas, no município de Machacalis, mais de 40% da produção foi para a população não sede, o município de Águas Formosas tanto no CAPS ad como nos I, II e III, produziram em mais de 25% para a população não sede. Na microrregião Almenara, os municípios de Almenara, Divisópolis, Jequitinhonha, Joáima e Rubim produziram, praticamente, para a população sede. Jacinto produziu em torno de 10% para a população não sede.

Tabela 12 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Nordeste, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Águas Formosas							
Águas Formosas	75,1	24,9	-	-	71,6	28,4	32,2
Machacalis	-	-	-	-	58,2	41,8	11,9
Almenara							
Almenara	-	-	-	-	100,0	-	22,9
Divisópolis	-	-	-	-	96,7	3,3	5,9
Jacinto	-	-	-	-	89,2	10,8	6,8
Jequitinhonha	-	-	100,0	-	99,5	0,5	13,9
Joáima	-	-	-	-	94,2	5,8	8,5
Rubim	-	-	-	-	93,9	6,1	5,6
Araçuaí							
Araçuaí	91,6	8,4	-	-	92,5	7,5	40,9
Virgem da Lapa	-	-	-	-	74,2	25,8	15,3
Itaobim							
Itaobim	80,4	19,6	48,3	51,7	90,6	9,4	26,1
Medina	-	-	-	-	99,6	0,4	25,8
Padre Paraíso							
Caraí	-	-	-	-	97,2	2,8	37,6
Padre Paraíso	-	-	-	-	91,1	8,9	32,0
Pedra Azul							
Águas Vermelhas	-	-	-	-	86,0	14,0	25,0
Cachoeira de Pajeú	-	-	-	-	80,7	19,3	17,4
Pedra Azul	100,0	-	-	-	99,9	0,1	45,1
Teófilo Otoni/ Malacacheta/Itambacuri							
Itambacuri	-	-	-	-	96,1	3,9	7,1
Malacacheta	-	-	-	-	100,0	-	5,8
Novo Cruzeiro	-	-	-	-	93,8	6,3	9,6
Poté	-	-	-	-	68,7	31,3	5,1
Teófilo Otoni	88,7	11,3	87,2	12,8	100,0	-	43,1

Fonte: Dados da pesquisa

Na microrregião Araçuaí, Virgem da Lapa produziu em torno de 25% para a população não sede nos CAPS I, II e III e, Araçuaí, tanto no CAPS ad como nos CAPS I, II e III, produziram, praticamente, para a população sede. Em relação à microrregião Itaobim, no município de Medina, os procedimentos registrados foram, quase em sua totalidade, para a população sede. Itaobim para I, II e III também, praticamente, produziram para a população sede, porém, para CAPS i ,produziu mais de 50% para a população não sede e, no CAPS ad, em torno de 20% para a população não sede.

A microrregião Padre Paraíso, tanto o município de Padre Paraíso como Carai, produziram, quase que totalmente, para a população sede. A microrregião Pedra Azul, o CAPS ad de Pedra Azul só produziu para a população própria, os CAPS I, II e III de Pedra Azul também, praticamente, produziram para a população sede. Os CAPS I, II e III de Águas Vermelhas produziram em torno de 14% para a população não sede e, Cachoeira do Pajeú, produziu em torno de 19% para a população não sede. A microrregião Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri apenas o município de Poté produziu em torno de 30% para a população não sede, os demais municípios, praticamente, só produziram para a população sede, sendo que Teófilo Otoni produziu mais de 10% nos CAPS ad e i para a população não sede.

4.7 Macrorregião Noroeste

A macrorregião noroeste possui 33 municípios, com três microrregiões: Patos de Minas com 18 municípios, João Pinheiro formado por três municípios e Unai com 12 municípios (MINAS GERAIS, 2014). As taxas de cobertura por tipo de CAPS dessa macrorregião estão descritas na Tabela 13.

Tabela 13 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Noroeste, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Patos de Minas	0,25	0,37	0,00	0,00	0,00	1,12
João Pinheiro	0,22	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00
Unai	0,18	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

A macrorregião Noroeste não possuía taxa de cobertura de CAPS i e, apenas a microrregião João Pinheiro, apresentou em 2018 cobertura muito boa para CAPS ad. Para a taxa de cobertura de CAPS I, II e III todas as microrregiões possuíam taxas, contudo, classificadas como insuficiente para João Pinheiro e regular para Patos de Minas e Unai.

Conforme descrito anteriormente e como apresenta a Tabela 14, a macrorregião noroeste apresentou vazios assistenciais para CAPS i. Em relação aos CAPS ad somente a microrregião Patos de Minas possuía esse tipo de CAPS, sendo que os dois serviços existentes, em Patos de Minas e Carmo do Paranaíba, produziram, praticamente, apenas para a população da sede. Em relação a CAPS I, II e III, na micro João Pinheiro, o serviço existente produziu 100% para a população sede, na micro Unai e Patos de Minas, a situação não é muito diferente, pois os serviços existentes produziram 100% para a população sede ou não chegaram a 5% para a população não sede.

Tabela 14 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, Macrorregião Noroeste, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
João Pinheiro							
João Pinheiro	-	-	-	-	100,0	-	65,3
Patos de Minas							
Carmo do Paranaíba	100,0	-	-	-	100,0	-	8,5
Patos de Minas	98,1	1,9	-	-	98,4	1,6	42,5
Presidente Olegário	-	-	-	-	100,0	-	5,5
São Gotardo	-	-	-	-	98,5	1,5	9,9
Vazante	-	-	-	-	98,2	1,8	5,8
Unai							
Buritizal	-	-	-	-	99,5	0,5	9,1
Paracatu	-	-	-	-	100,0	-	33,9
Unai	-	-	-	-	100,0	-	30,8

Fonte: Dados da pesquisa

4.8 Macrorregião Norte

A macrorregião Norte é composta por 86 municípios e nove microrregiões assim nomeadas: Brasília de Minas/São Francisco (16 municípios), Coração de Jesus (cinco municípios), Francisco Sá (seis municípios), Janaúba/Monte Azul (15 municípios), Januária (cinco municípios), Manga (cinco municípios), Montes Claros/Bocaiúva (11 municípios), Pirapora (sete municípios) e Salinas/Taiobeiras são 16 municípios (MINAS GERAIS, 2014). A Tabela 15 apresenta as taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Norte.

