

AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ANÁLISE DA COBERTURA DOS CAPS EM MINAS GERAIS

EVALUATION OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK: ANALYSIS OF THE COVERAGE OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS IN MINAS GERAIS (BRAZIL)

EVALUACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL: ANÁLISIS DE LA COBERTURA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL EN MINAS GERAIS (BRASIL)

Ethiara Vieira de Macedo

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais
ethiaravm@yahoo.com.br

Mírela Castro Santos Camargos

Universidade Federal de Minas Gerais
mirelacsc@gmail.com



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License

RESUMO

Criados para serem substitutivos aos hospitais, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) destacam-se por serem dispositivos estratégicos na estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo deste estudo foi avaliar a cobertura dos CAPS, em suas diversas modalidades, comparando 2018 com 2011, ano que marca o início da implantação da RAPS, utilizando o estado de Minas Gerais como cenário. Como fonte de dados foi utilizado o DATASUS (Departamento de Informática do SUS), do Ministério da Saúde. Além da taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, analisou-se as informações obtidas por modalidade de CAPS (I, II, III, ad, ad III e i), o que permitiu avaliar possíveis especificidades e vazios assistenciais. Os resultados da pesquisa apontam que, em 2018, a taxa de cobertura geral de CAPS no em Minas Gerais foi classificada como muito boa e apenas uma microrregião apresentou vazio assistencial. Quando avaliada por modalidade de CAPS a situação foi diferente, com outras microrregiões apresentando vazios. Espera-se que os elementos identificados neste estudo sejam úteis para os gestores do estado, subsidiando as próximas discussões sobre a RAPS e o aumento dos CAPS.

PALAVRAS-CHAVE: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços de Saúde Mental; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers (CAPS in Portuguese) stand out for being strategic devices in the structuring of the Psychosocial Care Network (RAPS in Portuguese), being responsible for directing the local Mental Health policy. The objective of this study was to evaluate the coverage of CAPS, in its various modalities, comparing 2018 with 2011, the year that marks the beginning of the implementation of RAPS, using Minas Gerais (Brazil) as a scenario. As data source was used DATASUS (Department of Informatics of SUS), from the Ministry of Health. In addition to the CAPS coverage rate per 100 thousand inhabitants, the information obtained by CAPS modality was analyzed, which allowed to evaluate possible specificities and assistance gaps. The survey results show that, in 2018, the general coverage rate of CAPS in the state of Minas Gerais was very good, with only one microregion presenting an assistance void. When the analysis by CAPS modality is performed, the situation is different, with other microregions presenting voids. The elements identified in this study are expected to be useful for state managers, supporting the forthcoming discussions on RAPS and the increase in CAPS.

KEYWORDS: Psychosocial Care Centers (CAPS). Health Mental Services. Health Services Evaluation.

RESUMEN

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) se destacan por ser dispositivos estratégicos en la estructuración de la Red de Atención Psicosocial (RAPS), siendo los responsables de dirigir la política local de Salud Mental. El objetivo de este estudio fue evaluar la cobertura del CAPS, en sus diversas modalidades, comparando 2018 con 2011, año de inicio de la implementación del RAPS, tomando como escenario Minas Gerais (Brasil). Como fuente de datos se utilizó DATASUS (Departamento de Informática del SUS), del Ministerio de Salud. Además de la tasa de cobertura de CAPS por cada 100 mil habitantes, se analizó la información obtenida por la modalidad CAPS, lo que permitió evaluar posibles especificidades y brechas asistenciales. Los resultados de la encuesta muestran que, en 2018, la tasa de cobertura general de CAPS fue muy buena, con solo una microrregión presentando un vacío de asistencia. Cuando se realiza el análisis por modalidad CAPS, la situación es diferente, con otras microrregiones presentando vacíos. Se espera que los elementos identificados en este estudio sean útiles para los administradores estatales, apoyando las próximas discusiones sobre RAPS y el aumento de CAPS.

