

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

Leonardo Isolani e Andrade¹, Carlos Alberto Pegolo da Gama², Vívian Andrade Araújo Coelho³

1. Estudante da Medicina na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)

2. Professor da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) / Orientador

3. Professora da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) / Coorientadora

Resumo

Mesmo após 20 anos da implantação da reforma psiquiátrica no Brasil e 10 anos da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nota-se que não são todas as regiões que contam com a presença de todos os serviços da rede. Este trabalho teve como objetivo avaliar a oferta de atenção psicossocial em Minas Gerais com de indicadores e mapas de seus principais serviços.

Foram coletados os números de ESF, NASF, CAPS e Leitos Psicossociais de Hospital Geral em bases de dados secundárias de todos os municípios de Minas Gerais, agrupando-os regiões de saúde e depois calculados os índices propostos de acordo com a população de cobertura de cada serviço.

Percebe-se que a implantação da RAPS em algumas regiões do estado ainda está em processo, enquanto que outras estão mais avançadas. Fica evidente, com os índices, que ainda é necessária uma melhoria das regiões de saúde para que as discrepâncias regionais possam se reduzir ao máximo e a população contar com serviços de diferentes complexidades.

Palavras-chave: Saúde Mental; Oferta; Reforma Psiquiátrica.

Apoio financeiro: CNPq.

Trabalho selecionado para a JNIC: UFSJ.

Introdução

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

Esse movimento, ainda em curso, constitui um processo político e social complexo iniciado na década de 1970, época em que a institucionalização era o modelo básico de tratamento em saúde mental. Não se trataria de aperfeiçoar as instituições tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas sim de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de assistência. Dessa forma, o intuito da reforma é substituir uma psiquiatria centrada no hospital por outra sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial³.

A oferta de uma política de Saúde Mental para a população brasileira é uma tarefa complexa, tendo em vista o tamanho do país, as diversidades regionais e a complexidade inerente à área. Por estas e outras dificuldades, identifica-se um esforço do Ministério da Saúde, a partir dos anos 2000, para redução da fragmentação do SUS através da melhor organização do sistema em uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção^{4, 5}. Fazem parte desta construção a Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁶, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁷ e, mais recentemente, as Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁸.

No que concerne à saúde mental, a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, prevê a ampliação dos serviços comunitários e sua integração com os outros componentes da RAS para a oferta de atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico decorrentes ou não do uso de álcool ou outras drogas. Este processo depende, entretanto, de contextos de cooperação política e de uma ampliação da visão dos gestores para a compreensão dos problemas regionais.^{9,10}.

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

Metodologia

Este foi um estudo transversal no qual foram coletados dados sobre os serviços da RAPS de Minas Gerais disponibilizados tanto pelo Ministério da Saúde em bases de dados secundárias tais como o Datasus, quanto pela Secretaria Estadual de Saúde através de planilhas. As informações coletadas foram os quantitativos de Equipes de Saúde da Família (eSF), de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Leitos de Hospital Geral (LHG). Esses dados foram obtidos de todos os municípios de Minas Gerais, sendo que depois eles foram agrupados de acordo com as 77 regiões de saúde (microrregiões) e

13 macrorregiões do estado.

Para facilitar a visualização da implantação dos serviços da rede no estado, foram calculados os índices de cada serviço coletado e posteriormente foi criado um índice geral (iRAPS) que é a média dos quatro outros índices. O índice ESF (iESF) foi calculado considerando a estimativa da cobertura populacional de cada município. O índice NASF (iNASF) foi calculado de acordo com o quantitativo de serviços nas diferentes categorias (I, II e III), com o máximo de cobertura em cada uma delas (9 eSF, 4 eSF, 2 eSF), considerando que cada equipe atende até 3450 habitantes. O índice CAPS (iCAPS) foi calculado em semelhança com o indicador CAPS/100.000 habitantes, já utilizado pelo Ministério da Saúde, considerando o número de habitantes estabelecido para cada serviço. O índice LHG (iLHG) foi calculado tendo em vista que é estipulado 23 mil habitantes para cada leito.

Para melhor visualizar os resultados da pesquisa, foram confeccionados mapas das macro e microrregiões do estado, através do software QGis, graduados de acordo com os índices previamente calculados.

Resultados e Discussão

A Atenção Primária à Saúde no estado encontra-se com uma boa abrangência, uma vez que a cobertura de ESF é próxima a 80% e todas as macrorregiões contam com os serviços de ESF e NASF, mostrando uma boa abrangência e capilaridade. Porém, mesmo com o iNASF do estado ser 1,09, ou seja, satisfatório, 17,1% dos municípios não possuíam tal serviço. As regiões mais ao norte possuem uma melhor oferta dos serviços, enquanto que no Triângulo do estado os índices são bem menores, o que reforça as diversidades regionais no estado.