Tabela 15 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Norte, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Brasília de Minas/São Francisco	0,25	0,30	0,00	0,00	0,00	0,61
Coração de Jesus	0,00	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Francisco Sá	0,42	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00
Janaúba/Monte Azul	0,06	0,41	0,26	0,25	0,00	0,54
Januária	0,14	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00
Manga	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00
Montes Claros/Bocaiúva	0,19	0,17	0,00	0,00	0,30	1,40
Pirapora	0,32	0,31	0,50	0,50	0,50	0,70
Salinas/Taiobeiras	0,43	0,68	0,00	0,34	0,00	0,00

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

A análise dos dados permite afirmar que as microrregiões de Brasília de Minas/São Francisco, Coração de Jesus, Francisco Sá, Januária, Manga e Montes Claros/Bocaiúva, tanto em 2011 como em 2018, apresentavam vazio assistencial para CAPS i, sendo que as outras microrregiões apresentavam taxas que podem ser classificadas como regular ou baixa. Para CAPS ad, as taxas de Montes Claros/Bocaiúva e Pirapora aumentaram de 2011 para 2018, passando para muito boa e boa respectivamente. Ainda sobre CAPS ad, Brasília de Minas/São Francisco e Janaúba/Monte Azul, deixaram de ser vazio assistencial e passaram a ter taxas boas em 2018. Coração de Jesus, Francisco Sá, Januária, Manga e Salinas/Taiobeiras ainda possuíam vazio assistencial para álcool e drogas em 2018. Em relação às CAPS I, II e III, com exceção de Montes Claros/Bocaiúva e Pirapora que tiveram uma pequena diminuição (devido ao aumento populacional), todas as

outras microrregiões tiveram aumento na taxa de cobertura, variando entre baixa e muito boa.

Conforme apresenta a Tabela 16, cada microrregião da macrorregião Norte se comporta de uma maneira. Desse modo, a descrição ocorreu segundo a microrregião. Na microrregião Brasília de Minas/São Francisco, não havia CAPS i, o CAPS ad de Brasília de Minas produziu em torno de 57% para a população da sede e 43% para a população não sede. Em relação às CAPS I, II e III, em todos os municípios que possuem o serviço, a produção foi de mais de 90% para a população sede e menos de 10% para a população não sede.

Tabela 16 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, Macrorregião Norte, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Brasília de Minas/São Francisco							
Brasília de Minas	57,3	42,7	-	-	95,4	4,6	13,1
Mirabela	-	-	-	-	92,1	7,9	5,5
São Francisco	-	-	-	-	96,1	3,9	22,7
São João da Ponte	-	-	-	-	99,2	0,8	10,2
Varzelândia	-	-	-	-	93,3	6,7	7,8
Coração de Jesus							
Coração de Jesus	-	-	-	-	86,5	13,5	55,9
Francisco Sá							
Capitão Enéas	-	-	-	-	95,3	4,7	20,4
Francisco Sá	-	-	-	-	100,0	-	35,3
Grão Mogol	-	-	-	-	87,4	12,6	21,2
Janaúba/Monte Azul							
Jaíba	-	-	-	-	99,8	0,2	13,8
Janaúba	88,3	11,7	62,5	37,5	95,2	4,8	25,7
Monte Azul	-	-	-	-	95,5	4,5	7,6
Porteirinha	-	-	-	-	89,5	10,5	13,7
Januária							
Itacarambi	-	-	-	-	98,6	1,4	15,7
Januária	-	-	-	-	98,8	1,2	58,3
Manga							
Manga	-	-	-	-	65,7	34,3	32,6
Montes Claros/Bocaiúva							
Bocaiúva	96,4	3,6	-	-	93,4	6,6	9,9
Montes Claros	98,5	1,5	-	-	99,5	0,5	80,4

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 16 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, Macrorregião Norte, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Pirapora							
Buritzeiro	-	-	-	-	100,0	-	19,1
Pirapora	-	-	93,8	6,2	100,0	0,0	38,4
Várzea da Palma	95,9	4,1	-	-	98,3	1,7	26,8
Salinas/Taiobeiras							
Salinas	-	-	69,6	30,4	93,2	6,8	19,9
Taiobeiras	-	-	-	-	75,8	24,2	16,3

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

Os CAPS I, II e III da microrregião Coração de Jesus produziram em torno de 86% para a população sede e 14% não sede. A microrregião Francisco Sá, só possui CAPS I, II e III, sendo que o município de Francisco Sá produziu apenas para a população sede. Capitão Enéas teve 95% da produção direcionada para a população sede e, Grão Mogol, em torno de 87% da produção foi para a população sede e, 13%, para população não sede.

Na microrregião Janaúba/Monte Azul o CAPS i do município de Janaúba, único da microrregião, produziu em torno de 37% para a população não sede, ainda em Janaúba, o CAPS ad produziu por volta de 12% para a população não sede. Com relação aos CAPS I, II e III existentes na microrregião, com exceção de Porteirinha que produziu mais de 10% para a população não sede, os demais serviços produziram mais de 95% para a população sede, ficando a população não sede com menos de 5% da produção apresentada.

A microrregião Januária não possuía CAPS i e CAPS ad. Os CAPS I, II e III situados nos municípios de Itacarambi e Januária produziram, praticamente, apenas para a população sede (99%). A microrregião Manga também não possuía CAPS i e ad, os CAPS I, II e III existentes produziram em torno de 34% para a população não sede. A microrregião Montes Claros/Bocaiúva não possuía CAPS i e, tanto os CAPS ad existentes como os CAPS I, II e III, que estão nos municípios de Montes Claros e Bocaiúva, produziram cada um, menos de 10% para a população não sede.

A microrregião Pirapora possuía CAPS ad, CAPS i e CAPS I, II e III e todos comportaram praticamente da mesma maneira, ou só produziram para a população sede ou produziram para a população não sede em menos de 10%. A microrregião Salinas/Taiobeiras não possuía CAPS ad. O município de Salinas possuía um CAPS i, que produziu em torno de 30% para a população não sede. Os CAPS I, II e III produziram menos de 10% para a população não sede. O município de Taiobeiras com CAPS I, II e III produziram mais de 20% para população não sede.

4.9 Macrorregião Oeste

A macrorregião Oeste tem 54 municípios e é composta pelas microrregiões de Bom Despacho (sete municípios), Divinópolis/Santo Antônio do Monte (13 municípios), Formiga (nove municípios), Itaúna (quatro municípios), Pará de Minas (oito municípios) e Santo Antônio do Amparo/Campo Belo com 13 municípios (MINAS GERAIS, 2014). As taxas de cobertura por tipo de CAPS dessa macrorregião estão descritas na Tabela 17.