PALABRAS-CLAVE: Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Servicios de salud mental. Evaluación de servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é considerada um marco da política de Saúde Mental e foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) 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; FERNANDES et al, 2020). A regionalização e descentralização da RAPS no território proporcionou vários avanços com objetivo de estabelecer uma rede integrada, destacando uma maior diversidade e número de serviços nas diversas regiões do país (MACEDO et al, 2017).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) destacam-se por serem dispositivos estratégicos na estruturação da RAPS, sendo responsáveis por direcionar a política local de Saúde Mental, além de assessorar as unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família (MELO, MACHADO, GUIMARÃES, 2012; BRASIL, 2017). Criados, antes mesmo do surgimento das RAPS, para ser um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, esses centros surgiram a partir de um contexto em que o movimento dos profissionais da Saúde Mental, familiares e usuários buscavam cuidado humanitário, melhoria no modelo de assistência no país e denunciavam a situação precária desses hospitais que, até então, eram o único recurso destinado aos portadores de sofrimento mental (BRASIL, 2004; FERREIRA et al., 2016).

Os CAPS 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. Devem garantir atendimento integral, superando a lógica do isolamento, trazendo familiares e comunidade para o cuidado aos usuários. Assim, criando um novo lugar social aos usuários por meio da reabilitação psicossocial, os CAPS devem substituir o modelo asilar (BRASIL, 2017; GUEDES et al., 2014; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Cabe destacar que os CAPS também possuem um 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. Essa 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).

Ao longo dos anos, a estrutura dos centros evoluiu e eles passaram a ser organizados em diferentes modalidades: os CAPS I, II e III atendem pessoas com transtornos mentais de modo geral, os CAPS I são voltados especificamente para a população infantojuvenil e os CAPS AD, AD III e AD IV são direcionados para casos decorrentes de uso de álcool e drogas (BRASIL, 2017).

Independente da modalidade, todos os CAPS 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 (BRASIL, 2017). 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 (ASSIS et al., 2014).

Por serem serviços prioritários e que assumem uma função importante como elemento estratégico na estruturação da RAPS, a distribuição dos CAPS, cobrindo as diversas regiões, é importante para garantir a oferta adequada de serviços à população (MELO; MACHADO; GUIMARÃES, 2012). Tendo como ponto de partida o papel dos CAPS na rede, acredita-se que estudar a cobertura, entendida como a possibilidade de obter a prestação do serviço (NORONHA, 2013), é uma importante estratégia na avaliação de serviços de Saúde Mental. Afinal, a análise da cobertura dos CAPS pode permitir a identificação de possíveis vazios assistenciais ou de áreas com número insuficiente de centros.

Diante do exposto, este artigo teve como objetivo avaliar a cobertura dos CAPS, em suas diversas modalidades, comparando 2018 com 2011, ano que marca o início da implantação da RAPS, utilizando o estado de Minas Gerais como cenário.

REFERENCIAL TEÓRICO

A organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) encontra-se indissociada da Constituição Federal de 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, dispendo 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.

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, 2011). 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.

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; Rede de Cuidados à pessoa com deficiência; e a Rede de Atenção Psicossocial. Esta última, foco deste artigo.

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).

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).

A RAPS é composta por: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégia de Reabilitação Psicossocial. Neste trabalho, discuti-se sobre a Atenção Psicossocial Especializada que é onde situa os CAPS, em suas diversas modalidades.

Em março de 1986, foi inaugurado o primeiro 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).

Os CAPS realizam atendimentos diários, 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).

Melo, Machado e Guimarães (2012) ao tratarem sobre a avaliação dos serviços de saúde mental, colocam que essa vem ganhando espaço e relevância no Brasil, e atribuem como um dos fatores para isso as modificações que vem ocorrendo desde a reforma psiquiátrica. Os autores destacam o papel dos CAPS, nesse contexto, porém apontam que esse 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 levantamento bibliográfico de 2015 a 2020, 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 e RUAS, 2018; VANZELA e PEGORARO, 2018; DE BESSA et al., 2019; TRAPÉ e ONOCKO-CAMPOS, 2017; ALVES, et al., 2017; ALVES, et al., 2018; GONÇALVES e CAMPOS, 2017). Outro enfoque muito encontrado é a percepção dos profissionais a respeito do trabalho, com avaliação da assistência prestada aos usuários e familiares (SANTOS et al., 2018; RIBEIRO, et al., 2018; SILVA e LIMA, 2017c; ONOCKO-CAMPOS et al., 2017; AZEVEDO et al., 2015; LOUZA, 2018; MOURA, RONCALLI e NORO, 2016, SANTOS et al., 2017; SILVA e SCHLINDWEIN, 2017; AZEVEDO, SALVETTI e TORRES, 2017; ABREU et al., 2018).