Em relação ao iCAPS, todo o estado apresenta uma cobertura satisfatória de CAPS/100.000 habitantes, todas as regiões estão acima de 1,00. É importante ressaltar que dos 176 CAPS I implantados, 91% encontram-se em municípios de pequeno porte, evidenciando uma expansão e capilarização da RAPS. Porém, a região Nordeste, com maior oferta (2,13), apresenta uma cobertura bem superior que a Triângulo do Norte, com a menor oferta (1,04). Além disso, nota-se a baixa oferta de CAPS III, tendo em vista que 7 macrorregiões não contam com este serviço. Tal ocorrência também é vista nas categorias AD (álcool e drogas) e i (infantojuvenil).

A oferta dos leitos psicossociais em hospitais gerais é insuficiente em todo o estado, a implantação é de apenas 42%. Apenas a região Jequitinhonha possui o iLHG acima de 1,00. A macrorregião Noroeste não há nenhum leito implantado, desassistindo 701.605 habitantes. Enquanto isso, a macro Oeste conta com apenas 1 leito para mais de 1,2 milhão de habitantes.

Com o índice geral, foi possível avaliar a situação da implantação dos serviços de assistência à saúde mental no estado, sendo que o iRAPS do estado foi 0,91. As macrorregiões com os melhores índices foram Nordeste 1,35, Leste do Sul 1,19 e Jequitinhonha 1,19 e as com os piores foram Triângulo do Sul 0,68 Noroeste 0,69 e Centro 0,76. É importante ressaltar que mesmo com uma macrorregião com o melhor índice do estado, como a Nordeste, há microrregiões dela com baixa assistência, tal como a Nanuque 0,60, evidenciando os vazios assistenciais no estado.

Conclusões

A partir do cenário apresentado, é possível notar que o estado se encontra em diferentes níveis no processo de implantação da RAPS. Todas as macrorregiões contam com a presença de CAPS, porém não são todas as microrregiões que contam com estes serviços. Poucas regiões contam com uma oferta adequada de leitos psicossociais, o que faz o índice geral do estado ser insuficiente para cobrir toda a população. Percebe-se também, ao fazer o índice RAPS, que há regiões com um bom índice e outras com uma assistência quase pela metade do que seria adequado.

O estudo possibilitou visualizar a extensa implantação dos serviços, com maior seguimento do plano de interiorização da RAPS nos municípios de MG. Nota-se também que a cobertura geral de ESF na maioria dos municípios é >70% e que mais de 80% dos municípios contavam com a presença de NASF. Os desafios encontrados foram a insuficiência de CAPS AD e AD III (1/3 das regiões com critérios para implantação não possuem tal assistência), CAPS III (7 macrorregiões não contam com tal categoria), de CAPS i (52% das microrregiões não são cobertas pelo serviço) e a baixa implantação de LHG no estado, apenas 42%.

É importante ressaltar que mesmo onde um índice está acima de 1, ou seja, considerado adequado, não significa que toda a população tem acesso ao serviço. Pode ter um excesso de oferta em uma determinada localização enquanto que em outros municípios da região há um vazio assistencial, principalmente pela falta de pactuações intermunicipais. Enquanto que as regiões muito densas, como é o caso de Belo Horizonte, apesar de terem uma RAPS robusta, conta com um iRAPS baixo pelo grande contingente populacional.

Dessa forma, nota-se que a implantação da rede em Minas Gerais, mesmo tendo locais bem avançados, ainda está em processo, fazendo-se necessário um aprimoramento igualitário das diferentes regiões e diminuir as discrepâncias da oferta de serviços no estado. Este estudo também permitiu a construção de índices para futuras avaliações da implantação dos serviços da RAPS no estado.

Referências bibliográficas

1. Alves CFO, Ribas VR, Alves EVR, Viana MT, Ribas RMG, Júnior LPM, Martins HAL, Lima MDC, Sougey EB, Castro RM. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia* 2009; 72(1):85-96.

2. Tenório F. Psychiatryreform in Brazilfromthe 1980's topresentdays: its historyandconcepts. Hist. cienc. saude-Manguinhos 2002; 9(1):25-59.
3. Goulart MSB. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. Pesquisas e práticas psicossociais 2006; 1(1):01-19.
4. Mello GA. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciênc Saúde Coletiva 2017; 22(4):1291-1310.
5. Conill EM, Fausto MCR. Integração dos profissionais em redes regionalizadas de serviços: Sobre conceitos, estratégias e alguns impasses. Tempus Actas de Saúde Coletiva 2012; 6(2):179-194.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 21 out.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008.Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.Diário Oficial da União 2008; 24jan.
- 8.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 30 dez.
9. Moreira, LMC; Ferré, F; Andrade, EIG. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. Cien. & Saúde Coletiva, 22(4):1245-1256, 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; 23 dez.