Tabela 17 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Oeste, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Bom Despacho	0,15	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
Divinópolis/Santo Antônio do Monte	0,26	0,47	0,00	0,00	0,00	0,32
Formiga	0,24	0,76	0,00	0,00	0,00	0,00
Itaúna	0,61	0,69	0,00	0,00	0,61	0,70
Pará de Minas	0,40	0,69	0,00	0,00	0,00	1,40
Santo Antônio do Amparo/Campo Belo	0,31	0,56	0,00	0,68	0,36	0,73

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

Analisando a Tabela 17, de taxa de cobertura da macrorregião Oeste, é possível observar que houve mudança de 2011 para 2018 na taxa de cobertura de CAPS i, de vazio para boa na microrregião Santo Antônio do Amparo/Campo Belo, as demais microrregiões apresentaram vazio assistencial tanto em 2011 como em 2018. Para CAPS ad, a microrregião Itaúna e Santo Antônio do Amparo/Campo Belo não apresentaram vazio em 2011, mas aumentaram a taxa de cobertura de CAPS

ad para boa e muito boa respectivamente, em 2018. Pará de Minas era vazio em 2011 para CAPS ad e passou para muito boa em 2018. Outra microrregião que modificou foi Divinópolis/Santo Antônio do Monte, que era vazio em 2011 e, em 2018, passou a ter uma taxa de cobertura regular para CAPS ad. Bom Despacho e Formiga ainda apresentaram vazio assistencial para CAPS ad em 2018. Em relação as CAPS I, II e III, todas as microrregiões da macrorregião Oeste apresentaram aumento da taxa de cobertura, variando entre baixa até muito boa.

A Tabela 18 apresenta a taxa de produção da macrorregião Oeste. As microrregiões dessa macrorregião se comportaram quase da mesma forma, sendo que os serviços produziram 100% para a população do município sede ou menos de 10% para a população não sede. A exceção ocorre na microrregião Santo Antônio do Amparo/Campo Belo, pois no município de Oliveira, tanto o CAPS ad como o CAPS i, produziram mais de 10% e 30%, respectivamente, para a população não sede.

Tabela 18 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Oeste, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Bom Despacho							
Bom Despacho	-	-	-	-	98,5	1,5	46,9
Luz	-	-	-	-	100,0	-	17,0
Divinópolis/ Santo Antônio do Monte							
Arcos	-	-	-	-	100,0	-	8,4
Carmo do Cajuru	-	-	-	-	100,0	-	4,7
Cláudio	-	-	-	-	100,0	-	6,0
Divinópolis	100,0	-	-	-	96,9	3,1	49,6
Lagoa da Prata	-	-	-	-	100,0	-	10,9
Santo Antônio do Monte	-	-	-	-	100,0	-	5,9
Formiga							
Bambuí	-	-	-	-	99,8	0,2	18,1
Formiga	-	-	-	-	100,0	-	51,4
Pimenta	-	-	-	-	97,1	2,9	6,6

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 18 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Oeste, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Bom Despacho							
Itaúna							
Itaguara	-	-	-	-	90,0	10,0	10,8
Itaúna	99,9	0,1	-	-	99,4	0,6	75,1
Pará de Minas							
Nova Serrana	100,0	-	-	-	100,0	-	40,2
Pará de Minas	99,7	0,3	-	-	99,9	0,1	37,5
Pitangui	-	-	-	-	99,9	0,1	11,2
Santo Antônio do Amparo/Campo Belo							
Campo Belo	-	-	94,8	5,2	96,0	4,0	26,4
Candeias	-	-	-	-	98,1	1,9	7,3
Oliveira	86,5	13,5	66,7	33,3	91,1	8,9	20,3
Santo Antônio do Amparo	-	-	-	-	98,3	1,7	9,0

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

4.10 Macrorregião Sudeste

A macrorregião Sudeste é composta por 94 municípios e oito microrregiões, sendo elas: Além Paraíba (cinco municípios), Carangola (11 municípios), Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas (25 municípios), Leopoldina/Cataguases (10 municípios), Muriaé (11 municípios), Santos Dumont (três municípios), São João Nepomuceno/Bicas (nove municípios) e Ubá com 20 municípios (MINAS GERAIS, 2014). A Tabela 19 apresenta as taxas de cobertura por microrregião da macrorregião sudeste.

Tabela 19 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Sudeste, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Além Paraíba	0,27	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00
Carangola	0,48	0,47	0,00	0,55	0,56	0,70
Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas	0,24	0,49	0,11	0,10	0,11	0,22
Leopoldina/Cataguases	0,09	1,07	0,00	0,00	0,00	0,70
Muriaé	0,42	0,58	0,00	0,00	0,00	0,86
Santos Dumont	0,30	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00
São João Nepomuceno/Bicas	0,22	0,41	0,00	0,00	0,00	0,00
Ubá	0,24	0,41	0,00	0,22	0,00	0,48

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

A macrorregião Sudeste apresentou, ainda em 2018, as seguintes microrregiões com vazio assistencial para CAPS i: Além Paraíba, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Santos Dumont e São João Nepomuceno/Bicas. Chama atenção que, com exceção de Carangola que estava com taxa de cobertura boa, as demais microrregiões foram classificadas em baixa ou insuficiente para CAPS i.

Em relação a CAPS ad, comparando 2011 e 2018, houve um aumento na taxa de cobertura da maioria das microrregiões, sendo que, apenas as microrregiões de Além Paraíba, Santos Dumont e São João Nepomuceno/Bicas, ainda eram vazios assistenciais em 2018. Para as CAPS I, II e III, a macrorregião estava com taxa de cobertura em todas as microrregiões, variando entre baixa e muito boa, em 2018. Analisando a taxa de produção da macrorregião Sudeste (Tabela 20), nas microrregiões Além Paraíba e Santos Dumont, os serviços existentes produziram menos de 3% para a população não sede. Na microrregião Carangola os CAPS I, II e III produziram menos de 10% para a população não sede. Para CAPS ad essa produção é diferente, produzindo mais de 10% para a população não sede e, CAPS i, mais de 30% da produção foi para população não sede. Na microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, os únicos CAPS ad e i estavam no município de Juiz de Fora e, praticamente, só produziram para a população do município sede. Os CAPS I, II e III, o município de Juiz de Fora produziu em torno de 24% para a população não sede, Matias Barbosa e Rio Novo produziram mais de

30% para a população não sede e, Lima Duarte, foi o único que produziu menos de 10% para a população não sede.