Alguns trabalhos avaliaram a estrutura dos CAPS, incluindo a estrutura física e de pessoal (SILVA e LIMA, 2017a; ABREU et al., 2018; BERNARDI e KANAN, 2015). Outros aspectos também abordados, relacionados à avaliação de Saúde Mental foram: assistência farmacêutica, financiamento, educação física e atenção básica (TRAPÉ e ONOCKO-CAMPOS, 2017; SILVA e LIMA, 2017b; SILVA e LIMA, 2017c; GONÇALVES e CAMPOS, 2017; FURTADO et al. 2016; BERNARDI e KANAN, 2015). Quatro dos artigos encontrados fizeram análise de documentos ou revisão de literatura (COSTA, COLUGNATI e RONZANI, 2015; TRAPÉ e ONOCKO-CAMPOS, 2017; SILVA e LIMA, 2017c; TRAPÉ, ONOCKO-CAMPOS).

Sobre avaliações realizadas especificamente no estado de Minas Gerais, foram encontrados trabalhos com temáticas variadas, 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 e RUAS, 2018; SILVA e LIMA, 2017a; SILVA e LIMA, 2017b; SILVA e LIMA, 2017c; LOUZA, 2018; ABREU et al., 2018).

Em relação à avaliação dos CAPS com base em indicadores, para o Brasil, foram encontrados trabalhos com ênfase no serviço (ONOCKO-CAMPOS et al. 2017; MORAES, 2017), na associação das internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e a atenção básica em regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro (MILIAUSKAS et al., 2019) e na oferta de serviços de assistência à saúde mental no Brasil, no período de 2008 a 2017 (FERNANDES et. Al., 2020).

METODOLOGIA

O presente estudo conta com dados populacionais já coletados, de livre acesso, disponíveis no DATASUS. O levantamento dos CAPS existentes nos anos de 2011 e 2018 foi obtido por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a população por estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para fins de análise, foi considerado o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente em 2019, constante na Deliberação n. 1.979 (MINAS GERAIS, 2014), que divide Minas Gerais em 13 macrorregiões e 77 microrregiões de saúde. As taxas de cobertura foram estimadas por microrregiões de saúde, para os anos analisados.

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, 2010), conforme fórmula descrita a seguir:

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

A informação sobre o parâmetro para implantação e habilitação é a utilizada na fórmula descrita, 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. O Quadro I 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).

Quadro I - 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 especificidades e vazios assistenciais. Do mesmo modo da taxa de cobertura geral, todas as estimativas foram realizadas para os anos de 2011 e 2018, possibilitando comparações.

Para o cálculo das taxas de cobertura 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):

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

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, 2010; BRASIL, 2017).

Utilizando os parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o indicador taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes classificado em: muito bom (acima de 0,71), bom (0,51 a 0,70), regular (0,36 a 0,50), baixo (0,21 a 0,35), insuficiente (0,01 a 0,20) e vazio assistencial (0). Por vazios assistenciais Macedo et al. (2017) entendem como regiões do país que não possuem ponto de 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 de saúde que não possuem CAPS, conforme os critérios descritos na Portaria de Consolidação 3 (BRASIL, 2017).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

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

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.