Tabela 20 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Sudeste, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Além Paraíba							
Além Paraíba	-	-	-	-	99,6	0,4	61,7
Carangola							
Carangola	86,7	13,3	67,0	33,0	90,1	9,9	25,7
Divino	-	-	-	-	92,9	7,1	15,5
Espera Feliz	-	-	-	-	98,9	1,1	19,3
Tombos	-	-	-	-	94,4	5,6	6,4
Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas							
Juiz de Fora	99,8	0,2	100,0	-	76,0	24,0	82,0
Lima Duarte	-	-	-	-	91,3	8,7	2,4
Matias Barbosa	-	-	-	-	64,8	35,2	2,1
Rio Novo	-	-	-	-	67,7	32,3	1,3
Leopoldina/Cataguases							
Astolfo Dutra	-	-	-	-	100,0	-	7,7
Cataguases	98,1	1,9	-	-	99,9	0,1	40,9
Leopoldina	-	-	-	-	88,2	11,8	28,8
Palma	-	-	-	-	97,2	2,8	3,6
Muriaé							
Eugenópolis	-	-	-	-	56,4	43,6	6,5
Muriaé	92,4	7,6	-	-	99,1	0,9	62,2
São Francisco do Glória	-	-	-	-	58,9	41,1	2,8
Santos Dumont							
Santos Dumont	-	-	-	-	97,3	2,7	91,7
São João Nepomuceno/Bicas							
Bicas	-	-	-	-	44,9	55,1	19,8
São João Nepomuceno	-	-	-	-	100,0	-	36,1
Ubá							
Ervália	-	-	94,2	5,8	98,1	1,9	6,0
Rio Pomba	-	-	-	-	55,1	44,9	5,7
Senador Firmino	-	-	-	-	52,1	47,9	2,5
Ubá	84,3	15,7	-	-	94,0	6,0	36,3
Visconde do Rio Branco	-	-	-	-	89,7	10,3	13,4

Fonte: Dados da pesquisa

Na microrregião Leopoldina/Cataguases, não havia CAPS i. O CAPS ad, de Cataguases, produziu menos de 2% para a população não sede. Em relação aos CAPS I, II e III, o município de Astolfo Dutra e Cataguases só produziram para a

população própria. Palma produziu menos de 3% para população não sede e, Leopoldina, produziu em torno de 10% para a população não sede. A microrregião Muriaé não possui CAPS i, o CAPS ad e os CAPS I, II e III do município de Muriaé produziram, praticamente, para a população sede. Os CAPS I, II e III de Eugenópolis e São Francisco do Glória, produziram mais de 40% para a população não sede. Na microrregião de Santos Dumont só haviam os CAPS I, II e III e os serviços estavam situados no município de Santos Dumont e, praticamente, só produziram para a população própria.

A microrregião São João Nepomuceno/Bicas, só tinha os CAPS I, II e III, sendo que no município de São João Nepomuceno só produziram para a população sede. Bicas produziu mais de 50% para a população não sede. Na microrregião Ubá o CAPS ad produziu em torno de 84% para a população sede e, 16%, não sede. Já o CAPS i de Ervália produziu, praticamente, para a população sede. Em relação aos CAPS I, II e III, dos municípios de Ervália e Ubá produziram, basicamente, para a população do município sede. Visconde do Rio Branco produziu em torno de 10% para a população não sede. Nessa microrregião, quem mais produziu para a população não sede foi Rio Pomba e Senador Firmino, com mais de 40% cada.

4.11 Macrorregião Sul

A macrorregião Sul possui 153 municípios, divididos em 12 microrregiões: Alfenas/Machado (17 municípios), Guaxupé (nove municípios), Itajubá (15 municípios), Lavras (10 municípios), Passos/Piumhi (18 municípios), Poços de Caldas (cinco municípios), Pouso Alegre (33 municípios), São Lourenço (24 municípios), São Sebastião do Paraíso (seis municípios), Três Corações (seis municípios), Três Pontas (cinco municípios) e Varginha com cinco municípios (MINAS GERAIS, 2014). As taxas de cobertura por tipo de CAPS dessa macrorregião estão descritas na Tabela 21.

Tabela 21 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Sul, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Alfenas/Machado	0,05	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00
Guaxupé	0,10	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00
Itajubá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70
Lavras	0,82	0,76	0,00	0,00	0,00	0,70
Passos/Piumhi	0,62	0,58	0,00	0,00	0,00	1,40
Poços de Caldas	0,07	0,36	0,00	0,00	0,00	0,70
Pouso Alegre	0,20	0,27	0,00	0,00	0,00	0,70
São Lourenço	0,28	0,55	0,00	0,27	0,28	0,57
São Sebastião do Paraíso	0,71	0,68	0,00	0,56	0,00	0,70
Três Corações	0,56	0,64	0,00	0,00	0,00	0,70
Três Pontas	0,25	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00
Varginha	0,38	0,50	0,00	0,35	0,00	0,70

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

A análise da taxa de cobertura de CAPS i na macrorregião Sul, em 2018, apresentou vários vazios assistenciais, mais especificamente, em nove das 12 microrregiões: Alfenas/Machado, Guaxupé, Itajubá, Lavras, Passos/Piumhi, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Três Corações e Três Pontas. Ainda sobre CAPS i, São Lourenço, São Sebastião do Paraíso e Varginha eram vazio assistencial em 2011 e mudaram positivamente o cenário, sendo em 2018 baixa em São Lourenço, boa em São Sebastião do Paraíso e baixa em Varginha. Para CAPS ad, em 2018, os vazios foram nas três microrregiões: Alfenas/Machado, Guaxupé e Três Pontas. As outras microrregiões tiveram modificação positiva, sendo que as taxas variaram entre boa e muito boa.

Para a taxa de cobertura dos CAPS I, II e III, apenas a microrregião de Itajubá ainda apresentou vazio assistencial em 2018. Contudo, é importante ressaltar a cobertura insuficiente, baixa ou regular nas regiões Alfenas/Machado, Guaxupé, Poços de Caldas, Pouso Alegre e Varginha. As demais microrregiões tiveram coberturas boas e muito boas em 2018.

A produção da macrorregião Sul comporta-se de maneira distinta nas várias microrregiões e municípios, dessa forma, será descrita por microrregião. Na microrregião Alfenas/Machado e Varginha todos os CAPS (ad, i e I, II e III) produziram, basicamente, para a população sede. É importante destacar que a

produção do município de Elói Mendes, da microrregião de Varginha, não consta no sistema.

Na microrregião Guaxupé, só haviam CAPS I, II e III, no município de Nova Resende o CAPS produziu apenas para a população sede e, Guaxupé, menos de 10% para a população não sede. Na microrregião Itajubá, só havia o CAPS ad, sendo que este produziu menos de 5% para a população não sede. Na microrregião de Lavras, os CAPS ad e I, II e III existentes também produziram em menos de 5% para população não sede. A microrregião Passos/Piumhi não diferiu muito do que foi observado nessa macrorregião, não havia CAPS i e, tanto os CAPS ad como os CAPS I, II e III existentes, produziram menos de 10% para a população não sede. Na microrregião Poços de Caldas, a produção é quase 100% para a população sede.

Na microrregião Pouso Alegre, percebe-se que há uma maior produção em alguns serviços para a população não sede. O CAPS ad do município de Pouso Alegre produziu mais de 20% a população não sede. Os CAPS I, II e III desse município produziram em torno de 14% para a população não sede. Os CAPS I, II e III de Cambuí e Santa Rita do Sapucaí produziram mais de 10% para a população não sede e, o de Extrema, produziu em torno de 5% para a população não sede. Congonhal e Camanducaia só produziram para a população própria.

Na microrregião São Lourenço, o único CAPS i da microrregião, situado em Carmo de Minas e, os CAPS I, II e III de Baependi, Cruzília, Itanhandu e Passa Quatro, produziram quase que exclusivamente para a população sede. Nessa microrregião, o município de São Lourenço produziu de forma diferente, sendo que o CAPS ad produziu em torno de 20% para a população não sede e os CAPS I, II e III produziram mais de 10% para a população não sede.

Na microrregião São Sebastião do Paraíso todos os CAPS existentes produziram, basicamente, para a população sede. As microrregiões de Três Corações e Três Pontas tiveram o mesmo comportamento de produzir, quase exclusivamente, para a população sede. Todas essas informações estão na Tabela 22.

Tabela 22 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Sul, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Alfenas/Machado							
Alfenas	-	-	-	-	100,0	-	24,7
Campos Gerais	-	-	-	-	100,0	-	8,9
Guaxupé							
Guaxupé	-	-	-	-	90,2	9,8	32,1
Nova Resende	-	-	-	-	100,0	-	10,3
Itajubá							
Itajubá	97,5	2,5	-	-	-	-	47,1
Lavras							
Lavras	99,5	0,5	-	-	95,0	5,0	56,0
Perdões	-	-	-	-	96,8	3,2	11,6
Passos/Piumhi							
Alpinópolis	-	-	-	-	100,0	-	6,8
Cássia	-	-	-	-	99,8	0,2	6,1
Passos	100,0	-	-	-	100,0	-	39,1
Piumhi	93,8	6,2	-	-	99,7	0,3	11,8
Poços de Caldas							
Andradas	-	-	-	-	99,6	0,4	17,4
Poços de Caldas	98,4	1,6	-	-	100,0	-	71,1
Pouso Alegre							
Camanducaia	-	-	-	-	100,0	-	4,0
Cambuí	-	-	-	-	87,2	12,8	5,4
Congonhal	-	-	-	-	100,0	-	2,2
Extrema	-	-	-	-	94,5	5,5	6,5
Pouso Alegre	79,1	20,9	-	-	86,0	14,0	27,2
Santa Rita do Sapucaí	-	-	-	-	85,6	14,4	7,8
São Lourenço							
Baependi	-	-	-	-	100,0	-	7,3
Carmo de Minas	-	-	100,0	-	-	-	5,6
Cruzília	-	-	-	-	100,0	-	5,9
Itanhandu	-	-	-	-	93,6	6,4	5,8
Passa Quatro	-	-	-	-	100,0	-	6,2
São Lourenço	80,0	20,0	-	-	87,2	12,8	17,3
São Sebastião do Paraíso							
Monte Santo de Minas	-	-	-	-	99,9	0,1	17,1
São Sebastião do Paraíso	94,0	6,0	96,7	3,3	97,2	2,8	56,1
Três Corações							
Campanha	-	-	-	-	92,7	7,3	12,5
Três Corações	100,0	-	-	-	97,8	2,2	59,5
Três Pontas							
Boa Esperança	-	-	-	-	99,6	0,4	32,0
Três Pontas	-	-	-	-	100,0	-	45,2
Varginha							
São Gonçalo do Sapucaí	-	-	-	-	100,0	-	12,7
Varginha	99,9	0,1	100,0	-	100,0	-	67,3

Fonte: Dados da pesquisa

4.12 Macrorregião Triângulo do Norte

As três microrregiões: Ituiutaba, Patrocínio/Monte Carmelo e Uberlândia compõem a macrorregião Triângulo do Norte, com 27 municípios no total e cada micro com nove municípios (MINAS GERAIS, 2014). A Tabela 23 aponta as taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Triângulo do Norte.

Tabela 23 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Triângulo do Norte, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Ituiutaba	0,00	0,44	0,00	0,00	0,00	0,00
Patrocínio/Monte Carmelo	0,46	0,44	0,00	0,00	0,00	0,77
Uberlândia/Araguari	0,10	0,39	0,09	0,08	0,17	0,87

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

Analisando a Tabela 23, observou-se que, para a taxa de cobertura de CAPS I, II e III, todas as microrregiões puderam ser classificadas como regular em 2018, sendo que houve uma leve diminuição na microrregião Patrocínio/Monte Carmelo, devido ao aumento da população. Também em 2018, com relação a CAPS i, ainda existia vazio assistencial em Ituiutaba e Patrocínio/Monte Carmelo. Em Uberlândia/Araguari verificou-se uma taxa de cobertura insuficiente. Para CAPS ad Patrocínio/Monte Carmelo e Uberlândia aumentaram as taxas de cobertura para muito boa em 2018 e, Ituiutaba, apresentou vazio assistencial para esse tipo de CAPS.

A Tabela 24 mostra a produção da macrorregião Triângulo do Norte. Na microrregião Ituiutaba os dois municípios que possuíam CAPS I, II e III produziram exclusivamente para a população sede, no caso de Santa Vitória ou, mais de 97% para a população sede, em Ituiutaba. A microrregião Patrocínio/Monte Carmelo comportou-se parecido com a de Ituiutaba, sendo que o município de Monte Carmelo só produziu para a população própria no CAPS I, II e III. O município de Patrocínio produziu em torno de 96% tanto no CAPS ad, como nos CAPS I, II e III para a população sede. Na microrregião Uberlândia/Araguari, percebeu-se que os serviços existentes produziram 100% para a população sede ou, menos de 5%, para a população não sede.

Tabela 24 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, Macrorregião Triângulo do Norte, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Ituiutaba							
Ituiutaba	-	-	-	-	97,0	3,0	53,5
Santa Vitória	-	-	-	-	100,0	-	10,1
Patrocínio/Monte Carmelo							
Monte Carmelo	-	-	-	-	100,0	-	24,5
Patrocínio	96,3	3,7	-	-	96,3	3,7	46,3
Uberlândia/Araguari							
Araguari	96,3	3,7	-	-	99,7	0,3	12,9
Monte Alegre de Minas	-	-	-	-	99,8	0,2	2,3
Prata	-	-	-	-	100,0	-	3,1
Tupaciguara	-	-	-	-	99,5	0,5	2,8
Uberlândia	100,0	-	100,0	-	100,0	0,0	75,4

Fonte: Dados da pesquisa

4.13 Macrorregião Triângulo do sul

A macrorregião Triângulo do Sul é composta por três microrregiões: Araxá, Frutal/Iturama e Uberaba, com um total de 27 municípios. As microrregiões Araxá e Uberaba possuem oito municípios cada e, a de Frutal/Iturama, é composta por 11 municípios (MINAS GERAIS, 2014). As taxas de cobertura por tipo de CAPS dessa macrorregião estão descritas na Tabela 25.