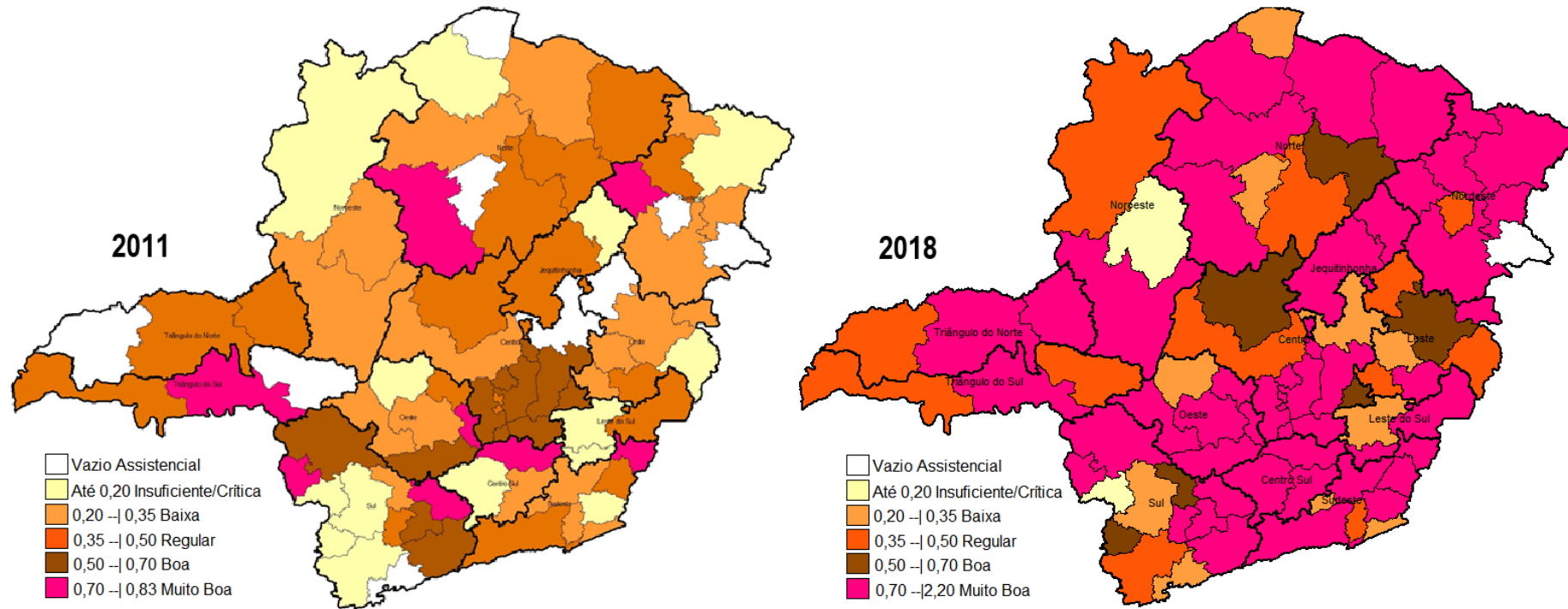
No período de 2011 a 2018, foram habilitados 159 CAPS, o que contribuiu para ampliar a cobertura. O Quadro 2 detalha a quantidade de CAPS por modalidade, em 2011 e 2018.

Quadro 2 - Número de CAPS habilitados no estado de Minas Gerais, por modalidade, em 2011 e 2018.

Tipo de CAPS	2011	2018
CAPS I	87	161
CAPS II	46	58
CAPS III	9	19
CAPS i	12	35
CAPS ad	21	61
Total	175	334

Fonte: Dados da pesquisa

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



Fonte: Dados da pesquisa

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. Além disso, desde a sua criação, os CAPS proporcionam um novo modelo para o cuidado de pessoas com transtornos mentais que vai ao encontro de uma das principais propostas da Reforma Psiquiátrica, que é o atendimento humanizado aos usuários (FERREIRA et al, 2016; BRASIL, 2016; FERNANDES et al, 2020). Estudos anteriores (Brasil, 2016; FERNANDES et al, 2020) revelam a expansão de CAPS em todo país, crescimento também verificado neste estudo para o estado de Minas Gerais. Indicam, ainda, maior ampliação de CAPS I, que atendem a municípios e as regiões com população acima de 15 mil habitantes (BRASIL, 2016; FERNANDES et al, 2020). 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 2.

Em estudo com análise de uma série histórica, observou-se que 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 (MACEDO et al., 2017). Este indício de interiorização de CAPS também pode ser observado em Minas Gerais, no presente estudo. 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).

Mesmo com os avanços na cobertura indicados na Figura 1, 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 2, 3 e 4 permitem visualizar as diferenças de taxas encontradas entre 2011 e 2018, por modalidade de CAPS. Na Figura 2, observa-se a taxa de cobertura de CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas).

A Figura 2 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, 21% regular e 10% como boa/muito boa.