Tabela 25 - Taxas de cobertura por microrregião da macrorregião Triângulo do Sul, por tipo de CAPS, em 2011 e 2018

Microrregião	CAPS I, II e III		CAPS i		CAPS ad	
	2011	2018	2011	2018	2011	2018
Araxá	0,00	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00
Frutal/Iturama	0,43	0,47	0,00	0,00	0,00	0,00
Uberaba	0,41	0,41	0,19	0,17	0,19	0,36

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Parâmetros para classificação da cobertura: Muito boa (acima de 0,71), Boa (0,51 a 0,70), Regular (0,36 a 0,50), Baixa (0,21 a 0,35), Insuficiente (0,01 a 0,20) e Vazio Assistencial (0).

Comparando 2011 e 2018, apenas a microrregião de Uberaba apresentou taxa de cobertura em CAPS ad e CAPS i, sendo que, em 2018, ainda era

insuficiente para CAPS i e regular para CAPS ad. Araxá. Frutal/Iturama apresentaram vazios assistenciais nesses tipos de CAPS. Em 2018, para os CAPS I, II e III, as microrregiões de Araxá e Frutal/Iturama apresentaram aumento de taxa de cobertura e, Uberaba, se manteve, sendo que as taxas de todas as microrregiões são regulares.

A Tabela 26 apresenta a produção da macrorregião Triângulo do Sul. Para a microrregião Araxá, percebeu-se que os CAPS I, II e III do município de Araxá produziram em torno de 6% para a população não sede. Ibiá produziu, quase exclusivamente, para a população sede. Na microrregião Frutal/Iturama, a produção de Frutal foi em torno de 8% para a população não sede e, Iturama, mais de 99% dos procedimentos foram para a população própria. A microrregião Uberaba se comportou como as outras duas, sendo que todos os serviços existentes produziram 100% para população sede ou menos de 10% para população não sede.

Tabela 26 - Distribuição da produção dos procedimentos prestados nos diversos tipos de CAPS por microrregião de saúde, segundo município de residência do paciente, macrorregião Triângulo do Sul, 2018

Microrregião	CAPS ad		CAPS i		CAPS I, II e III		Proporção da população do município sede na Microrregião
	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	Sede	Não Sede	
Araxá							
Araxá	-	-	-	-	93,8	6,2	56,2
Ibiá	-	-	-	-	99,5	0,5	13,4
Frutal/Iturama							
Frutal	-	-	-	-	91,2	8,8	32,8
Iturama	-	-	-	-	99,4	0,6	21,6
Uberaba							
Conceição das Alagoas	-	-	-	-	97,3	2,7	6,6
Sacramento	-	-	-	-	98,4	1,6	6,3
Uberaba	99,7	0,3	100,0	-	98,9	1,1	79,6

Fonte: Dados da pesquisa

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de muitas microrregiões do estado apresentarem elevadas taxas de coberturas, quando analisada a produção, percebeu-se que muitos serviços, praticamente, só atendem a população do município sede do CAPS, sugerindo que

os vazios podem ser maiores que os apresentados com a análise das taxas de coberturas.

É importante avaliar caso a caso, pois existem microrregiões com vários CAPS e, por isso, pode ser que a maior parte dos atendimentos sejam mesmo para a população sede e, outras, podem apresentar apenas um CAPS e, mesmo assim, não atenderem a população da microrregião. Contudo, a realidade encontrada permite inferir que é necessário estabelecer mais claramente o papel dos serviços nas microrregiões de saúde e nas macrorregiões, além de deixar explícito quais municípios são referência para os demais da microrregião. É fundamental que os pactos com os municípios de atendimento estejam disponibilizados em sistema de informação para consulta tanto dos gestores sede dos CAPS como para os que são referenciados.

Ainda sobre a produção, vale destacar que mais da metade dos procedimentos foram desprezados da análise, pois não estavam completos no sistema, com dado “município de residência” sendo registrado como “indeterminado”. Esta informação é importante, pois retrata uma falha que precisa ser observada pelos gestores municipais de saúde. Surgem algumas reflexões que merecem atenção, tais como: saber se as informações sobre o município de residência são preenchidas pelos profissionais ou se eles sabem sobre a importância de todos os dados a serem inseridos no sistema; e se os profissionais que fazem o lançamento da produção são os mesmos que atendem o paciente e, se isso, interfere na forma como o dado é lançado. Além disso, é necessário verificar se os gestores têm ciência dos dados que estão sendo lançados. Pesquisas futuras poderão ser realizadas com objetivo de verificar essas questões.

REFERÊNCIAS

BORGES, T. S. et al. Indicadores do pacto pela saúde e a cobertura da assistência nos centros de atenção psicossocial: um estudo ecológico. **Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 44, p. 68-72, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/152/134>>. Acesso em: 08 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em:

<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>>. Acesso em: 18 nov. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental em dados 12**, v. 10, n. 12, p. 1-48, out. 2015b. (Informativo Eletrônico). Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume14.pdf>. Acesso em: 08 maio 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.979, de 18 de novembro de 2014**. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/16/4.%20f%20-%20Delibera%C3%A7%C3%A3o%20CIB_MG_1979_2014.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

NORONHA, K. V.M. S.et al. Avaliação de impacto do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP). **Revista do Serviço Público**, v. 65, p. 65-85, 2014.

APÊNDICE B: Produto Técnico II

**OFICINA SOBRE A COBERTURA DE CAPS
EM MINAS GERAIS**

Ethiara Vieira de Macedo
Mirela Castro Santos Camargos

**Belo Horizonte
2020**

INTRODUÇÃO

Este projeto é parte integrante da dissertação de Ethiara Vieira de Macedo, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A autora tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientada pela professora doutora Mirela Castro Santos Camargos.

A dissertação teve por objetivo geral avaliar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, em suas diversas modalidades, apontando possíveis vazios assistenciais. Por objetivos específicos: avaliar e comparar a taxa de cobertura dos CAPS (todas as modalidades) em 2011, antes da pactuação da Rede de Atenção Psicossocial, com a de 2018, tendo como base Portaria de Consolidação 3/2017; e analisar a distribuição da taxa de CAPS por microrregião e macrorregião e comparar a taxa de internação em hospitais gerais e especializados de 2008 a 2018, verificando se a taxa de internação está associada (positiva ou negativamente) com o crescimento da taxa de cobertura de CAPS em Minas Gerais.