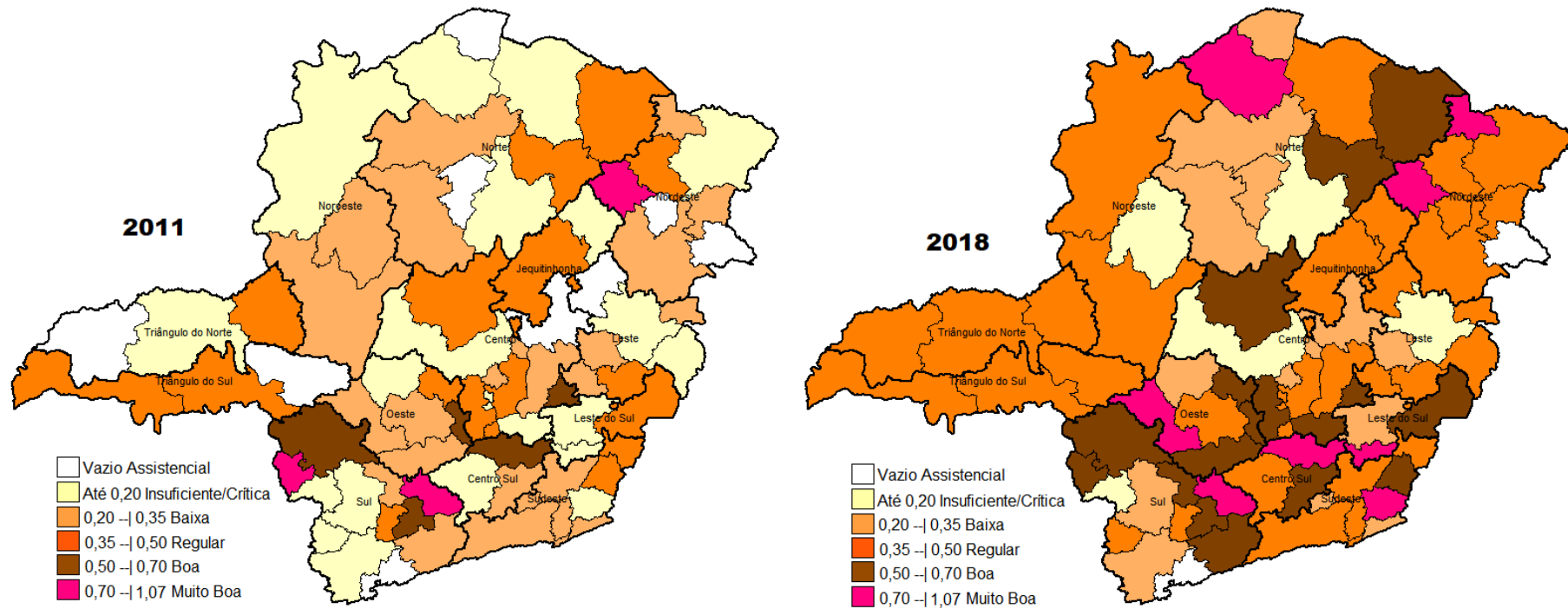
Em 2018, chama a atenção o fato de que apenas duas microrregiões não possuíam esses tipos de CAPS (Nanuque, da macrorregião Nordeste e Itajubá, da macrorregião sul). Nesse mesmo ano, os resultados apontaram que: 6% apresentaram uma cobertura insuficiente, 17% baixa, 42% Regular e 32% possuíam cobertura 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, 2013). 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 2). Acredita-se que 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 (IBGE, 2019).

Figura 2 - 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

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.

A análise dos dados relativos à cobertura de CAPS i, que são aqueles voltados para o público infantojuvenil, mostrou que o quantitativo de vazios assistenciais era: de 88% das microrregiões de saúde de Minas Gerais, no ano de 2011. Nesse ano, 9% das microrregiões de saúde apresentavam 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 (Figura 3). A expansão do número de CAPS se mostrou pequena, dada a importância dos serviços prestados a população infantojuvenil. No Brasil, a principal estratégia para saúde mental infantojuvenil é o CAPS i que, assim como os demais CAPS, visa efetivar os princípios da Reforma psiquiátrica. O CAPS i é tido como um serviço inovador que produz cuidados importantes à saúde de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Afinal, é um dispositivo que além de serviço, garante ao público infantojuvenil a esperança de que sejam vistos como sujeitos e sejam reinseridos na sociedade (CARVALHO et al, 2014).

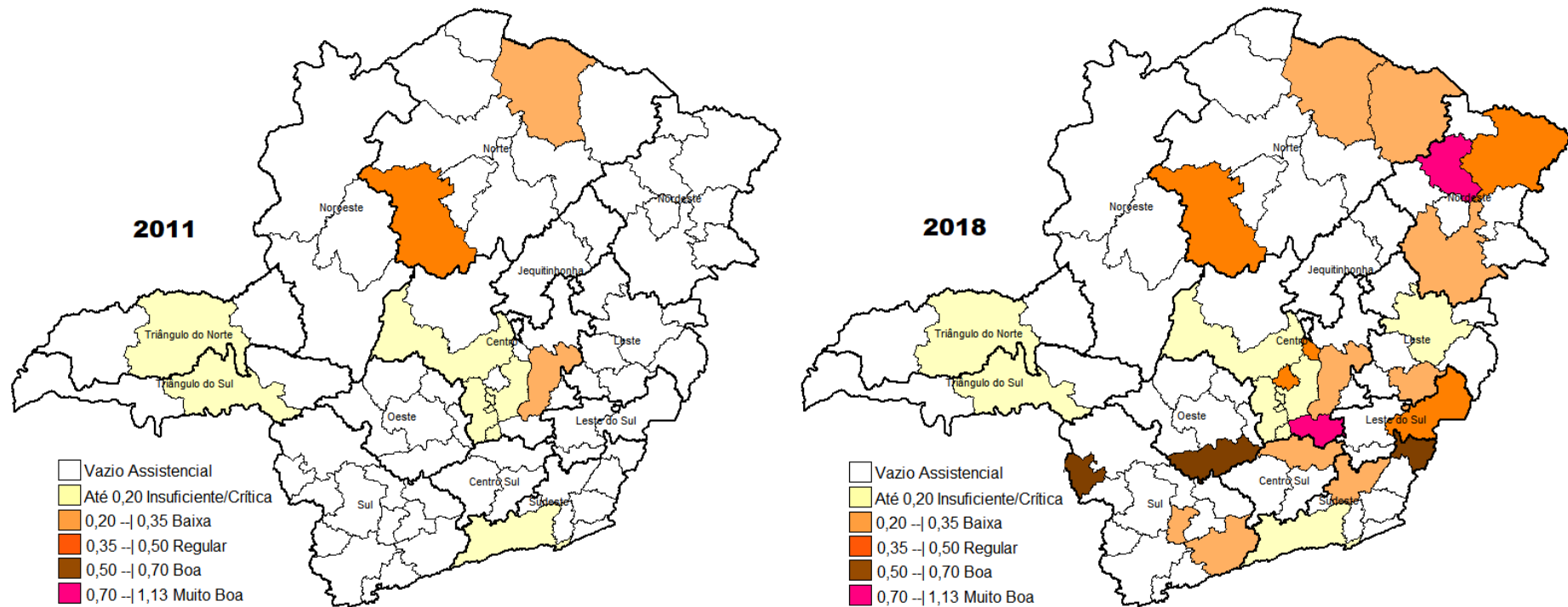
Há a previsão em Portaria que todos os tipos de CAPS devem atender pessoas de todas as faixas etárias, inclusive, o público infantojuvenil (BRASIL, 2017). Contudo, não foi objetivo deste estudo verificar se todos os CAPS têm atendido crianças e adolescentes e, por isso, considera-se aqui os vazios existentes,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

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). Nesse contexto, o tema da criança e do adolescente foi tratado de forma tangencial, incluído apenas no eixo da reforma legislativa, com propostas pouco esclarecedoras e, algumas vezes, contraditórias (COUTO e DELGADO, 2015).

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, 2005). 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, 2005). 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. 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 (LIMA, 2010). Couto, Duarte e Delgado (2008) ressaltam ser esse 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.

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



Fonte: Dados da pesquisa

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 (Figura 4).

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, 2010). 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, 2012). 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.