OBJETIVOS

Este projeto tem como objetivo apresentar ao COSEMS/MG, instituição na esta pesquisadora trabalha, a proposta de realizar uma oficina com os 22 apoiadores regionais, que atuam nas macros e microrregiões do estado. A oficina tem como propósito apresentar os principais resultados encontrados na pesquisa, para que possa ser objeto de estudo e reflexão nos territórios junto aos gestores municipais de saúde.

A intenção de apresentar a análise dos resultados para o COSEMS/MG se fundamenta na possível utilização dos dados obtidos com a pesquisa para o fortalecimento e potencialização da Rede de Atenção Psicossocial no estado de Minas Gerais. Os dados podem ser úteis para provocar novas discussões a respeito das pactuações vigentes e suscitar novas discussões entre os municípios, nas micro e macrorregiões.

METODOLOGIA

Para realização da oficina será necessário local com capacidade para 30

pessoas, com mesas e cadeiras móveis. Os materiais necessários serão: mapas macrorregionais, cópia dos dados por macrorregião, computadores (serão usados os dos apoiadores), Datashow.

Será realizada exposição dialogada com alinhamento dos principais conceitos e trabalho em grupo para análise dos dados e construção de mapas com a rede ideal.

SUGESTÃO DE PROGRAMAÇÃO

9:00 – Abertura com apresentação da programação e objetivos da oficina

10:00 - Resgate histórico e alinhamento de principais conceitos

12:00 - Almoço

13:30 - Divisão dos apoiadores em grupos por macrorregião para análise dos dados descritos na dissertação

15:30 - Construção de mapa macrorregional com desenho da rede ideal de CAPS, priorizando as microrregiões com vazios assistenciais

17:00 - Apresentação e compartilhamento dos mapas

17:30 - Avaliação da Oficina

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que a oficina seja um momento de reflexão para os apoiadores regionais do COSEMS/MG e que produza materiais para discussão nas micro e macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais.

APÊNDICE C: Produto Técnico III

**SAÚDE MENTAL EM FOCO:
Vídeos com informações sobre a cobertura de
CAPS nas Macrorregiões de Saúde em Minas Gerais**

Ethiara Vieira de Macedo
Mirela Castro Santos Camargos
João Teixeira da Costa Júnior

**Belo Horizonte
2020**

INTRODUÇÃO

Este projeto é parte integrante da dissertação de mestrado do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Esta pesquisadora tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientada pela professora doutora Mirela Castro Santos Camargos.

A dissertação teve como objetivo geral, avaliar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, em suas diversas modalidades, apontando possíveis vazios assistenciais. Por objetivos específicos: avaliar e comparar a taxa de cobertura dos CAPS (todas as modalidades) em 2011, antes da pactuação da Rede de Atenção Psicossocial, com a de 2018, tendo como base a Portaria de Consolidação 3/2017; analisar a distribuição da taxa de CAPS por microrregião e macrorregião e comparar a taxa de internação em hospitais gerais e especializados de 2008 a 2018, verificando se ela está associada (positiva ou negativamente) com o crescimento da taxa de cobertura de CAPS em Minas Gerais.

Este projeto visa descrever a realização dos vídeos que foram produzidos por esta pesquisadora, com a finalidade de que o conhecimento adquirido com a pesquisa possa ser divulgado e utilizado por gestores de saúde, técnicos e estudiosos.

OBJETIVOS

O objetivo deste projeto é descrever a produção de 13 vídeos que foram produzidos por esta pesquisadora, no intuito de apresentar, divulgar e disponibilizar os dados da pesquisa para gestores de saúde, técnicos e outras pessoas que tenham interesse sobre o assunto. Os vídeos poderão ser utilizados como material de apoio e para dar continuidade aos avanços da Política de Saúde Mental tanto no estado de Minas Gerais como em nível nacional.

METODOLOGIA

Foram produzidos um total de 13 vídeos de curta duração (cerca de 5

minutos cada), sendo um por macrorregião de saúde, apresentando os principais resultados encontrados.

Os vídeos foram disponibilizados por meio do *YouTube*, após aprovação da banca.

A escolha em produzir os vídeos se deu pelo fato de formato ser de fácil assimilação, possibilitando o compartilhamento pelos usuários em redes sociais e pelo conteúdo ser disponibilizado em uma plataforma interativa, atingir um número maior de pessoas interessadas e gerar maior engajamento.

LINK PARA ACESSO AO CANAL: SAÚDE MENTAL EM FOCO

Foi criado um canal no *YouTube*, cujo nome é Saúde Mental em Foco. Para acessar. Os interessados devem entrar no link:

<https://www.youtube.com/channel/UC0SPPc6xLQs82q2qcHTPkCw/>



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a divulgação dos resultados da pesquisa que teve por objetivo, avaliar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, em suas diversas modalidades, apontando possíveis vazios assistenciais, por meio dos vídeos, possa ser mais uma ferramenta de apoio à gestão, que terá mais dados para discutir e pactuar este dispositivo, que é estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

APÊNDICE D - Número de CAPS por tipo, habilitados em 2011 e 2018, por microrregião

Tabela 1 - Número de CAPS por tipo, habilitados em 2011 e 2018, por microrregião

MICRORREGIÃO	2011				2018			
	CAPS I, II e III	CAPS i	CAPS ad	Total de CAPS	CAPS I, II e III	CAPS i	CAPS ad	Total de CAPS
Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté	12	3	3	18	13	4	7	24
Betim	7	1	0	8	7	1	1	9
Contagem	2	1	2	5	4	2	2	8
Curvelo	1	0	0	1	3	0	0	3
Guanhães	0	0	0	0	2	0	0	2
Itabira	1	1	0	2	4	1	1	6
João Monlevade	2	0	0	2	2	0	0	2
Ouro Preto	2	0	1	3	3	3	1	7
Sete Lagoas	1	1	0	2	2	1	1	4
Vespasiano	4	0	2	6	4	2	2	8
Barbacena	1	0	0	1	1	0	1	2
Conselheiro Lafaiete/Congonhas	5	0	1	6	4	1	2	7
São João Del Rei	2	0	0	2	3	0	1	4
Diamantina	1	0	0	1	2	0	1	3
Minas Novas/Turmalina/Capelinha	1	0	0	1	3	0	1	4
Caratinga	2	0	0	2	2	1	1	4
Coronel Fabriciano/Timóteo	1	0	0	1	2	0	0	2
Governador Valadares	1	0	1	2	1	1	1	3
Ipatinga	2	0	0	2	4	0	0	4
Mantena	1	0	0	1	2	0	1	3
Resplendor	1	0	0	1	3	0	0	3
Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista	0	0	0	0	3	0	0	3
Manhuaçu	7	0	0	7	8	2	1	11
Ponte Nova	1	0	0	1	1	0	0	1
Viçosa	1	0	0	1	3	0	0	3
Águas Formosas	1	0	0	1	2	0	1	3
Almenara	2	0	0	2	6	1	0	7
Araçuaí	1	0	0	1	2	0	1	3
Itaobim	2	0	0	2	2	1	1	4
Padre Paraíso	0	0	0	0	2	0	0	2
Pedra Azul	1	0	0	1	3	0	1	4
Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri	1	0	0	1	5	1	1	7
João Pinheiro	1	0	0	1	1	0	0	1
Patos de Minas	2	0	0	2	5	0	2	7