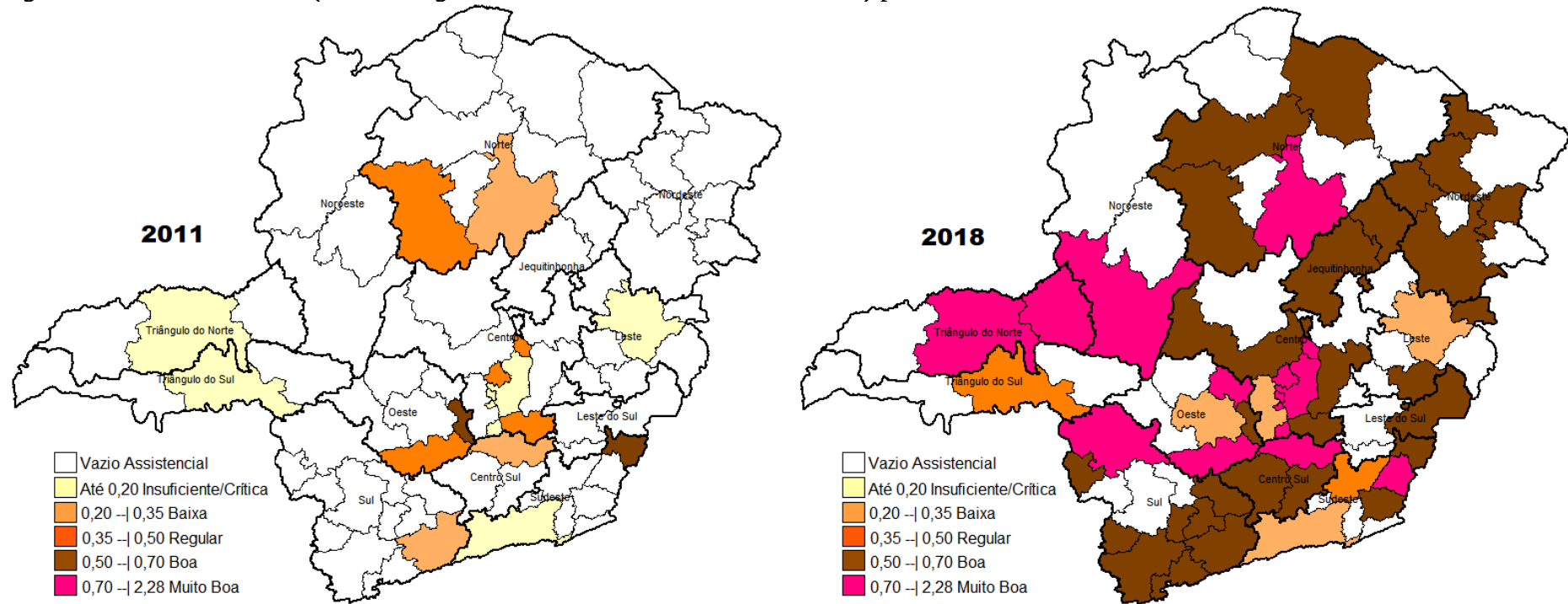
Azevedo e Miranda (2010) explicam que, por muito tempo, a única forma de cuidado ofertado ao usuário de álcool e drogas era por meio de internações que preconizavam a abstinência, que não ajudavam muito e era interrompida ao sair do hospital. O processo atual, que preza pelo cuidado centrado na pessoa 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 dizendo 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, 2003), 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 (2003), 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, 2015).

Figura 4 - Cobertura CAPS ad (álcool e drogas, incluindo os CAPS ad II e CAPS ad III) por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018



Fonte: Dados da pesquisa

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.

CONCLUSÃO

Entre 2011 e 2018, período de análise do presente estudo, houve um crescimento no número de CAPS, que passaram de 175 para 334. 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. Dadas às características dos serviços prestados, era esperado que gestores dessem maior atenção a esses tipos 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 em regiões com vazio assistencial, manter as taxas boas e muito boas e aumentar aquelas que ainda são consideradas regulares, baixas ou insuficientes são ações fundamentais para a continuidade do cuidado na Saúde Mental de base territorial no estado.

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 servir de alerta, visto a especificidade do público infantojuvenil. Do mesmo modo, observa-se uma ampliação da cobertura dos CAPS ad no período, mas permanece um vazio assistencial em 39% das microrregiões.

Ao longo da discussão, foram apontados dados que permitem a reflexão de gestores e todos os envolvidos com as pactuações nos territórios, podendo gerar novos pactos que podem diminuir os vazios assistenciais relacionados aos CAPS em todas as modalidades. Cabe ainda ressaltar a necessidade de otimizar os CAPS existentes no estado, na medida do possível aumentar a rede de atendimento e proporcionar um cuidado efetivo e de qualidade.

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 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]. 2017, vol.41, n.spe, pp.50-59. **Saúde debate (on line)**. Disponível em:

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042017000200050&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 20 de maio de 2019.

ALVES, P. F. *et al.* Ser autônomo: o que os serviços de saúde mental indicam?. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. Disponível em:

<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/63993>. Acesso em: 21 de maio de 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: 2014. Disponível em:

<http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

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/Brazilian Journal of Health Research**, 2015. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/9293/6467>. Acesso: 20 de maio de 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 de janeiro de 2020.

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, 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1685>. Acesso: 21 de maio de 2019.

BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (CAPS I, CAPS ad, CAPS III) do estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 1105-1116, 2015.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n107/1105-1116/pt/>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

BORGES, T. S.; TODENDI, P. F.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. F. Indicadores do pacto pela saúde e a cobertura da assistência nos centros de atenção psicossocial: um estudo ecológico. **Ciênc. Saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/152/134>. Acesso em: 08 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

_____. 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://bvsmms.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, 2004.

_____. 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, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 16 fev. 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, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0664_23_04_2013.html>. Acesso em: 23 dez. 2018.

_____. 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, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 23 outubro 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, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 25 de janeiro de 2020.

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

_____. 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. 2015. (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.

_____. 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.

CARVALHO, I. L. N. CAPS i: avanços e desafios após uma década de funcionamento. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.42-60, 2014. Disponível em: <file:///Users/danielapacheco/Downloads/68584-Texto%20do%20Artigo-239505-1-10-20141217.pdf>. Acesso em: 17 de janeiro de 2021.

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, p. 3243-3253, 2015.

Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003243. Acesso em: 20 de maio de 2019.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, v. 27, p. 17-40, 2015.

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, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015. Acesso em: 10 de novembro de 2019.

DE 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, 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/32173-p11/22332>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

FERNANDES, C. J. et al . Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 36, n. 4, e00049519, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-11X2020000405007&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 01 de abril de 2021.

FERREIRA, J. T. et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. *Rev. Saberes*, Rolim de Moura, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.

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, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9bd5/5342a992cd9b169fad7937ff99f26909832.pdf>. Acesso em: 21 de maio de 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. e00166216, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n11/e00166216/pt/>. Acesso: 20 de maio de 2019.

GUEDES et al., 2014

IBGE. **População estimada**, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-estados/mg.html>. Acesso em: 20 de maio de 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 de outubro de 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.

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 de maio de 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** 14(1), 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v14n1/a03.pdf>. Acesso em: 14 de janeiro de 2020

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

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.

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.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n5/1935-1944>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

MINAS GERAIS. S.E.S. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 03 de novembro de 2019.

_____. S.E.S. **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: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

_____. S.E.S. **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. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

MORAES, M. C. L. *et al.* **Indicadores de saúde mental nos sistemas de informações em saúde: em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica**. 2017. Tese de Doutorado. EPSJV.

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, Junho 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200401&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de maio de 2019.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(5):847-849, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.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**. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011. 142f.; 23cm. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crsp-alcool-e-outras-drogas.pdf>. Acesso em: 14 de janeiro de 2020.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana *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&lng=pt. Acesso em: 25 de maio de 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 de maio de 2019.

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

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 42, n. 1, 2008. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 19 de novembro 2018.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 149-160, 2017A. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222017000100149&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 21 de maio de 2019.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2025-2036, 2017B. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=SI413-81232017000602025&script=sci_abstract. Acesso em: 20 de maio de 2019.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Prescrições em serviços de saúde mental: aspectos legais e indicadores do uso racional de medicamentos. **Scientia Medica**, v. 27, n. 3, p. 6, 2017C. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848444>. Acesso em: 21 de maio de 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, p. 3799-3810, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n11/3799-3810/>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

SILVA, T. S.; SCHLINDWEIN, V. L. D. C. **Vivências de trabalhadores da Saúde Mental de um CAPS de Porto Velho/RO**. 2017. Disponível em: <http://ri.unir.br/jspui/handle/123456789/1505>. Acesso em: 21 de maio de 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. 1-8, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/672/67249591014.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

TRAPÉ, T. L.; ONOKO-CAMPOS, R. T. ; COSTA, K. S. Rede de Atenção à Saúde Mental: estudo comparado Brasil e Catalunha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280402, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2018.v28n4/e280402/>. Acesso em: 21 de maio de 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 de maio de 2019.