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 1 - Número de CAPS por tipo, habilitados em 2011 e 2018, por microrregião

MICRORREGIÃO	2011				2018			
	CAPS I, II e III	CAPS i	CAPS ad	Total de CAPS	CAPS I, II e III	CAPS i	CAPS ad	Total de CAPS
Unaí	3	0	0	3	3	0	0	3
Brasília de Minas/ São Francisco	4	0	0	4	5	0	1	6
Coração de Jesus	0	0	0	0	1	0	0	1
Francisco Sá	2	0	0	2	3	0	0	3
Janaúba/Monte Azul	1	1	0	2	4	1	1	6
Januária	1	0	0	1	2	0	0	2
Manga	0	0	0	0	1	0	0	1
Montes Claros/Bocaiúva	2	0	2	4	2	0	2	4
Pirapora	3	1	1	5	3	1	1	5
Salinas/Taiobeiras	2	0	0	2	2	1	0	3
Bom Despacho	1	0	0	1	2	0	0	2
Divinópolis/Santo Antônio do Monte	4	0	0	4	6	0	1	7
Formiga	2	0	0	2	3	0	0	3
Itaúna	1	0	1	2	2	0	1	3
Pará de Minas	2	0	0	2	3	0	2	5
Santo Antônio do Amparo/Campo Belo	4	0	1	5	4	2	1	7
Além Paraíba	1	0	0	1	1	0	0	1
Carangola	4	0	1	5	4	1	1	6
Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas	3	1	1	5	6	1	1	8
Leopoldina/ Cataguases	1	0	0	1	4	0	1	5
Muriae	1	0	0	1	3	0	1	4
Santos Dumont	1	0	0	1	1	0	0	1
São João	1	0	0	1	2	0	0	2
Nepomuceno/Bicas	1	0	0	1	5	1	1	7
Ubá	1	0	0	1	2	0	0	2
Alfenas/Machado	1	0	0	1	2	0	0	2
Guaxupé	1	0	0	1	2	0	0	2
Itajubá	0	0	0	0	0	0	1	1
Lavras	2	0	0	2	2	0	1	3
Passos/Piumhi	4	0	0	4	4	0	2	6
Poços de Caldas	1	0	0	1	2	0	1	3
Pouso Alegre	3	0	0	3	6	0	1	7
São Lourenço	1	0	1	2	6	1	1	8
São Sebastião do Paraíso	2	0	0	2	2	1	1	4
Três Corações	1	0	0	1	2	0	1	3
Três Pontas	2	0	0	2	2	0	0	2
Varginha	1	0	0	1	3	1	1	5

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 1 - Número de CAPS por tipo, habilitados em 2011 e 2018, por microrregião

MICRORREGIÃO	2011				2018			
	CAPS I, II e III	CAPS i	CAPS ad	Total de CAPS	CAPS I, II e III	CAPS i	CAPS ad	Total de CAPS
Ituiutaba	0	0	0	0	2	0	0	2
Patrocínio/Monte Carmelo	2	0	0	2	2	0	1	3
Uberlândia/Araguari	2	1	2	5	7	1	2	10
Araxá	0	0	0	0	2	0	0	2
Frutal/Iturama	1	0	0	1	2	0	0	2
Uberaba	3	1	1	5	4	1	1	6

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

APÊNDICE E – População por microrregião

Tabela 2 - População por microrregião em 2011 e 2018

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO 2011	POPULAÇÃO 2018
Águas Formosas	58125	59577
Além Paraíba	55873	57258
Alfenas/Machado	306778	322017
Almenara	175530	182042
Araçuaí	88425	89680
Araxá	169614	187136
Barbacena	226238	237652
Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté	3203826	3392868
Betim	633564	718033
Bom Despacho	101391	106982
Brasília de Minas/São Francisco	235630	247070
Carangola	124200	128433
Caratinga	193039	202519
Conselheiro Lafaiete/Congonhas	290325	309780
Contagem	796128	870154
Coração de Jesus	46980	47598
Coronel Fabriciano/Timóteo	218890	230586
Curvelo	175587	184886
Diamantina	166745	170773
Divinópolis/Santo Antônio do Monte	433997	475387
Formiga	126977	131350
Francisco Sá	71229	74267
Frutal/Iturama	162120	179694
Governador Valadares	411591	429224
Guanhães	113632	115303
Guaxupé	155105	161041
Ipatinga	377385	406239
Itabira	220021	235548
Itajubá	196702	204591
Itaobim	80642	80974
Itaúna	115015	123297
Ituiutaba	185174	194570
Janaúba/Monte Azul	266728	277581
Januária	110734	115906
João Monlevade	133156	138981
João Pinheiro	68707	74336
Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas	642367	688118
Lavras	171015	183347
Leopoldina/Cataguases	174577	182689
Manga	57503	57099
Manhuaçu	325181	344129

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2 - População por microrregião em 2011 e 2018

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO 2011	POPULAÇÃO 2018
Mantena	68250	69963
Minas Novas/Turmalina/Capelinha	119045	124826
Montes Claros/Bocaiúva	459394	503206
Muriae	164840	173744
Nanuque	69126	68531
Ouro Preto	171414	185417
Padre Paraíso	59943	62685
Pará de Minas	212239	248119
Passos/Piumhi	275219	291393
Patos de Minas	334493	354781
Patrocínio/Monte Carmelo	184189	194398
Pedra Azul	51604	53880
Pirapora	139040	146345
Poços de Caldas	217424	233732
Ponte Nova	211925	211941
Pouso Alegre	500872	546879
Resplendor	88012	89305
Salinas/Taiobeiras	198749	207341
Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista	101756	101197
Santo Antônio do Amparo/Campo Belo	195134	204403
Santos Dumont	50424	50757
São João Del Rei	228233	239667
São João Nepomuceno/Bicas	69514	72807
São Lourenço	251421	262449
São Sebastião do Paraíso	120412	125578
Sete Lagoas	413886	445727
Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri	316916	325140
Três Corações	124669	132728
Três Pontas	120741	125199
Ubá	293889	314647
Uberaba	374369	414959
Uberlândia/Araguari	820697	905848
Unai	254197	272488
Varginha	185307	199814
Vespasiano	284059	324313
Viçosa	130853	137740

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa