

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)
NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

por
Vívian Andrade Araújo Coelho

Belo Horizonte
2022

TESE D/MSc-IRR

V. A. A. COELHO

2022

VÍVIAN ANDRADE ARAÚJO COELHO

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)
NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Orientação: Celina Maria Modena.
Coorientação: Carlos Alberto Pegolo da Gama e Eliete Albano de Azevedo Guimarães.

Belo Horizonte

2022

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB6 3740/00

C650a
2022

Coelho, Vívian Andrade Araújo.

Análise da implantação da rede de atenção psicossocial (RAPS) no Estado de Minas Gerais / Vívian Andrade Araújo Coelho. – Belo Horizonte, 2022.

XIII, 340 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 144 – 150

Tese (Doutorado) –Tese para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Assistência à Saúde Mental 2. Sistemas Nacionais de Saúde 3. Políticas de Saúde I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação). III. Gama, Carlos Alberto Pegolo da; Guimarães, Eliete Albano de Azevedo (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 362.2

VÍVIAN ANDRADE ARAÚJO COELHO

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)
NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Celina Maria Modena – IRR Fiocruz Minas (Presidente)

Prof. Dr. Carlos Alberto Pegolo da Gama – UFSJ/CCO (Titular)

Prof. Dr. Eliete Albano de Azevedo Guimarães – UFSJ/CCO (Titular)

Prof.^a Dr.^a Magda Diniz Bezerra Dimenstein – UFRN (Titular)

Prof.^a Dr.^a Sandra Lucia Correia Lima Fortes – UERJ (Titular)

Prof. Dr. Bruno Ferrari Emerich – Unicamp (Titular)

Prof. Dr. Alexandre Costa Val – UFOP (Titular)

Prof.^a Dr.^a Wanessa Debortoli de Miranda – UFMG/IRR Fiocruz Minas (Suplente)

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 10/06/2022.

*Dedico este trabalho a
Marília Novais da Mata Machado, sogra-mãe e inspiração.*

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento de um trabalho de doutorado exige muitos esforços do doutorando e de seus orientadores, bem como uma miríade de apoios, suportes, inspirações e vivências, sem os quais o trabalho não seria nem sequer iniciado. Agradeço, inicialmente, a todos que contribuíram, de uma maneira ou de outra, para que eu pudesse realizar esta etapa de minha formação acadêmica.

Agradeço ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Psicossociais em Saúde (NEPPS), da Universidade Federal de São João Del Rei, *campus* Centro-Oeste (UFSJ/CCO), pelo trabalho em conjunto na realização deste estudo. Agradeço imensamente aos professores Carlos Gama e Denise Alves Guimarães, por todo o suporte e parceria; e aos bolsistas, que trabalharam lado a lado comigo em todo o percurso, em especial, Leonardo Isolani, Mariana Arantes e Ana Luiza Pauferro.

Aos meus orientadores, Celina, Carlos e Eliete, agradeço a disponibilidade, gentileza e carinho no direcionamento de minhas questões. Ao Instituto René Rachou/FIOCRUZ Minas, por todo o suporte oferecido, e à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo financiamento, sem o qual o trabalho não seria possível. À coordenação de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, em especial, à Lírica Salluz, pela parceria em prol da melhoria da atenção em saúde mental no Estado de Minas Gerais. Aos colegas do Departamento de Medicina de Família, Saúde Mental e Coletiva (DEMISC), da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), pelo apoio e compreensão na concessão de meu afastamento para a finalização do doutorado em meio à pandemia. À Sarah Ribeiro, pelo apoio nos cálculos estatísticos.

À toda minha família, pelo suporte, carinho e presença constantes. Em especial, aos meus pais, por todos os recursos e suportes oferecidos para que eu pudesse trilhar meu caminho, por estarem ao meu lado em todas minhas escolhas e pelo amor incondicional. Ao André, pela parceria de vida, amor essencial para a minha caminhada. À Bárbara, por me apresentar o amor em sua melhor faceta e por me fazer querer ser melhor a cada dia.

Ao meu analista, Jésus Santiago, por me suportar e me direcionar ao encontro do meu desejo. Aos meus amigos, por me ajudarem a enxergar as várias facetas de meus problemas, fazendo meu percurso mais leve, em especial, à Gabriela Reis, à Cecília Lana, ao Fernando Linhares, ao Fernando Siqueira e ao Alexandre.

“But I don't want to go among mad people,” Alice remarked.
“Oh, you can't help that,” said the cat: “we're all mad here. I'm mad. You're mad.”
“How do you know that I'm mad?” said Alice.
“You must be,” said the cat, “or you wouldn't have come here.”
(Lewis Carroll, 1865)

No meio do caminho tinha uma pandemia
Tinha uma pandemia no meio do caminho.

RESUMO

Nas últimas décadas, as políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil estruturaram uma rede assistencial em saúde mental baseada em diversas ações e serviços comunitários. Entretanto, a avaliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída encontra-se aquém da expansão ocorrida. Esta tese realizou uma pesquisa avaliativa da implantação das dimensões estrutura e processo da RAPS no Estado de Minas Gerais (MG), gerando indicadores que possam potencializar a gestão estratégica do SUS no fortalecimento da atenção psicossocial do Estado. Foram realizados o mapeamento dos serviços da rede no Estado, um estudo de avaliabilidade da RAPS brasileira, a construção e a validação de um Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS em Minas Gerais (IMAI-RAPS) e a sua aplicação em 795 dos 853 Municípios mineiros. Na dimensão estrutural, foram produzidos indicadores da cobertura dos principais serviços dessa rede em relação à população, de acordo com parâmetros normativos do Ministério da Saúde, e validou-se um indicador geral (iRAPS) da oferta dos serviços da RAPS em Minas Gerais. Observou-se uma implantação adequada da Estratégia de Saúde da Família, do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), mas uma carência de Leitos em Hospitais Gerais de CAPS com funcionamento 24 horas e destinados a populações específicas, de um prontuário eletrônico único nos serviços de saúde municipais e de atividades de capacitação em saúde mental para os profissionais. Na dimensão processo, uma implantação adequada de ações, como atendimentos multidisciplinares e compartilhados; atendimento dos transtornos mentais comuns pela atenção primária em saúde; atendimento às crises em CAPS; oferta de ações de promoção de saúde; e discussão de casos pelas equipes de saúde mental, sinalizam uma forma de trabalho condizente com as diretrizes. Entretanto, detectou-se dificuldades para a realização de ações de reabilitação psicossocial, de inclusão produtiva, de protagonismo do usuário e de integração da rede. Demonstrou-se uma melhor implantação da RAPS em cidades mais populosas, densas demograficamente e desenvolvidas socioeconomicamente, evidenciando a importância do compartilhamento regional de serviços que são inviáveis para cidades pequenas. Da mesma forma, a detecção de uma expressiva heterogeneidade entre as regiões de saúde do Estado indica a necessidade de ações individualizadas na melhoria das dificuldades presentes em cada realidade regional. As práticas avaliativas da RAPS são escassas em todo o território brasileiro, fato também constatado em Minas Gerais, ressaltando a necessidade de sua ampliação não somente no âmbito científico, mas também no cotidiano dos diversos níveis de gestão.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental. Sistemas Nacionais de Saúde. Políticas de Saúde. Rede Prestadora de Serviços de Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

In recent decades, public policies of the Unified Health System (SUS) in Brazil have structured a mental health care network based on various community actions and services. However, the evaluation of the Psychosocial Care Network (RAPS) is below the expansion that has taken place. This thesis carried out evaluative research on the implementation of the structure and process dimensions of the RAPS in the state of Minas Gerais (MG), generating indicators that can enhance the strategic management of the SUS in the strengthening the psychosocial care in the state. The mapping of network services in the state, an evaluability study of the RAPS, the construction and validation of a Multidimensional Instrument to Evaluate the Implementation of the RAPS in MG (IMAI-RAPS) and its application in 795 of the 853 municipalities in Minas Gerais were carried out. In the structural dimension, indicators of coverage of the main services of this network in relation to the population were produced, according to normative parameters of the Ministry of Health, and a general indicator (iRAPS) of the offer of RAPS services in MG was validated. There was an adequate implementation of the Family Health Strategy, Expanded Family Health Center and Psychosocial Care Centers (CAPS), but a lack of beds in General Hospitals, CAPS with 24-hour operation and intended for specific populations, a single electronic medical record in municipal health services and training activities in mental health for professionals. In the process dimension, an adequate implementation of actions such as multidisciplinary and shared care; care for common mental disorders by primary health care; crisis assistance in CAPS; offer of health promotion actions and discussion of cases by mental health teams indicate a way of working consistent with the guidelines. However, difficulties were detected in carrying out psychosocial rehabilitation actions, productive inclusion, users protagonism and network integration. A better implementation of RAPS was demonstrated in more populous, demographically dense and socioeconomically developed cities, highlighting the importance of regional sharing of services that are unfeasible for small cities. Likewise, the detection of significant heterogeneity between the health regions of the state indicates the need for individualized actions to improve the difficulties present in each regional reality. The evaluation practices of the RAPS are scarce throughout the Brazilian territory, a fact also verified in MG, highlighting the need for its expansion not only in the scientific scope, but also in the daily life of the different levels of management.

KEYWORDS: Mental Health Assistance, National Health Systems, Health Police, Health Services Network, Health Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Temporalidade da adoção de políticas de saúde mental comunitárias no contexto global	25
FIGURA 2 – Linha do tempo da RAPS	50
FIGURA 3 – Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais.....	64
FIGURA 4 – Construto analítico-conceitual	69

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Principais marcos histórico-jurídicos da RAPS.....	34
QUADRO 2 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria nº 3088/2011.....	40

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição das Microrregiões de Saúde (RS) em cada Macrorregião do Estado de Minas Gerais pela tipologia estruturada por Viana <i>et al.</i> (2015) e por porte populacional dos Municípios	65
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABP** – Associação Brasileira de Psiquiatria
- AMP** – Associação Mineira de Psiquiatria
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- CAPS** – Centros de Atenção Psicossociais
- CAPS AD** – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas
- CDC** – *Centers for Disease Control*
- CEBES** – Centro de Estudos Brasileiro de Saúde
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
- DEMSC** – Departamento de Medicina de Família, Saúde Mental e Coletiva
- EA** – Estudo de Avaliabilidade
- EAD** – Ensino a Distância
- ECR** – Equipes de Consultório de Rua
- eCR** – Equipes de Consultório de Rua
- ESDS** – *European Socio-demographic Schedule*
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- ESMS** – *European Service Mapping Schedule*
- FAPEMIG** – Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
- FHEMIG** – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- GI** – Grau de Implantação
- HGV** – Hospital Galba Velloso
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICMHC** – Classificação Internacional de Cuidados em Saúde Mental
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- IMAI-RAPS** – Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS
- IMPACTO-BR** – Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental
- IMRS** – Índice Mineiro de Responsabilidade Social
- INAMPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- IRS** – Instituto Raul Soares

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

LHG – Leitos Psicossociais em Hospital Geral

MLP – Modelo Lógico do Programa

MS – Ministério da Saúde

MTA – Modelo Teórico da Avaliação

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPPS – Núcleo de Estudos e Pesquisas Psicossociais em Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCA – Análise de Componentes Principais

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEAD – Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNEH – Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

Provab – Programa de Valorização Profissional na Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PTI – Projeto Terapêutico Individual

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RS – Região de Saúde

RVC – Razão de Validade de Conteúdo

SATIS – Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental

SES/MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

Sisnad – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SPSS – *Software Statistical Package for Social Sciences*

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UA – Unidades de Acolhimento

UAA e UAI – Unidades de Acolhimento Transitório

UAT – Unidades de Acolhimento Transitório

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFSJ – Universidade Federal de São João del Rey

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

WHO-AIMS – *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	19
2. OBJETIVOS.....	22
2.1. Objetivo geral.....	22
2.2. Objetivos específicos	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1. Histórico da reformulação da atenção em saúde mental no século XX.....	23
3.2. A reformulação da atenção em saúde mental no contexto brasileiro.....	26
3.2.1. <i>Detalhamento dos serviços componentes da RAPS – Portaria 3088/2011</i>	41
3.2.2. <i>Divisão de responsabilidades para operacionalização da RAPS</i>	46
3.2.3. <i>O modelo de cuidado psicossocial</i>	46
3.2.4. <i>A RAPS brasileira atualmente</i>	49
3.3. Avaliação em saúde.....	51
3.3.1. <i>Análise da implantação</i>	55
3.3.2. <i>Estudo de Avaliabilidade</i>	58
3.3.3. <i>Avaliação em Saúde Mental</i>	60
4. PERCURSO METODOLÓGICO	63
4.1. Caracterização do campo de estudo	63
4.2. Etapa 1: Mapeamento dos serviços da RAPS implantados no Estado de Minas Gerais	65
4.3. Etapa 2: Estudo de Avaliabilidade (EA)	67
4.4. Etapa 3: Avaliação da implantação da RAPS em Minas Gerais	71
4.5. Considerações éticas	73
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
5.1. Etapa 1.....	75
5.2. Etapa 2.....	103
5.3. Etapa 3.....	124
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS	144
APÊNDICE 1 – IMAI-RAPS: Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS	151
APÊNDICE 2 – Matriz de Análise e Julgamento.....	157
APÊNDICE 3 – Relatório técnico da pesquisa.....	163
ANEXO 1 – Questionário Técnica Delphi.....	299
ANEXO 2 – Tabela: Concordância dos juízes em relação aos critérios de relevância, objetividade e clareza e decisão dos pesquisadores sobre manutenção/exclusão das questões	337
ANEXO 3 – Carta de apoio institucional.....	339
ANEXO 4 – Aceite para publicação: artigo 2	340

APRESENTAÇÃO

A proposição de um projeto de pesquisa para a análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado de Minas Gerais (MG) teve início com a realização de um estudo dessa rede na Macrorregião de Saúde Oeste, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas Psicossociais em Saúde (NEPPS), da Universidade Federal de São João Del Rei, *campus* Centro-Oeste (UFSJ/CCO), do qual faço parte. Essa pesquisa inicial animou o grupo para a realização de um estudo mais abrangente e foram iniciados diálogos com a coordenação estadual de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Minas Gerais, que culminaram em uma parceria para a viabilização do estudo da RAPS estadual. O projeto foi, então, submetido ao Edital de Programas de Pesquisa para o SUS (PPSUS/2017), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), e, posteriormente, aprovado.

Paralelamente, eu realizava a seleção para o curso de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do René Rachou/Fiocruz Minas, visando a realização dessa análise da RAPS. No percurso do doutorado, o projeto ganhou contornos metodológicos mais densos, advindos da constatação de sua magnitude e de meu contato mais próximo com o campo da avaliação em saúde. Nossa proposta inicial, que apresentava uma descrição dos serviços implantados no Estado e uma análise qualitativa da atenção prestada, foi, então, alterando-se para compor o trabalho aqui apresentado.

Nesse entremeio, fomos todos surpreendidos pela pandemia da COVID 19, que repercutiu em todos os âmbitos de nossas vidas e exigiu resiliência e adaptações do grupo de pesquisa para que pudéssemos finalizar o percurso iniciado. Não é necessário dizer como essa situação e o isolamento social, iniciado em março de 2020 e mantido por longos meses, alterou substancialmente o cotidiano de todos. Penso que mesmo agora, passados dois anos desse momento, ainda não conseguimos compreender plenamente suas consequências. Para a realização da pesquisa, necessitamos de muito “jogo de cintura” para nos adaptarmos às novas formas de trabalho que foram se delineando com o passar dos meses e com a continuidade do isolamento social. O início do período pandêmico coincidiu com minha redistribuição da UFSJ/CCO para a Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), onde pude contar com um afastamento docente para que pudesse concretizar o estudo iniciado e conciliar minhas várias funções sociais como mulher, mãe, médica, professora e pesquisadora.

Meu interesse pela temática aqui desenvolvida teve início ainda na residência de psiquiatria do Instituto Raul Soares (IRS), da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), quando pude vivenciar o cotidiano de um hospital psiquiátrico e estagiar nos

serviços da RAPS de Belo Horizonte. Duas realidades distintas coexistiam e direcionaram os questionamentos da minha dissertação de mestrado, na qual realizei uma avaliação do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, fazendo um paralelo com a reforma psiquiátrica estadual.

Posteriormente, já como médica psiquiatra, trabalhei de maneira itinerante nos serviços do SUS de diversos Municípios mineiros e pude perceber como cada realidade regional e municipal se estrutura de maneira singular em relação à saúde e, especificamente, à saúde mental. Fatores culturais, históricos, políticos e sociais ataçavam minha audição enquanto eu compartilhava as vivências tanto dos sujeitos que eu atendia quanto do sistema de saúde do qual eu fazia parte.

Nessas minhas andanças, uma experiência tem importância especial por localizar minha constatação de que, sem a estruturação de uma rede adequada de serviços e ações, a atenção psicossocial no SUS não consegue atingir seus objetivos. Durante os anos de 2011 a 2014, tive a oportunidade de auxiliar na organização da rede de saúde mental de um dos pequenos Municípios mineiros no qual trabalhava. Inicialmente, eu havia sido contratada pela gestão municipal para atender ambulatorialmente 15 pacientes por mês, em idas quinzenais à cidade. À essa época, o Município estava sem psiquiatra havia dois anos e meu atendimento foi pensado para acontecer na policlínica municipal, da mesma forma que os outros atendimentos médicos especializados. Iniciei, então, dessa forma: realizava atendimentos individuais e acompanhava clinicamente os pacientes atendidos, mas, diferentemente do que acontecia com os outros especialistas, a demanda para o atendimento psiquiátrico só aumentava após a minha chegada. Em contrapartida, a agenda que eu atendia, montada pela secretaria da policlínica sem nenhum direcionamento das outras equipes de saúde, ia ficando cada vez mais centrada em casos leves. Para tentar atender à demanda (criada?), o Município me propunha cada vez mais dias de trabalho. Todavia, por mais que eu aumentasse o volume de atendimentos, a demanda só crescia. Ainda nos primeiros meses de trabalho, a crise de um paciente na zona rural, que, por pouco, não teve um desfecho fatal, chamou minha atenção. Quem eram as pessoas priorizadas para o atendimento? Por que esse paciente não estava na agenda? Quem eu estava atendendo e quem não estava sendo atendido?

Pude perceber, então, que os atendimentos não estavam contemplando vários casos graves e que, da forma como o sistema estava estruturado, com atendimentos psiquiátricos ambulatoriais isolados, sem integração com os atendimentos de psicologia e terapia ocupacional que também aconteciam ambulatorialmente na policlínica, nem com o Programa de Saúde da Família (PSF), os pacientes priorizados eram os que demandavam insistentemente

“uma vaga”, devido a quadros de depressão e ansiedade. Comecei a me questionar o que poderia ser feito para que eu pudesse realmente atender a quem precisava de uma atenção psiquiátrica especializada.

Devido aos meus estudos para o mestrado e ao meu trabalho concomitante em outros Municípios, me deparei com a temática do matriciamento, cuja proposta se adequaria à realidade vivenciada no Município: uma cidade com 18 mil habitantes e que, portanto, não se enquadrava nos critérios da época para habilitação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pela gestão estadual. Propus, então, um projeto para implantar práticas matriciais para o atendimento em saúde mental e um fluxo estruturado para os atendimentos. Na ocasião, tive sorte por encontrar uma secretária de saúde atenta à clínica da saúde mental e que me possibilitou iniciar a proposta. Aos poucos, os outros profissionais de saúde mental do Município também foram se mobilizando e conseguimos uma casa destinada especificamente para a saúde mental. Inaugurou-se o Núcleo de Atenção em Saúde Mental e foram contratadas uma enfermeira e uma técnica de enfermagem para a composição da equipe. Dessa maneira, organizamos os atendimentos psiquiátricos que deveriam ser encaminhados pelas equipes do PSF, iniciamos a realização de oficinas com os usuários, estruturamos uma política de encaminhamento para o PSF de casos estabilizados que vinham para reavaliação a cada seis meses, centralizamos a aplicação dos antipsicóticos de depósito e iniciamos uma “permanência turno” no serviço.

Os resultados dessa experiência me espantaram: depois de aproximadamente dois anos, as equipes do PSF, em sua maioria, haviam se apropriado do tratamento dos casos leves e conduziam alguns casos moderados e graves com o apoio das discussões de casos nas reuniões de matriciamento que realizávamos mensalmente no Núcleo. Nas minhas idas semanais à cidade, eu atendia aos pacientes selecionados pelas equipes do PSF, participava das reuniões de matriciamento, realizava capacitações para os profissionais do PSF e avaliava alguns pacientes internados no hospital geral municipal por motivos relacionados à saúde mental. Os profissionais de saúde do Município foram também se capacitando para lidar com situações de crise, apesar de várias vezes a internação em hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte ainda serem necessárias. Além disso, a equipe de saúde mental municipal se fortaleceu e conseguiu, após alguns anos, habilitar um CAPS municipal.

Atenta a essas questões, ao ingressar em 2016 como docente efetiva de psiquiatria na UFSJ/CCO, me engajei no NEPPS e nos projetos de análise da RAPS que se concretizaram na tese aqui apresentada. Dessa maneira, este trabalho me permitiu investigar e divulgar a realidade da saúde mental mineira, constatando a diversidade que eu percebia cotidianamente

de uma maneira científica. Tenho plena convicção de que as pesquisas acerca da assistência à saúde mental prestada no Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser ampliadas, para que possamos verificar os progressos realizados e os entraves ainda presentes, bem como construir novas evidências para embasar a melhoria contínua dos serviços prestados aos usuários. Após o percurso realizado, creio que este estudo permite uma análise detalhada do momento em que se encontra a atenção em saúde mental em Minas Gerais e pode potencializar a gestão para uma melhoria estratégica da RAPS estadual, focando as peculiaridades de cada região. Além disso, os instrumentos gerados no trabalho (indicadores estruturados dos serviços, modelo lógico da RAPS e um instrumento validado para sua avaliação) podem incentivar pesquisas posteriores para aprofundar e diversificar os resultados encontrados, ampliando os estudos avaliativos dessa rede no território nacional.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A saúde mental representa um dos encargos mais significativos e crescentes para a saúde pública global: estima-se que 13% da carga global de doenças seja devido aos transtornos mentais, neurológicos e secundários do uso de álcool ou outras drogas (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016). Essa alta carga global está associada, dentre outros fatores, à alta prevalência, ao início precoce e curso crônico desses transtornos, e à ampla lacuna de tratamento ainda existente (KOHN *et al.*, 2018). Como os sistemas de saúde são essenciais para a prestação de cuidados de saúde mental, é necessário o fortalecimento de sua capacidade para responder a esses transtornos de maneira efetiva (ZHOU *et al.*, 2018).

Nos últimos 20 anos, foram feitos avanços significativos na América Latina para a melhoria dos serviços de saúde mental. Essas mudanças, seguindo alterações realizadas em anos anteriores nos países de maiores recursos, basearam-se na substituição do foco na assistência hospitalar para um cuidado estruturado em serviços comunitários integrados à Atenção Primária à Saúde (APS), com destaque para a proteção dos direitos humanos e o protagonismo dos usuários. Nesse período, as políticas públicas do SUS no Brasil estruturaram uma rede assistencial em saúde mental robusta e diversificada (CALDAS DE ALMEIDA, 2013; PATEL *et al.*, 2018).

Em 2010, o SUS passou a funcionar em Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando o aprofundamento de estratégias de descentralização e regionalização para a redução da fragmentação assistencial e a superação de barreiras presentes nas desigualdades que marcam o território brasileiro (CASTRO *et al.*, 2019). Nesse contexto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi escolhida como uma das redes temáticas prioritárias.

Apesar de, desde o início, os serviços de saúde mental terem sido organizados para o funcionamento em rede, a formalização da RAPS, em 2011, objetivou integrar os serviços de atenção psicossocial aos demais componentes das RAS, sendo previstos pontos de atenção presentes na APS, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Foram enfocados também a ampliação dos serviços existentes para populações vulneráveis, como os usuários de álcool ou outras drogas, crianças e adolescentes, populações de rua e indígenas, além do aumento do acesso e da vinculação dos usuários aos pontos de atenção (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que os sistemas de atenção em saúde mental devem ser baseados em serviços comunitários e que uma boa compreensão do nível

atual do sistema de saúde mental em um país é essencial para o planejamento e o fortalecimento do sistema (JACOB *et al.*, 2007). A oferta de uma atenção integrada em saúde mental, ancorada no trabalho interdisciplinar e na clínica ampliada, de acesso universal para a população brasileira, entretanto, é uma tarefa complexa. A existência de lacunas entre as diretrizes político-assistenciais e a prática cotidiana foi identificada em estudos anteriores (FIOCRUZ, 2015), suscitando questionamentos sobre o alcance das alterações realizadas e convocando a avaliação como um instrumento para a busca por respostas (MOREIRA; BOSI, 2019).

Nesse sentido, a avaliação da RAPS brasileira encontra-se aquém da expansão ocorrida, conforme demonstrado em recente revisão sistemática (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015). A maioria das pesquisas realizadas ainda se concentra na análise de serviços isolados ou na investigação da articulação desses serviços com a APS. Da mesma forma, poucos estudos fazem uso de instrumentos padronizados e validados para a avaliação dessa rede, na sua maioria também tratando de temas e serviços pontuais. Sendo assim, são recomendáveis estudos que avaliem a interlocução com outros serviços, assim como as dimensões específicas envolvidas no funcionamento em rede (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2018).

A escassa avaliação da gestão pública produz diversos efeitos negativos, tais como: dificuldade em captar e administrar os recursos; impasses para o planejamento de novas estratégias e revisão das experiências; vulnerabilidade a críticas oriundas de diversos setores; dentre outros (ALMEIDA, 2002). Conforme ressaltado por Mello *et al.* (2017), o descompasso entre a execução de políticas públicas e a pesquisa científica é fato comum não só no Brasil como também na comunidade internacional. O desmonte recente dos processos regionais da saúde canadense teria sido justificado justamente pela ausência de evidências científicas sobre as políticas instituídas.

Ademais, atualmente, a avaliação dos sistemas públicos de saúde parece mais necessária do que nunca. Conforme afirma Contandriopoulos (2006), esses sistemas estão em crise em todo o mundo. As crescentes expectativas da população em função do surgimento de novas técnicas e da superespecialização médica em contraste com a necessidade de redução dos gastos públicos tem ampliado uma percepção de que os sistemas públicos de saúde não correspondem mais às necessidades da população. Desta maneira, eles precisam de reformulações embasados em estudos que acessem as potencialidades e fragilidades do sistema em cada território.

O Estado de Minas Gerais possui 853 Municípios, sendo a maior parte de pequeno porte e diversos entre si, tornando o processo de implantação da RAPS ainda mais intrincado, tendo em vista o papel estratégico do Município na descentralização da gestão e regionalização da assistência e, ao mesmo tempo, a divisão do financiamento pelos três entes federados (união,

Estado e Município) (BRASIL, 2008). Desse modo, para a efetivação da rede, a consolidação das regiões de saúde como unidades de funcionamento e as pactuações intermunicipais tornam-se imprescindíveis, necessitando-se de uma grande organização estadual para a construção de propostas que possam propiciar o compartilhamento de serviços que são inviáveis financeiramente para Municípios menores.

Nesse contexto, as diferentes maneiras de concretização da política federal nos Municípios repercutem em dificuldades cotidianas na ruptura de práticas que afirmam a objetificação do sujeito em sofrimento psíquico, a ambulatorização da assistência e a não continuidade do cuidado (MACEDO *et al.*, 2017). Na prática, observa-se uma dificuldade por parte dos gestores e profissionais para operacionalizar esse tipo de proposta, seja por deficiência no planejamento, falta de profissionais capacitados ou dificuldade na implementação de mudanças no processo tradicional de trabalho das equipes de saúde (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017a). A constatação, por meio de pesquisas avaliativas, de quais serviços, profissionais e ações estão ou não sendo efetivamente realizados permite a construção de uma visão embasada cientificamente dos alcances realizados na reformulação assistencial em saúde mental.

Dentro dessa contextualização, esta tese pretende analisar a implantação da RAPS no Estado de Minas Gerais a partir de informações relevantes sobre as peculiaridades da atenção prestada, a fim de nortear as políticas e as propostas para a melhoria da assistência pública em saúde mental no Estado.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado de Minas Gerais.

2.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- a) mapear os serviços de saúde mental implantados em Minas Gerais;
- b) desenvolver indicadores para a avaliação da implantação dos principais serviços da RAPS em cada macrorregião e região de saúde do Estado;
- c) realizar um estudo de avaliabilidade da RAPS, explorando o processo histórico de sua implantação no Brasil e o desenvolvimento de um plano para a avaliação de sua implantação no Estado de Minas Gerais;
- d) desenvolver o modelo teórico-lógico da RAPS, por meio da revisão da literatura e do consenso com os *stakeholders*;
- e) validar o conteúdo e a aparência de um instrumento para a avaliação da RAPS em Minas Gerais;
- f) avaliar a implantação da estrutura e do processo da RAPS nos Municípios de Minas Gerais, classificando-a quanto ao Grau de Implantação (GI);
- g) analisar alguns fatores contextuais que influenciam a implantação da RAPS em Minas Gerais.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Histórico da reformulação da atenção em saúde mental no século XX

Os conceitos de saúde e doença mental são polissêmicos e adquirem, em cada cultura e em cada época, uma caracterização. De acordo com essas concepções, são delineadas maneiras variadas para lidar com o problema, ultrapassando os aspectos técnicos dentro de um contexto social, político e econômico (JACOB *et al.*, 2007; PATEL *et al.*, 2018; SHEN; SNOWDEN, 2014).

A atuação de Philippe Pinel, no final do século XVIII, é tida como um marco para a assimilação da loucura como doença mental na sociedade ocidental. Criando o conceito de alienação mental, ele definia a loucura como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de vivência da realidade. Nessa concepção, os conteúdos da mente dependeriam das percepções e das sensações. Assim, para modificar o estado mental, seria preciso retirar o alienado de suas percepções habituais. A partir dessa teorização, Pinel concebia o isolamento como necessário para reconduzir o alienado à razão com o auxílio da instituição de tratamento (BERCHERIE, 1989; FOUCAULT, 1999).

Apesar de diversas críticas e teorias contrárias às de Pinel não tardarem a aparecer, o hospital se manteve como a instituição preconizada para o tratamento dos doentes mentais até meados do século XX. Essas circunstâncias delinearam para o hospital psiquiátrico uma função terapêutica e social que constituía um ideal de proteção da sociedade perante um grupo que transitava no limite da legalidade e cuja forma de vida não era aceita pela maioria.

Após a Segunda Guerra Mundial, diante das denúncias de maus-tratos e desumanidade nos hospitais psiquiátricos, as contestações cresceram, impondo mudanças ou reformas no asilo e na estrutura do tratamento. A instituição asilar, que, a princípio, era uma instituição de cura, passou a ser vista como responsável pelos altos índices de cronificação. Dessa forma, deveria ser reformada urgentemente, pois havia se afastado de sua finalidade. A necessidade de crescimento econômico e de reconstrução social no pós-guerra, a descoberta dos psicotrópicos e a adoção da saúde pública nas instituições psiquiátricas somaram-se como elementos instigantes dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos no mundo (DESVIAT, 1999).

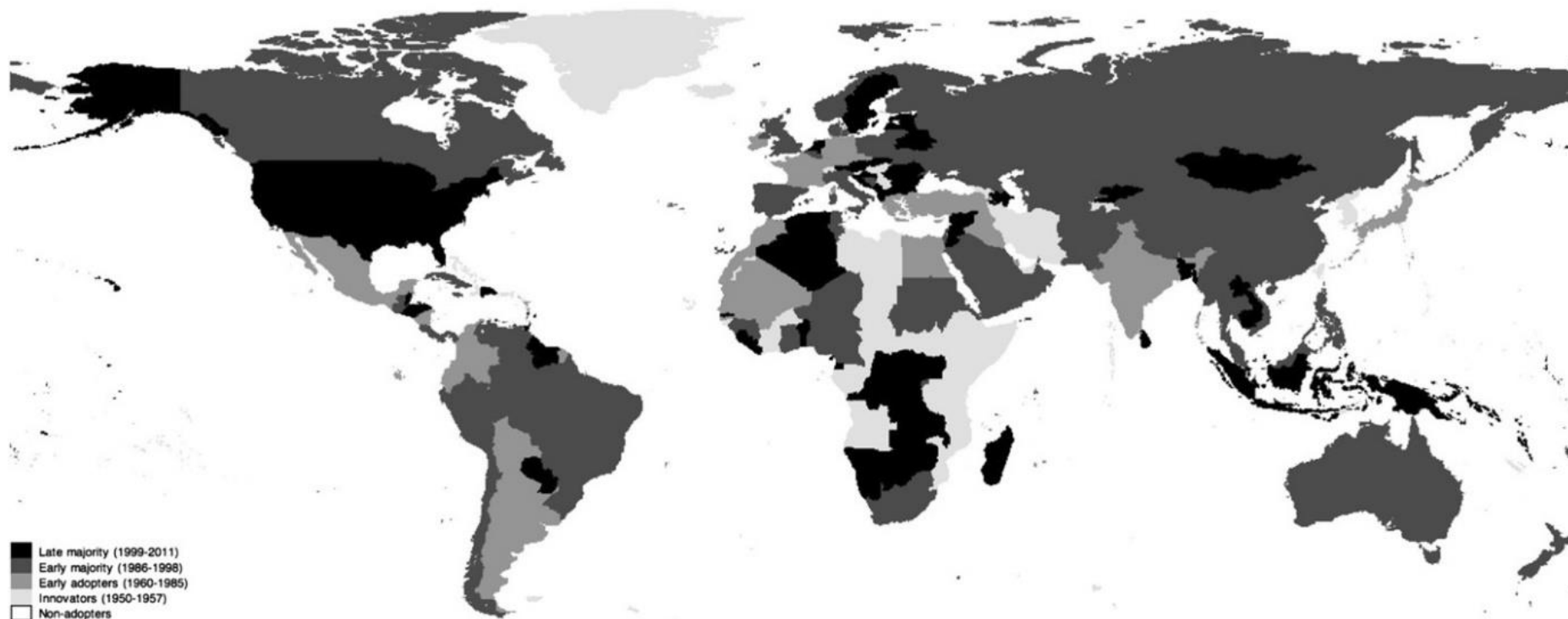
As mudanças nos manicômios ocorreram gradualmente com a disseminação de novas abordagens moldadas por esses movimentos. A confiança terapêutica que acompanhou o fisicalismo do século XIX e o legado do otimismo do Iluminismo diminuiu. Os clínicos

tornaram-se pessimistas sobre as possibilidades de cura dos pacientes com dificuldades de aprendizagem e não conseguiram tratar condições orgânicas como a paralisia geral (atualmente, entendida como consequência tardia da sífilis), que representava um quinto das admissões psiquiátricas masculinas adultas na Europa por volta de 1900. Essa nova atitude fazia parte de um amplo conjunto de preocupações com a degeneração humana que alimentou o movimento eugênico, mas também surgiu de pressupostos tradicionais sobre as bases morais subjacentes de problemas sociais, como a deficiência mental, infecções sexualmente transmissíveis e o abuso de álcool ou drogas. Apesar de interlúdios, como o uso da psicocirurgia nas décadas de 1930 e 1940, as psicoterapias e a ênfase nas dimensões sociais do cuidado ganharam importância. Além disso, as transformações demográficas tornaram as abordagens holísticas uma necessidade prática. O aumento da expectativa de vida adulta no século XX enfatizou a necessidade de um espectro de serviços auxiliares, como terapias ocupacionais e fisioterapia (HOUSTON, 2020).

A despeito das diferenças entre as reformas na assistência em saúde mental ocorridas em cada país, a desinstitucionalização foi um dos principais marcos instituídos na segunda metade do século XX no cuidado de pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias. Ela é interpretada como um aparato administrativo projetado para prevenir deficiências crônicas, defender os direitos humanos e reduzir o custo dos cuidados. Dessa forma, os governos nacionais refletiram, promulgaram e propagaram a desinstitucionalização em vários graus (SHEN; SNOWDEN, 2014).

O *Mental Health Atlas* da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) indica que 148 países adotaram uma política de saúde mental de 1950 a 2011. A Figura 1 ilustra esse processo e demonstra a época na qual cada país realizou reformas em suas políticas assistenciais visando a transição de um modelo de cuidado focado na institucionalização do usuário para uma assistência baseada em serviços comunitários:

FIGURA 1 – Temporalidade da adoção de políticas de saúde mental comunitárias no contexto global



FONTE: Shen e Snowden (2014).

Cabe ressaltar que esses movimentos possuem características diversas e singulares em cada realidade nacional, pois evidenciam um processo que atua em diferentes dimensões da realidade social e política de um país, e produzem efeitos objetivos nas vidas das pessoas, desencadeando movimentos de liberação de situações de opressão e confinamento, produzindo experiências de autonomização e reinserção social, e estimulando transformações culturais em prol da aceitação da diferença e da construção de um novo lugar social para a loucura. Em uma perspectiva econômica, eles podem confrontar interesses mercantilistas e privatistas que lucram com o confinamento das pessoas, estando também atrelados à indústria farmacêutica, que lucra com a excessiva patologização e medicalização do sofrimento mental (NUNES *et al.*, 2019).

Dessa maneira, apesar de caracterizar um movimento global de adoção de políticas de saúde mental desinstitucionalizantes, as alterações realizadas não são uniformes e devem ser analisadas dentro do contexto social, político e histórico de cada país.

3.2. A reformulação da atenção em saúde mental no contexto brasileiro

A reestruturação da assistência à saúde mental no Brasil teve início com o movimento denominado de reforma psiquiátrica. Reflexo de movimentos similares ocorridos em outros países, esse movimento foi contemporâneo da Reforma Sanitária e da criação do SUS no país. A reforma psiquiátrica brasileira constituiu um processo político e social iniciado na década de 1970, época em que a institucionalização era o modelo básico de tratamento no país. A proposta de modificação do modelo de assistência teve como inspiração as reformas ocorridas em outros países e, em especial, o modelo italiano, que preconizava a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços de atenção comunitária à saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018; BARBUI; PAPOLA; SARACENO, 2018).

Naquele momento, final dos anos de 1970, teve início uma série de discussões para a reorganização da assistência à saúde no país. Paralelamente às críticas dirigidas ao Estado autoritário, emergiram questionamentos quanto à ineficiência e à privatização da assistência pública em saúde. A elaboração de propostas alternativas ao modelo de saúde constituiu a Reforma Sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de atenção à saúde. Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, esses ideais foram reforçados, reivindicando-se a criação do SUS, com base no lema “a saúde como um direito de todos” e nos princípios básicos: universalidade, descentralização e a participação social (TENÓRIO, 2002).

O SUS foi concebido com base em princípios e diretrizes que buscavam balizar suas

ações e contribuir para a conservação de suas bases fundamentais. Nesse sentido, destacam-se temáticas como a regionalização (organização dos serviços de acordo com uma área geográfica e população delimitada); a hierarquização (organização dos serviços nos diferentes níveis de complexidade, de modo a oferecer à população todos os níveis de assistência); e a descentralização (administração, controle e fiscalização das ações nas diversas esferas do governo – federal, estadual e municipal –, com ênfase na gestão municipal das ações). Ressalta-se também as noções de integralidade da assistência: a equidade, como forma de garantia de atendimento das demandas específicas de cada esfera da população, e a participação popular, tendo em vista o controle social das ações desenvolvidas. O SUS foi legitimado pela Constituição Federal de 1988, marcando a vitória do movimento sanitário e constituindo o terreno no qual foi plantada a reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2004).

Com relação à assistência em saúde mental, no início da década de 1970, foram registradas várias denúncias quanto à política brasileira em relação à privatização da assistência psiquiátrica pública e às precárias condições (públicas e privadas) de atendimento à população. O fluxo do dinheiro público para a esfera privada nesse período pode ser constatado pelo fato de que, entre 1965 e 1970, a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para 30 mil, em 1970. Em 1982, esses números se multiplicaram para 98 mil leitos psiquiátricos, em uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos. Em 1971, o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) gastava 95% do fundo destinado à saúde mental com 269 hospitais da rede privada; e em 1981, com 357 (PITTA, 2011).

A partir dessas constatações, tornaram-se inadiáveis as discussões que permitiriam a reorganização do setor. Em 1976, é criado o Centro de Estudos Brasileiro de Saúde (CEBES), organizado por sanitaristas e intelectuais, que, através do meio acadêmico, começaram a manifestar o ideário da Reforma Sanitária (FERREIRA, 2006). Em 1979, o movimento da reforma psiquiátrica se institucionaliza através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que se tornou um ator social importante para as reformulações no campo. Esse movimento, combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, encabeçou as críticas ao modelo vigente e, com o tempo, incorporou o modelo antimanicomial na perspectiva da desinstitucionalização italiana (PASSOS, 2004).

Um marco importante no início desse movimento ocorreu no ano de 1979, quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia realizou, em Belo Horizonte, no Rio de Janeiro e em São Paulo, uma série de conferências a convite de associações profissionais de psiquiatras e

psicólogos. Ele divulgou o trabalho de desmontagem da instituição hospitalar pública que realizara em Trieste e a então recém-aprovada legislação italiana (Lei nº 180/1978). O princípio fundamental da Lei nº 180 é que os pacientes com transtornos mentais devem ter o direito de ser tratados da mesma forma que os pacientes com outras doenças, o que significava o seguinte (BARBUI; PAPOLA; SARACENO, 2018):

- a) as condições agudas de saúde mental devem ser tratadas em enfermarias psiquiátricas localizadas em hospitais gerais. Essas enfermarias não podem exceder 15 camas;
- b) os tratamentos devem ser fornecidos de forma voluntária, com internações involuntárias reservadas para as seguintes circunstâncias específicas: (1) é necessária uma intervenção de emergência; (2) o paciente recusa o tratamento; e (3) o tratamento comunitário alternativo é impossível. As internações involuntárias precisam ser formalmente autorizadas pelo prefeito e só podem ser realizadas em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais;
- c) os novos serviços baseados na comunidade devem ser estabelecidos para fornecer cuidados de saúde mental à população de uma determinada área de captação;
- d) o fechamento gradual de hospitais psiquiátricos públicos deve ocorrer, bloqueando todas as novas admissões.

Em sua passagem por Minas Gerais, Basaglia visitou alguns hospitais psiquiátricos e, em declarações de grande repercussão, chamou o Hospital Galba Velloso (HGV) de “casa de torturas” e comparou o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena a um “campo de concentração”. Os pronunciamentos de Basaglia chamaram a atenção da população para as precárias condições dos hospitais psiquiátricos mineiros. Em seguida, as imprensas escrita, falada e televisionada revirou os hospitais psiquiátricos públicos de Minas Gerais, tendo-se destacado a série de reportagens “Nos porões da Loucura”, de Hiram Firmino, e o curta-metragem “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton (BARRETO, 1999).

Segundo registros de Barreto (1999), o então secretário de saúde de Minas Gerais declarou, em entrevista ao Jornal Estado de Minas, de 13 de setembro de 1979, estar de acordo com as propostas do psiquiatra italiano, e abriu os hospitais psiquiátricos públicos à imprensa:

Os nossos hospitais psiquiátricos estão à disposição da imprensa, do rádio e da televisão. Vocês podem entrar em qualquer um deles, até mesmo em Barbacena, e fotografar tudo o que virem. Podem fotografar de trás pra frente, de frente pra trás, do

jeito que quiserem. Nós não vamos esconder nada e, muito menos, preparar os doentes para a visita. Se pensam que a nossa política é esconder a realidade do público, estão enganados. A tendência mundial, e há muitos anos estamos lutando por isso, é de não se construir mais hospital especializado no país, tipo manicômio. O ideal seria que eles já nem existissem mais (BARRETO, 1999, p. 63).

As influências das ideias de Basaglia na reforma brasileira são de extrema relevância para entendermos os rumos tomados por esse movimento. Segundo Goulart (2007), suas opiniões foram sustentadas por várias associações profissionais, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Associação Mineira de Psiquiatria (AMP) e o MTSM, influenciando os rumos da discussão no Brasil, que até então se inspirava na psiquiatria comunitária norte-americana e na psiquiatria de setor francesa.

Dessa forma, a reforma psiquiátrica iniciou seu percurso em uma época na qual a rede assistencial operava com um modelo terapêutico precário que se apoiava no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos. Seus resultados mais palpáveis foram: superlotação dos hospitais, cronificação, altos índices de mortalidade e segregação dos usuários (GOULART, 2006). Essa situação se respaldava numa legislação, datada de 1934 (Decreto nº 24.559), em vigor no Brasil até o ano de 2000. A legislação instituía a internação como uma resposta direta à doença mental:

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10º O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11º A internação de psicopatas, toxicómanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita: a) por ordem judicial ou requisição de autoridade policial; b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação (BRASIL, 1934).

Sendo assim, conforme ressalta Goulart (2015, p. 198), é bem compreensível o “como” e o “porquê” se dava o fenômeno de superlotação dos estabelecimentos psiquiátricos hospitalares: “Qualquer um poderia, literalmente, internar qualquer um”. A indefinição na qualificação do que seria um comportamento que justificava a remoção para o estabelecimento psiquiátrico, ou seja, o ato de privar alguém de liberdade, e a possibilidade de qualquer pessoa poder efetivá-lo evidencia bem essa situação. Nesse contexto, a própria suspeita de adoecimento psíquico significava um contraponto à cidadania.

Os doentes mentais, sob o crivo de um registro médico, que geralmente não se sustentava em um esforço diagnóstico consistente, perdiam seus direitos civis e eram convertidos ao status de problema de segurança pública, amparados na fantasiosa periculosidade que lhes era atribuída aprioristicamente. A principal resposta assistencial para o mal-estar psíquico ou distúrbio mental era o internamento, quase sempre sinônimo de abandono. Lugar de doido era mesmo o hospício, colônias, hospitais psiquiátricos, manicômios, enfim, todas as estruturas que preconizavam o tratamento através do afastamento do, assim chamado, doente mental do convívio social (GOULART, 2015).

Com relação às condições dos hospitais psiquiátricos, Desviat (1999) cita uma inspeção realizada pela coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde brasileiro, em 1993. Essa inspeção constatou que, em 59,1% dos hospitais, não havia papel sanitário nem toalhas nos banheiros; em 31,8%, os pacientes possuíam diversos problemas clínicos sem atendimento (micoses, pediculose, escabiose, dermatites etc.); e, em 18,2%, a primeira avaliação médica era realizada de 8 a 15 dias após a internação. As condições de higiene geral das instituições estudadas foram consideradas ruins e, em 50% dos casos, muito precárias. As terapias eletroconvulsivas eram realizadas sem os cuidados adequados em 27,3% dos estabelecimentos. O período de internação médio encontrado foi de 100 dias, sendo que muitos pacientes estavam internados por mais de dois anos no período do inquérito e mais de 30 mil pessoas haviam perdido seus vínculos sociais.

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar, na década de 1980, outros processos fortaleceram as características desse movimento. Segundo Passos (2004), a ampliação dos atores sociais envolvidos teve como marco a radicalização do MTSM em Luta Antimanicomial, que adotou como palavras de ordem: “Por uma sociedade sem manicômios”. Esse lema, adotado pelo movimento social em 1987, funcionava como um norte ético para as mudanças estruturais da gestão pública, que foram a marca da década seguinte: redução dos leitos de hospital especializado, criação de serviços na comunidade, ampliação radical do acesso ao tratamento e abertura das fronteiras de atendimento na atenção primária e na intersectorialidade (DELGADO, 2019). Ele se converteu, assim, em um movimento social politizado, que reivindicava a modificação da legislação em vigor e estabelecia uma articulação com a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e a loucura. A participação dos pacientes e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica importante do processo.

É interessante observar a importância que os encontros de profissionais tiveram nesse período. Congressos e seminários nacionais e estaduais se convertiam em fóruns de discussão política, de denúncias, sendo, inclusive, muitas vezes, permeáveis à participação de públicos leigos e entidades que não pertenciam à área técnica. Era necessário mudar a cultura na

conquista de um posicionamento distinto frente ao sofrimento mental. Isso significou a constatação de que eram necessárias respostas à crise mais consistentes do ponto de vista clínico fora dos hospitais psiquiátricos. Era também necessário mudar radicalmente a prática ambulatorial e suas filas de espera (GOULART, 2015).

O surgimento dos primeiros serviços comunitários substitutivos aos hospitais psiquiátricos, nos Municípios de São Paulo e de Santos, ainda na década de 1980, reforçou a substituição das estruturas de cuidado: não se trataria de aperfeiçoar as instituições tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de assistência (AMARANTE; NUNES, 2018).

Em 1989, o então deputado Paulo Delgado apresentou ao congresso nacional o projeto de Lei nº 3657, inspirado na legislação italiana. Dessa proposta, desdobraram-se diversas outras, com a intenção de dar visibilidade aos problemas dos portadores de sofrimento mental em debates públicos através de proposições objetivas. Essa lei esteve em tramitação por 12 anos e, em 6 de abril de 2001, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 10.216, que institucionalizou o novo modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Até a aprovação da Lei nº 10.216/2001, o projeto de lei sofreu diversas alterações, principalmente com relação à sua característica antimanicomial. Entretanto, a legislação aprovada dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial. Dessa forma, foi preconizado o tratamento comunitário, estabelecidos parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, previsto o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e instituídos critérios específicos para a internação involuntária. Com relação à internação, a legislação determina que ela ocorra somente quando os recursos comunitários se mostrarem insuficientes. De toda forma, essa lei veta a internação em instituições com características asilares, entendidas como instituições que não oferecem assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, recreativos, socioassistenciais e outros, além de realizarem internações prolongadas (BRASIL, 2001).

Em Minas Gerais, as Leis estaduais nº 11.802/1995 e nº 12.684/1997 já preconizavam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços abertos e regionalizados, constituindo uma proposta ainda mais precoce de desinstitucionalização (SOUZA, 2008). O novo modelo de assistência se baseou na criação de serviços conhecidos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Apesar da demora para aprovação da Lei nº 10216, os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria ministerial nº 224/1992 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com

uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004, p. 12).

Após a aprovação da Lei nº 10.216/2001, a Portaria nº 336 foi lançada em 2002, reconhecendo e ampliando o funcionamento e a complexidade dos CAPS. Nessa Portaria, tem-se como objetivo dos CAPS:

[...] dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

Esses novos dispositivos de atenção assumiram um papel essencial e constituem a principal estratégia da reestruturação assistencial. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, além de oferecer-lhes atendimento psicossocial. Têm por objetivo também integrar os usuários a um ambiente social e cultural concreto, levando em consideração o conceito de território herdado da reforma italiana.

As ações no território devem utilizar os recursos comunitários de origem ou de referência do usuário, necessários para a construção de projetos terapêuticos emancipadores e transformadores do imaginário social. Nessa perspectiva, território não se refere apenas ao espaço geográfico, mas também aos espaços demográfico, epidemiológico, tecnológico, econômico, social, cultural, político, produto de um processo permanente em que se articulam diferentes sujeitos políticos com suas necessidades, interesses, desejos e sonhos (LUZIO; L’ABBATE, 2009).

Instituídos como serviços de caráter intermediário entre o ambulatório e a internação hospitalar, esses serviços foram progressivamente aumentando seu nível de complexidade, agregando em suas atividades o manejo das crises, o funcionamento 24 horas e a hospitalidade noturna, além do acompanhamento dos pacientes graves após a estabilização e sua inserção no território. Dessa maneira, os CAPS subverteram a lógica da hierarquização e se organizaram agregando vários níveis de atenção à saúde em uma só unidade (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2018; QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). Posteriormente, os CAPS foram sendo diversificados, com a criação de serviços específicos para portadores de sofrimento mental advindo do uso de álcool ou outras drogas (CAPS AD) e para crianças e adolescentes (CAPSi). O acolhimento noturno e a permanência do usuário nos fins de semana foram entendidos como

mais um recurso terapêutico para evitar internações em hospitais psiquiátricos. Esse recurso foi pensado para as situações de graves comprometimentos psíquicos. A permanência integral do paciente no serviço deveria ser realizada no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados, durante o prazo de 30 dias (BRASIL, 2004).

A reestruturação do atendimento psiquiátrico do SUS foi pensada, desde o início, em uma lógica de rede hierarquizada. Cada região teria seu serviço de acordo com seu contingente populacional. Assim, inicialmente, Municípios com até 20.000 habitantes contariam com a APS, Municípios com população estimada entre 20.000 e 200.000 habitantes contariam com a APS e os CAPS, e os Municípios com contingente populacional maior do que 200.000 habitantes contariam, além das outras estruturas, com os CAPS em funcionamento 24 horas (BRASIL, 2005).

Paralelamente, foram instituídas, desde 2001, diversas normativas para a ampliação do novo modelo assistencial: reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, privilegiando hospitais de pequeno porte, internações curtas definindo critérios para a proteção dos usuários; criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e auxílio-reabilitação para egressos de internações de longa permanência (Programa de Volta para Casa); estímulos à constituição de cooperativas sociais; atendimento aos casos de saúde mental na APS; planos e serviços para atendimento às crianças, adolescentes e população de rua em sofrimento mental; integração com os serviços de urgência e emergência; critérios para a implantação de leitos destinados à retaguarda em saúde mental em hospitais gerais, dentre outros, conforme resumido no Quadro 1.

Dessa maneira, foi se estruturando uma ampla rede de serviços e ações destinadas a organizar a atenção psicossocial na comunidade.

QUADRO 1 – Principais marcos histórico-jurídicos da RAPS

Ano	Legislação	Disposição
1991	Portaria/SNAS n° 189, de 19 de novembro de 1991	Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos).
1992	Portaria SAS/MS n° 224, de 29 de janeiro de 1992	Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Estabelece normas, proíbe práticas que eram habituais e define os níveis estadual e municipal como corresponsáveis, à luz da Lei Orgânica da Saúde, pela fiscalização do cumprimento dos seus conteúdos.
1999	Portaria GM/MS n° 1.077, de agosto de 1999	Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS.
	Lei n° 9.867, de 10 de novembro de 1999	Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social das pessoas em situação de desvantagem por condição física, sensorial, mental ou situação social específica.
2000	Portaria n° 106, de 11 de fevereiro de 2000	Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no contexto do SUS e dispõe sobre seus aspectos organizacionais.
	Portaria n° 799, de 19 de julho de 2000	Institui, no âmbito do SUS, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.
2001	Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
2002	Portaria GM N° 251, de 31 de janeiro de 2002	Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS.
	Portaria n° 77, de 01 de fevereiro de 2002	Reformula os procedimentos contemplados na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).
	Portaria n° 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002	Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.
	Portaria GM/MS n° 189, de 20 de março de 2002	Cria, no âmbito do SUS, dentre outros, os serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.
	Portaria n° 816/GM/MS, de	Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.

	30 de abril de 2002	
	Portaria nº 817/GM de 30 de abril de 2002,	Incluiu, na Tabela SIH-SUS, um grupo específico de procedimentos voltados para a atenção hospitalar a usuários de álcool e outras drogas.
	Portaria SAS/MS nº 305, de 30 de abril de 2002	Aprova normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.
	Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002	Dispõe sobre a efetuação de internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias em estabelecimentos integrantes ou não do SUS, conforme disposto pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
2003	Decreto de 28 de maio de 2003	Institui um Grupo de Trabalho Interministerial, com o objetivo de avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional.
	Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas.
	Documento técnico do Ministério da Saúde	Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003.
2004	Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004	Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.
	Portaria nº 53, de 20 de janeiro de 2004	Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e dá outras providências.
	Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004	Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.
	Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004	Institui, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, determinado seu desenvolvimento de modo articulado entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Municípios. Dispõe, ainda, os aspectos organizacionais do fluxo do usuário na Rede de Saúde em seus níveis de complexidade.
2005	Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005	Destina incentivo financeiro para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.

	Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005	Regulamenta as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.
	Portaria nº 1.612, de 9 de setembro de 2005	Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.
2006	Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006	Institui Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências.
	Portaria nº 678, de 30 de março de 2006	Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS.
	Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), que prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.
2008	Portaria nº 1.899, de 11 de setembro de 2008	Institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais.
2009	Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009	Institui o Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD).
	Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009	Estabelece uma nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte, reagrupando as classes definidas pela Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004.
	Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009	Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Inter setorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.
2010	Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
	Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
	Relatório	Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial realizada em 2010.
2011	Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011	Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

	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 (SUS).
	Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011	Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
2012	Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
	Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do SUS.
	Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
	Portaria nº 1.306, de 27 de junho de 2012	Institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial.
2013	Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para a construção de CAPS e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a RAPS.
2014	Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014	Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS.
2017	Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre as RAS do SUS.
	Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS.
	Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

	Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da RAPS.
	Portaria nº 3.491/GM/MS de 18 de dezembro de 2017	Institui Incentivo Financeiro de custeio para o desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para a Prevenção do Suicídio no âmbito da RAPS.
	Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017	Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
	Portaria interministerial nº 2	Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para a articulação e a integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade.
2018	Portaria GM/MS nº 1315 de 11 de março de 2018	Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para o desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para a Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
	Resolução CONAD nº 1, de 9 de março de 2018	Aprova as diretrizes para o realinhamento e o fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal.
	Portaria SAS/MS 544 de 7 de maio de 2018	Define diretrizes para o cadastro do novo porte do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e dá outras providências.
	Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018	Altera a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.
	Portaria GM/MS nº 3449, de 25 de outubro de 2018	Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas.
	Portaria GM/MS nº 3659 de 16 de novembro de 2018	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.
2019	Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019	Altera as Leis e decretos para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.
	Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019	Dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua.
	Nota técnica nº 11/2019	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

FONTE: Elaborado pela autora.

Em 2010, visando aprofundar as estratégias de descentralização e regionalização para a redução da fragmentação assistencial do SUS, foram estruturadas as RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Essas redes devem ser organizadas tendo a APS como ordenadora do cuidado e a Região de Saúde como *locus* de responsabilidades pactuadas entre vários entes governamentais, em contraposição ao modelo municipalista vigente até então (MACEDO *et al.*, 2017). Nessas diretrizes, foram priorizadas as seguintes temáticas das RAS: a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e a RAPS (Quadro 2).

Conforme demonstrado internacionalmente (THORNICROFT; DEB; HENDERSON, 2016), uma rede assistencial integral em saúde mental deve contar com diversos níveis de atenção funcionando de maneira articulada. Dessa forma, apesar de, desde o início, a estruturação da atenção psicossocial no SUS ter sido pensada para um funcionamento em rede, sua definição como RAPS – inserida na organização das outras redes de saúde – reforçou a necessidade de integração entre seus diversos serviços e entre eles e os demais componentes da saúde. Nesse sentido, para além da importância dos CAPS, a APS funcionando como ordenadora das RAS, como proposto no modelo brasileiro, desempenha um papel fundamental na RAPS, visando o desenvolvimento de ações em um território conhecido e possibilitando aos profissionais uma proximidade para conhecerem a história de vida dos usuários e seus vínculos comunitários (ROTOLI *et al.*, 2019).

QUADRO 2 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria nº 3088/2011

Portaria nº 3.088/2011	
Objetivos gerais	Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral.
	Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e suas famílias aos pontos de atenção.
	Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.
Objetivos específicos	Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas).
	Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas.
	Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas.
	Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.
	Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.
	Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.
	Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede.
	Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial.
	Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.
Componentes	Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: <ul style="list-style-type: none"> a) Unidade Básica de Saúde; b) Equipe de atenção básica para populações específicas; c) Equipe de Consultório na Rua; d) Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; e) Centros de Convivência.
	Atenção psicossocial especializada, formada pelo seguinte ponto de atenção: <ul style="list-style-type: none"> a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
	Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: <ul style="list-style-type: none"> a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, dentre outros.
	Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: <ul style="list-style-type: none"> a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.
	Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: <ul style="list-style-type: none"> a) Enfermaria especializada em Hospital Geral. <p>• Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.</p>
	Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: <ul style="list-style-type: none"> a) Serviços Residenciais Terapêuticos.
	Reabilitação psicossocial.

FONTE: Elaborado pela autora.

De acordo com essa normativa, os componentes da RAPS foram organizados de maneira regionalizada e adscrita a um contingente populacional, e definidos conforme detalhado a seguir (BRASIL, 2011).

3.2.1. Detalhamento dos serviços componentes da RAPS – Portaria 3088/2011

Atenção básica em saúde

- a) **Unidade Básica de Saúde (UBS):** serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede;
- b) **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):** vinculado à UBS, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas do conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e as equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas

Equipe de Consultório na Rua: constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

- a) pessoas em situação de rua em geral;
- b) pessoas com transtornos mentais;
- c) usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde.

Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.

Centro de Convivência: unidade em que são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Esses espaços são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Atenção psicossocial especializada:

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): constituído por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. As atividades são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. O CAPS está organizado nas seguintes modalidades:

- a) **CAPS I:** atende a pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios com população acima de 20 mil habitantes;
- b) **CAPS II:** atende a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e

outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. Indicado para Municípios com população acima de 70 mil habitantes;

- c) **CAPS III:** atende a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes;
- d) **CAPS AD:** atende a adultos ou crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário. Indicado para Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes;
- e) **CAPS AD III:** atende a adultos ou crianças e adolescentes com necessidades de cuidados clínicos contínuos, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente. Serviço com, no máximo, 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Indicado para Municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes;
- f) **CAPS i:** atende a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário. Indicado para Municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Pontos de atenção da RAPS na atenção de urgência e emergência

Em seu âmbito de atuação, os pontos de atenção da RAPS são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Deverão se articular com os CAPS, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo articular e coordenar o cuidado nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório.

Pontos de atenção na RAPS na atenção residencial de caráter transitório

1. **Unidade de Acolhimento:** oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, cujo tempo de permanência é de até seis meses. As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:
 - a) **Unidade de Acolhimento Adulto:** destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de 18 anos;
 - b) **Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil:** destinadas a adolescentes e jovens (até 18 anos completos);
 - c) **Comunidades Terapêuticas:** serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar

1. **Enfermaria (ou leitos) especializados em hospital geral:** oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica. O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do CAPS de referência e, no caso de o usuário acessar a rede por meio desse ponto de atenção, deve ser providenciada sua vinculação e referência a um CAPS, que assumirá o caso. A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral deve ter garantida a composição multidisciplinar e o modo de funcionamento interdisciplinar.

2. Serviço Hospitalar de Referência (Hospital Psiquiátrico): oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216/2001, e acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo essas regiões de saúde priorizar a expansão e a qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Estratégias de desinstitucionalização

Iniciativas que visam garantir o cuidado integral às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

- 1. Serviços Residenciais Terapêuticos:** moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, dentre outros;
- 2. Programa de Volta para Casa:** política pública de inclusão social que provê auxílio de reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Reabilitação psicossocial

A reabilitação psicossocial é uma iniciativa de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais, e deve articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território, para garantir

a melhoria das condições concretas de vida, a ampliação da autonomia, a contratualidade e a inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

3.2.2. Divisão de responsabilidades para operacionalização da RAPS

Para a operacionalização da RAPS, foram definidas as responsabilidades de cada ente federado (BRASIL, 2011):

- a) Governo Federal: apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo o território nacional;
- b) Governo Estadual: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da RAPS no território estadual de forma regionalizada;
- c) Governo Municipal: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da RAPS no território municipal.

3.2.3. O modelo de cuidado psicossocial

Além das dimensões político/jurídicas e assistenciais analisadas, o modelo de atenção psicossocial proposto pressupõe uma concepção clínica que deve se estender para a remissão sintomatológica e englobar práticas de cuidado abrangentes que propiciem a ressignificação do sofrimento e a valorização da autonomia, da qualidade de vida e da reconstrução da identidade do usuário como sujeito social, por meio do vínculo e do estabelecimento de relações horizontalizadas (LUZIO; L'ABBATE, 2009; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021). Nesse sentido, Almeida (2002) afirma que,

[...] no campo da saúde mental, percebe-se que a concepção de autonomia vem distanciando-se da representação de um sujeito independente e reserva aos serviços responsáveis pela superação do paradigma asilar de tratamento um “lugar de passagem”. O objetivo seria promover o aumento do poder contratual de seus usuários, de forma a que estes utilizassem cada vez menos os dispositivos assistenciais. Contudo, e uma avaliação mais cuidadosa da assistência poderia evidenciar, é no espaço da polis, lugar por excelência da reabilitação psicossocial, que as barreiras permanecem quase inalteradas. A construção de um “outro lugar social

para a loucura” parece esbarrar na histórica impossibilidade de a sociedade conviver com a diferença, o que exigiria dos serviços substitutivos estratégias de trabalho cujo espaço de atuação fosse os locais nos quais se desenvolvem as relações sociais em seus mais diversos âmbitos (família, trabalho, lazer, cultura, etc.). O desafio parece ser, mais do que criar uma nova concepção de “clínica”, colocar a própria “clínica” em análise (ALMEIDA, 2002, p. 47).

Para o alcance desses objetivos, ao longo da estruturação do modelo de atenção psicossocial, foram desenvolvidas diversas estratégias cotidianas de cuidado além das práticas tradicionais em saúde, como, por exemplo:

- a) atendimento multidisciplinar, no qual profissionais com formações distintas atendem ao usuário e compartilham decisões acerca do acompanhamento do caso;
- b) oficinas terapêuticas, atividades de expressão corporal e artística, rodas de conversas;
- c) discussões dos casos por todos os membros das equipes e pelas equipes de diversos serviços para possibilitar a circulação de saberes advindos de profissionais com formações e visões de vida distintas que possam inventar novas estratégias para o manejo dos casos;
- d) eleição de um profissional (técnico de referência) que deve se responsabilizar e acompanhar o usuário em seu percurso pelos serviços de saúde;
- e) estratégias para a prevenção ao uso prejudicial de álcool ou outras drogas, englobando a promoção de atividades esportivas e culturais;
- f) intervenções psicossociais para integrar o usuário às redes sociais, como o estímulo à participação do usuário em grupos familiares, comunitários etc.;
- g) ações para o aumento da autonomia e o exercício da cidadania pelos usuários, como, por exemplo, auxílio na realização de carteira de identidade, carteira de trabalho, título de eleitor, confecção de currículos profissionais, regularização de questões bancárias etc.;
- h) atividades para a aquisição de habilidades pragmáticas necessárias à gestão do cotidiano, como capacidade de gerir dinheiro, ir e vir, cuidados com a higiene etc.;
- i) ações para a inserção do usuário no mercado de trabalho, por meio de programas de inclusão produtiva ou do incentivo à criação ou participação em cooperativas sociais ou empreendimentos solidários;

- j) ações para a desinstitucionalização de usuários de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou outras instituições, como, por exemplo, inserção em Serviços Residenciais Terapêuticos; rearticulação de vínculos familiares e/ou sociais etc.;
- k) ações intersetoriais envolvendo outros setores da administração pública, como lazer, justiça, educação, esportes, serviço social, conselho tutelar etc.;
- l) incentivo à participação dos usuários, familiares e profissionais em colegiados, conselhos, comissões, fóruns ou outros espaços de discussão coletiva em saúde mental;
- m) participação dos usuários e familiares nas decisões acerca do tratamento e do funcionamento dos serviços, por meio de assembleia de usuários, reunião com familiares etc.

Dessa forma, a proposta da RAPS pressupõe a instituição de novos processos de trabalho, pois a responsabilização pelo tratamento do usuário presume a invenção, o planejamento e a gestão dos novos saberes e fazeres no coletivo, visando a construção de uma atenção para a emancipação do usuário e garantindo a participação de todos os atores envolvidos. Essas atividades englobam a estruturação de um Projeto Terapêutico Individual (PTI), no qual, para cada caso, a equipe desenvolve sua capacidade de análise da realidade de seu entorno e constrói uma proposta singular para o cuidado de cada sujeito.

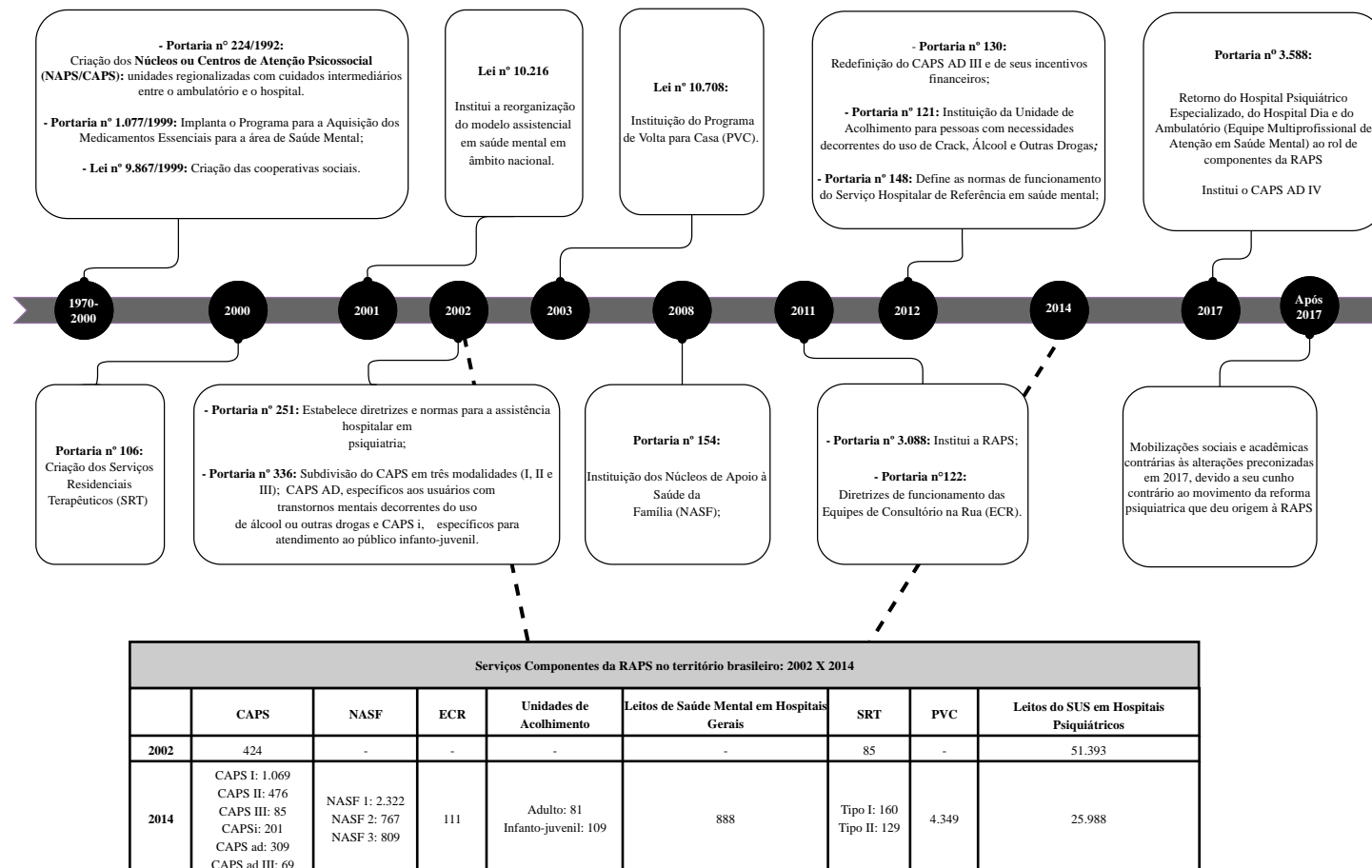
Uma efetiva consolidação das propostas atuais da reforma psiquiátrica requer, portanto, dentre outras ações, um maior compromisso dos gestores com a atenção em saúde mental, um maior investimento no suporte para as equipes dos vários serviços da RAPS, estímulo à organização e à participação dos usuários e familiares, além da integralidade e da intersetorialidade das ações desenvolvidas nas cidades, para construir uma rede de cuidado e participação social (LUZIO; L'ABBATE, 2009).

Mesmo que a implantação desses recursos varie de Município para Município, seu impacto terapêutico diferenciado corrobora com a crítica ao modelo hospitalocêntrico. Diversos trabalhos têm demonstrado que o tratamento comunitário proporciona uma melhora nas habilidades de vida diária, na interação social, no nível global de funcionamento e na qualidade de vida dos usuários, tanto no Brasil quanto no contexto global (JACOB *et al.*, 2007; PATEL *et al.*, 2018; SHEN; SNOWDEN, 2014; WOLRD HEALTH ORGANIZATION, 2018), ratificando a pertinência da reformulação assistencial realizada.

3.2.4. A RAPS brasileira atualmente

Até 2015, a ampliação do acesso ao cuidado, tanto para transtornos mentais graves e persistentes como para transtornos mentais menos graves (e cada vez mais frequentes), seguiu uma linha regular de incremento de serviços e transformação de processos de trabalho (DELGADO, 2019). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), no relatório “Saúde Mental em Dados”, lançado periodicamente até o ano de 2015, houve uma evolução considerável na implantação da RAPS no período, conforme ilustrado na Figura 2, tendo sido alcançado o índice de 86% da população coberta no ano de 2014. Nesse período, o orçamento destinado aos hospitais diminuiu de 95% do total de gastos com saúde mental para menos de 30%, em um cenário de aumento crescente dos recursos (BRASIL, 2015).

FIGURA 2 – Linha do tempo da RAPS



FONTE: Elaborado pela autora.

Após 2016, os dados disponíveis pelo MS sobre a atual PNSM são limitados. Desde então, a saúde pública brasileira tem sofrido uma redução no seu financiamento e um retrocesso no ritmo de implantação de serviços, em consequência da mudança nos rumos da política nacional e da crise financeira que atingiu Estados e Municípios (CASTRO *et al.*, 2019; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2018). Em 2017, após mudanças no direcionamento político do governo federal, foi lançada a denominada *nova* PNSM, por meio da Portaria nº 3588. As alterações preconizadas foram recebidas como um rompimento à tradição de construções de políticas pactuadas com instâncias sociais historicamente envolvidas no processo. Apesar de não alterar as bases assistenciais já instituídas, a ênfase no hospital psiquiátrico e a inclusão do ambulatório em saúde mental (Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental) no rol de componentes da RAPS, a substituição dos leitos em hospitais gerais por enfermarias especializadas com até 30 leitos, o financiamento público para a aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia, bem como a manutenção e o financiamento das CT foram vistos como fortalecedores de uma lógica da especialização e do hospitalocentrismo (ALMEIDA, 2019; BASTOS, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019). Apesar das normativas relativas à nova PNSM não terem sido revogadas, a nota técnica que havia sido publicada descrevendo as mudanças pretendidas foi retirada do site oficial após os protestos, deixando dúvidas em relação à magnitude das alterações que serão realizadas posteriormente (ALMEIDA, 2019).

Quanto a esse aspecto, Nunes *et al.* (2019) argumentam que, apesar da maior oposição à reforma psiquiátrica ter se dado a partir de 2017, com a Portaria nº 3.588, desde os seus primórdios, o movimento contrariou interesses de grupos e agentes, que, por sua vez, atuavam e se manifestavam de acordo com o campo de forças historicamente engendrado. A crise social, política e econômica dos últimos anos acompanha a onda global de políticas de austeridade e de estado mínimo, e passa a ser gerida, nacionalmente, por grupos políticos afeitos a essa ideologia. No campo da saúde mental, a resposta à crise atual manifesta-se por mudanças no plano político-jurídico, com repercussões negativas na RAPS, o que reforça a necessidade de estudos que avaliem criticamente a atual atenção prestada.

3.3. Avaliação em saúde

O conceito de avaliação é parte integrante de todas as áreas do conhecimento, pois possibilita análises situadas e tomadas de decisões informadas. Sua própria realização traz mobilização interna, no sentido da coordenação de esforços de todos os envolvidos e

mobilização externa, destinada a conquistar espaços de viabilidade e credibilidade para as ações. O fato é que, de algum modo, todos participam de procedimentos que têm por foco a verificação de resultados, o alcance de objetivos e a aferição de conhecimentos, sendo que, muitas vezes, a sociedade se organiza em torno deles. Segundo Souza, Guimarães e Silva (2018), admitir essa perspectiva constitui o passo inicial para a concepção de práticas avaliativas que levem em conta os sujeitos que participam dos processos a serem avaliados.

Há diversos sentidos possíveis para a avaliação, entretanto, para muitos autores, os múltiplos pontos de vista podem ser resumidos em uma definição: a avaliação é um dos tipos de julgamento das práticas sociais (SOUZA; GUIMARÃES; SILVA, 2018; SILVA; FORMIGLI, 1994; VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020). Essa consideração significa um avanço ao lidar com esse inevitável componente do processo avaliativo, pois, mesmo que se lance mão de métodos quantitativos – teoricamente mais objetivos –, os resultados da mensuração efetuada serão sempre julgados a partir de méritos e valores impossíveis de serem objetivados. O julgamento se dará, na verdade, a partir da confrontação entre o objeto da avaliação e um referencial definido por critérios preestabelecidos em outras instâncias, ou instituídos em comum acordo com os grupos de interesse, sobre um ou mais dos aspectos envolvidos nessas práticas, devendo, ao final do processo, oferecer subsídios para eventuais tomadas de decisão (AKERMAN; FURTADO, 2016; FURTADO, 2001).

Nesse sentido, ressalta-se a definição de avaliação que embasará o presente trabalho proposta por Contandriopoulos (2006a):

Avaliar consiste fundamentalmente em “fazer um julgamento” de valor sobre uma “intervenção”, empregando dispositivos que permitam fornecer “informações cientificamente válidas e socialmente legítimas” sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, de modo que os diferentes atores envolvidos possam manter a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento sobre a mesma que possa se traduzir em ações (CONTANDRIOPOULOS, 2006a, p. 706).

Guba e Lincoln (1989) definiram quatro gerações da avaliação para delimitar suas principais tendências norteadoras:

- a) primeira geração (1910-1930): refere-se à construção e à aplicação de instrumentos de medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção. Teve origem nas medições de coeficiente de inteligência para a classificação de crianças e a determinação do progresso escolar. O avaliador era o técnico responsável por identificar os instrumentos de medida e, na ausência desses, elaborar novos testes.

Os objetos da avaliação eram os estudantes. Esse modelo de avaliação ainda pode ser encontrado nas organizações públicas e privadas, principalmente no setor da educação;

- b) segunda geração (1930-1967): focada na descrição da intervenção, o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados, como na geração anterior. O objeto de avaliação, que até então eram pessoas, muda de foco e assinala o nascimento da avaliação de programas;
- c) terceira geração (1967-1980): é centrada no julgamento do mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada das melhores decisões. Desde então, em diferentes extensões, o julgamento passou a ser parte integrante da avaliação e o avaliador assumiu um papel de juiz, retendo, ainda, os papéis anteriores com suas funções técnicas e descritivas;
- d) quarta geração (a partir de 1980): refere-se à negociação entre os atores interessados e envolvidos em processos avaliativos. É designada pelos formuladores como avaliação responsiva e construtivista: responsiva por referência à definição do foco da avaliação, em que os parâmetros e limites são determinados interativamente com os diversos interessados (*stakeholders*), e construtivista quanto ao modo de fazer, no qual adota-se um processo (que inclui os programas e os resultados das avaliações) em que múltiplas realidades são construídas/negociadas na interação entre observador e observado.

Segundo Akerman e Furtado (2016), essa caracterização do percurso avaliativo em gerações se apresenta como um recurso pedagógico, o que possibilita indicar diferentes tendências na área que predominaram sobre outras em determinados momentos. Todavia, essa divisão não pode subestimar as contradições e disputas inerentes às práticas sociais ali presentes, cujo surgimento e duração depende de condições objetivas, bem distintas da impressão de sucessão evolutiva ascendente que a ideia de etapas da avaliação costuma levantar.

A exigência de demonstrar a eficácia clínica das intervenções de saúde tem desempenhado um papel cada vez mais proeminente na política de saúde internacional desde meados da década de 1990 (JONES *et al.*, 2018). Todavia, seu exercício foi tardiamente inserido no contexto brasileiro, associando-se, inicialmente, à necessidade de supervisionar os investimentos por parte dos financiadores de órgãos internacionais (AKERMAN; FURTADO, 2016; SOUZA; GUIMARÃES; SILVA, 2018). Dessa maneira, apesar de imprescindível para

o planejamento, a implantação e o monitoramento dos serviços públicos, a avaliação continua entre nós “muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões” (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 87).

A institucionalização da avaliação de forma sistemática nos diversos níveis das práticas de saúde poderia propiciar aos seus gestores informações embasadas para a definição de estratégias de planejamento e intervenção. Muitas informações registradas cotidianamente pelos serviços que poderiam embasar um processo estruturado de monitoramento e avaliação não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas. O enfrentamento desses desafios implica, entretanto, a decisão política de aceitar e incorporar, como um problema a ser solucionado, os possíveis resultados negativos de um processo avaliativo (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Deve-se considerar que a avaliação no âmbito das práticas de saúde é extensa e complexa, pois contempla diversas realidades intrínsecas a diferentes níveis organizacionais, podendo estar relacionadas às políticas de saúde, aos serviços de saúde, aos profissionais, aos usuários, dentre outros. Entretanto, conforme ressaltam Silva e Formigli (1994, p. 89),

[...] a elaboração e a operacionalização de modelos capazes de monitorar os processos concretos de reorganização das práticas de saúde, suas relações com as necessidades de saúde da população, bem como as possíveis modificações ocorridas no nível de saúde das mesmas, em contextos históricos determinados, constituem-se em requisitos para a afirmação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 89).

Uma abordagem clássica para a avaliação em saúde desenvolvida por Donabedian (1980) concebeu a tríade estrutura-processo-resultado. Para esse autor, a “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também poderiam ser consideradas como resultados mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como à satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. Para Donabedian (1980), o processo seria o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado e os resultados refletiriam os efeitos de todos os insumos do cuidado. Ele destaca também o valor da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, considerando que a própria função de monitoramento

é parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados aos recursos materiais que influenciam o processo (HARTZ, 2000; SILVA; FORMIGLI, 1994).

O quadro definido por Donabedian (1980) que será utilizado neste trabalho propõe que a avaliação deve se dar a partir da inter-relação entre estrutura, processo e resultado: uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom processo favorece um bom resultado. Apesar de existirem críticas a esse referencial teórico decorrentes, por exemplo, da homogeneização de fenômenos de natureza distinta, como, recursos materiais e humanos englobados sob o mesmo rótulo de “estrutura”, além da pressuposição da existência de ordem, harmonia e direcionalidade numa relação funcional entre os componentes da tríade (AKERMAN; FURTADO, 2016), não se pode negar sua consistência e utilidade para as práticas avaliativas em saúde.

Praticamente todos os tipos de estudos epidemiológicos podem ser acionados para uma investigação avaliativa na área da saúde (HARTZ, 2000). Entretanto, segundo Tanaka e Tamaki (2012), para que a avaliação contribua para o aperfeiçoamento do processo de decisão na saúde, é necessário que se considere um conjunto de princípios, dentre eles:

- a) utilidade: os achados devem ser úteis à gestão;
- b) oportunidade: a avaliação tem que ser feita em tempo para que seus resultados possam ser utilizados na tomada de decisão;
- c) factibilidade: além de ser viável em termos técnicos, econômicos e políticos, a avaliação deve ter a capacidade de produzir os efeitos esperados das decisões tomadas;
- d) confiabilidade: a avaliação tem que ser revestida de racionalidade, coerência e consistência;
- e) objetividade: deve buscar o melhor conhecimento e o maior aprofundamento possível dentro do tempo e dos recursos disponíveis;
- f) direcionalidade: as escolhas devem ser direcionadas em relação à resolução dos problemas que deram origem ao processo avaliativo, da satisfação das necessidades da população e da implementação das políticas do setor.

3.3.1. Análise da implantação

A implantação ou implementação de um programa significa a operacionalização concreta de uma intervenção em um contexto que pode ser especificado com base em suas

dimensões simbólicas, organizacionais e físicas. O processo de implantação é um dos primeiros passos para a efetivação de uma intervenção acontecendo logo após a decisão de intervir.

Inicialmente, a pesquisa avaliativa de implantação objetivava a avaliação dos impactos específicos dos programas, apoiando-se no modelo da “caixa preta”, no qual a intervenção é tratada como uma variável dicotômica – presença ou ausência – e sendo medidos seus efeitos finais. Embora ainda utilizada, essa metodologia possui muitos limites, pois desconsidera os diferentes componentes necessários, como a estrutura e o processo, além das modificações eventualmente sofridas durante a sua implementação.

A análise de implantação tem por objetivo delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a concretização de uma intervenção (ações, serviços, programas, políticas) e tem particular importância ao se tratar de intervenções complexas, com múltiplos componentes. Nesse sentido, esses fatores são muito relevantes para a avaliação de programas de saúde, porque permitem ao investigador estudar os processos relacionados à sua operacionalização (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; HARTZ; SILVA, 2005). Essa modalidade avaliativa pode ser decomposta de maneiras diversas. A definição utilizada neste trabalho segue o proposto por Champagne *et al.* (2011), que a divide em quatro tipos distintos:

- a) tipo 1a – análise da transformação da intervenção: tem por objetivo explicar a maneira que a intervenção se adapta ao seu contexto ao decorrer do tempo;
- b) tipo 1b – análise de determinantes contextuais do grau de implantação (GI) da intervenção: visa compreender a variação encontrada no GI ou no nível de integralidade de sua implantação;
- c) tipo 2 – análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados: propõe-se relacionar as variações na implantação de alguma intervenção com os efeitos observados;
- d) tipo 3 – análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados: busca explicar as variações dos efeitos observados após a efetivação de uma intervenção.

A análise da implantação tipo 1b, escolhida como metodologia nesta pesquisa, tem como objetivo explicar as diferenças entre a intervenção planejada e a que foi implantada, acrescentando uma dimensão analítica à avaliação normativa quando se trata de avaliar programas complexos e compostos por elementos sequenciais (como a RAPS). O grau de

implantação (GI) da intervenção representa a variável dependente que deve ser colocada em relação às variáveis contextuais do meio de implantação.

Esse método de análise relaciona o grau de implantação aos efeitos produzidos pela intervenção, partindo do pressuposto donabediano que, conforme ressaltado anteriormente, assume que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e que um bom processo de produção do cuidado aumenta a probabilidade de bons resultados (DONABEDIAN, 1988). A integralidade da implantação relaciona-se à intensidade com que as atividades são realizadas em termos quantitativos para cada componente da intervenção, à adequação de tais atividades ao proposto e à extensão dos componentes da intervenção implantados. Dessa maneira, é uma análise interessante a ser realizada em um programa recentemente implantado e deve seguir as seguintes etapas para uma adequada medição do grau de implantação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011):

- a) descrição *a priori* dos componentes da intervenção, isto é, da teoria do programa;
- b) conhecimento das práticas necessárias à implementação da intervenção;
- c) descrição das práticas habituais nas áreas teoricamente atingidas pela intervenção;
- d) análise da variação da implementação em função das características contextuais.

Ainda segundo Champagne *et al.* (2011), o estudo de caso, a análise comparativa e a experimentação são estratégias de pesquisas apropriadas para a avaliação da implantação. O estudo de caso é especialmente apropriado quando a análise do contexto é focada na interação entre os atores concernidos na implementação ou quando se objetiva realizar uma análise processual. A experimentação é uma estratégia que permite ao pesquisador testar o efeito de uma variável sobre uma ou várias outras variáveis, manipulando-as de modo ativo e intencional ou utilizando variações naturais. Já o estudo comparativo, utilizado nesta pesquisa, é recomendado quando há muitas unidades de análise para as quais é possível obter dados estruturados. Para que ele seja utilizado, é necessário que o número de unidades seja maior do que o número de atributos estudados, e sua validade interna depende particularmente: a) do tamanho da amostra, certificando-se que as variações observadas não são aleatórias; b) da qualidade do modelo teórico do programa, que deve antever, de modo mais ou menos exaustivo, as fontes das variações prováveis no interior do estudo; e c) da qualidade das estratégias de modelização dos dados.

3.3.2. *Estudo de Avaliabilidade*

Conforme ressaltado anteriormente, a implantação de uma política ou programa evidencia o quanto essa intervenção se encontra adequadamente operacionalizada, e a avaliação dessa implantação permite conhecer a totalidade das intervenções relativas à validade do seu conteúdo e aos fatores que explicam possíveis discrepâncias entre o planejamento e a execução das ações. Para tal, faz-se necessário seguir os passos citados anteriormente, construindo a teoria do programa, o contexto e os resultados esperados (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; HARTZ; SILVA, 2005).

Para o alcance desses objetivos, antes de iniciar a avaliação propriamente dita, sugere-se a realização de um estudo exploratório da situação concreta, isto é, a prévia da avaliação, como é o caso do Estudo de Avaliabilidade (EA). Em termos teóricos e práticos, utiliza-se tal estudo para determinar se há justificativa para uma avaliação, com vistas a delimitar os objetivos da política, bem como desvelar áreas críticas que demandam foco e atenção (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019).

O EA tem por finalidade descrever, de forma coerente, um plano de avaliação, tornando-a mais consistente e com maior credibilidade. Nessa abordagem, as partes interessadas no programa a ser avaliado são sempre levadas em consideração, a fim de maximizar a utilidade da avaliação. Os produtos desejados desse estudo são: descrição completa do programa, definição das questões coerentes a serem abordadas na avaliação, um plano para o desenvolvimento da avaliação e um acordo entre as partes interessadas. Tal estratégia configura-se, ainda, como fonte de informações relevantes no processo de tomada de decisão, identificando as expectativas e necessidades dos gestores do programa e o contexto em que elas estão inseridas (CRAIG; CAMPBELL, 2015).

Existem na literatura diferentes propostas metodológicas para o EA, sendo a metodologia de Thurston e Ramaliu (2005) uma das mais utilizadas no contexto brasileiro (SOUZA; GUIMARÃES; SILVA, 2018; CRAIG; CAMPBELL, 2015). Esses pesquisadores, revisando estudos de Rossi e Freeman (1999), e de Wholey (1977), propuseram a utilização de um sistema de sete elementos para o EA:

- a) descrição do programa: identificando as metas, os objetivos e as atividades que o constituem;
- b) identificação e revisão dos documentos disponíveis no programa;

- c) modelagem (Modelo Lógico do Programa – MLP) dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas;
- d) supervisão do programa ou obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera;
- e) desenvolvimento de um Modelo Teórico da Avaliação (MTA);
- f) identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos;
- g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação.

Ressalta-se a importância do EA em fornecer um plano estruturado para a realização das etapas de modelização do programa devido à sua relevância no campo da avaliação. Segundo Medina *et al.* (2005), a ideia que operacionaliza o objeto-modelo é a expressão “modelo lógico” (*logic model* ou *logical framework*), consensualmente aceita pela maioria dos avaliadores. Nesse sentido, a construção da teoria do programa é uma atividade carregada de valor (ideias ou sentidos do que “deve ser”), que precisa incorporar tanto os saberes científicos como os saberes práticos dos grupos implicados na avaliação (*stakeholders*). O modelo lógico é entendido como um esquema visual que apresenta o modo pelo qual um programa deve ser implementado e quais resultados são esperados. O processo para a construção da representação visual permite que a racionalidade implícita dos programas, percebidas pelos gestores e demais grupos implicados, seja explicitada através da busca da opinião de especialistas e da inclusão de informações de pesquisas, levando-se a uma maior possibilidade de construção de acordos em relação aos componentes do programa e aos resultados da avaliação. Apresentar e discutir o modelo lógico de um programa é o que permite definir exatamente o que deve ser medido e qual é a parcela de contribuição do programa nos resultados observados.

O EA tem ganhado destaque no estudo de políticas e programas de saúde do SUS, tendo sido utilizado recentemente, por exemplo, no Programa + Vida, no Programa de Controle da Tuberculose (PCT), no Programa de Valorização Profissional na Atenção Básica (Provab), na Rede de Formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, na Atenção Humanizada ao Abortamento, no Serviço Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, na Campanha de Olho na Visão, no Programa Academia Carioca da Saúde, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), na Política Participa SUS, no Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) e na Política Nacional de Regulação no SUS (SOUZA; GUIMARÃES; SILVA, 2018; FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019).

3.3.3. Avaliação em Saúde Mental

Jones *et al.* (2018), comentando sobre o contexto da política de saúde mental do Reino Unido, ressaltam que, em resposta a fatores políticos, sociais e outros, ao longo dos últimos 60 anos, os formuladores de políticas de saúde mental internacionalmente criaram um sistema de atenção expandido que abrange a prestação de cuidados em larga escala às pessoas que vivem na comunidade. Contudo, em seu entusiasmo para garantir a melhoria em um campo negligenciado, os formuladores de políticas desencadearam um excesso de ações direcionadas para baixo, deram atenção insuficiente à necessidade de construir parcerias fortes nos contextos locais e não examinaram suficientemente os efeitos cumulativos de suas atividades.

A avaliação em saúde mental é aqui compreendida, a partir da saúde coletiva, como um processo reflexivo sobre um objeto que produz informações essenciais para o seu entendimento e aprimoramento. Da mesma forma que a avaliação de outras práticas, a pesquisa avaliativa em saúde mental demanda a definição de indicadores capazes de quantificar e/ou qualificar fatos, processos e situações da forma mais próxima possível do real. Nesse campo, entretanto, as práticas avaliativas apresentam particularidades em relação à avaliação de serviços de saúde em geral, pois os indicadores tradicionalmente utilizados, como, por exemplo, número de consultas, internações, remissão de sintomas, número de altas, diagnóstico, dentre outros, não são suficientes para informar a boa ou má qualidade dos serviços e ações criados a partir da desinstitucionalização das práticas em saúde mental (ALMEIDA, 2002).

Ademais, Saraceno, Frattura e Bertolote (1993) ressaltam que o advento da Reforma Psiquiátrica possibilitou que os conceitos de avaliação e de qualidade fossem repensados em um contexto de valorização e respeito à cidadania do doente mental. Segundo esses autores, é necessária a análise de questões, como a inserção comunitária e produtiva dos usuários, apreendidas por meio de variáveis por eles denominadas “*soft*”, em função de sua difícil mensurabilidade, além da verificação da ocorrência de “eventos sentinela”, fatos considerados inadmissíveis no cotidiano dos serviços substitutivos, como, por exemplo, a “ausência de um projeto terapêutico” para o usuário. Ainda assim, as variáveis “*hard*”, como o número de técnicos, o número de salas, a carga horária, dentre outras, não devem ser desvalorizadas.

Dessa forma, tendo em vista os aspectos subjetivos que permeiam a atenção psicossocial e a recente reformulação do modelo assistencial em saúde mental, a sistematização de estratégias avaliativas das práticas atuais constitui uma atividade desafiadora, mas necessária para o acompanhamento de sua implantação e funcionalidade (ALMEIDA, 2002; AMARAL;

BOSI, 2017a; CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017b; COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2014; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Nesse contexto, apesar da recente ampliação ocorrida nas pesquisas em saúde mental nos últimos anos, os estudos avaliativos acerca das redes de atenção em saúde mental são escassos tanto na literatura internacional quanto na literatura nacional, pois a maioria das pesquisas realizadas se concentra na análise de serviços isolados ou de populações específicas (ASHWOOD *et al.*, 2018; CAMPOS, 2011; COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015; FUTADO *et al.*, 2017; JONES *et al.*, 2018; MONTGOMERY *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2014; ONOCKO-CAMPOS, 2019). Da mesma forma, diversos esforços foram empreendidos para o desenvolvimento de indicadores que pudessem ser utilizados para a avaliação desse campo (ALMEIDA, 2002; CAMPOS *et al.*, 2010; FERNANDES *et al.*, 2020; FURTADO *et al.*, 2013; FUTADO *et al.*, 2017; WOLRD HEALTH ORGANIZATION, 2018; 2011). Entretanto, poucos estudos fazem uso de instrumentos padronizados e validados para a avaliação dessa rede, na sua maioria, também tratando de temas e serviços pontuais, como, por exemplo, a Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), a Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR) (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000; BANDEIRA; SILVA, 2012) e um instrumento para a avaliação da estrutura e do processo da assistência em saúde mental nos CAPS (AZEVEDO; SALVETTI; TORRES, 2017).

Com relação à análise de implantação, um estudo de 2015 destaca a lacuna de ferramentas para mapear os serviços de cuidado de saúde mental e propõe um protocolo para avaliar e monitorar o desenvolvimento de sistemas integrados em oito países europeus (SALVADOR-CARULLA *et al.*, 2015). Outras experiências de utilização de instrumentos podem ser visualizadas, como o *European Service Mapping Schedule* (ESMS), desenvolvido para padronizar a classificação dos serviços de saúde e do cuidado fornecido a adultos em situação de sofrimento mental, a Classificação Internacional de Cuidados em Saúde Mental (ICMHC), com o objetivo de avaliar as diferentes modalidades de cuidado ofertadas pelo sistema de saúde, bem como o *European Socio-demographic Schedule* (ESDS), visando uma descrição padronizada das características sociodemográficas do local de aplicação. O ESMS, por sua vez, passou por adaptações para a aplicação em outros países e em outras populações, como a infanto-juvenil (ROMERO-LÓPEZ-ALBERCA *et al.*, 2019). Outro instrumento elaborado com vistas a fornecer dados acerca dos sistemas de saúde mental é o *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* (WHO-AIMS), que tem por objetivo a coleta de informações essenciais ao sistema de saúde mental em países ou regiões

(NEISI *et al.*, 2005). No entanto, na literatura, consta que a descrição fornecida pela aplicação de tal ferramenta fornece achados ainda muito gerais (ROMERO-LÓPEZ-ALBERCA *et al.*, 2019). Além disso, devido às peculiaridades nacionais de cada sistema de saúde, a maior parte desses instrumentos são de difícil replicação e adaptação transcultural, convocando o desenvolvimento de ferramentas pensadas para o modelo brasileiro.

As dificuldades já citadas para a criação de parâmetros que possam avaliar as ações em saúde mental podem explicar a escassez de instrumentos padronizados para a avaliação da RAPS. Entretanto, os pressupostos para a estruturação da rede nos dão elementos para que algumas ações sejam tidas como básicas para o seu funcionamento. Nesta tese, portanto, foi realizado um esforço para a identificação de indicadores que possam captar as ações por nós vistas como essenciais para que a RAPS funcione adequadamente na realidade brasileira, buscando enfrentar as dificuldades inerentes à escolha de parâmetros gerais que possam avaliar simultaneamente um grande número de Municípios diversos entre si, ser reprodutíveis em outras realidades do país e permitir avaliações sequenciais da rede.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com foco na análise da implantação de programas do tipo 1-b (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Nessa avaliação, foram estudadas as dimensões de estrutura e processo da implantação da RAPS em Minas Gerais.

O estudo foi realizado em três etapas:

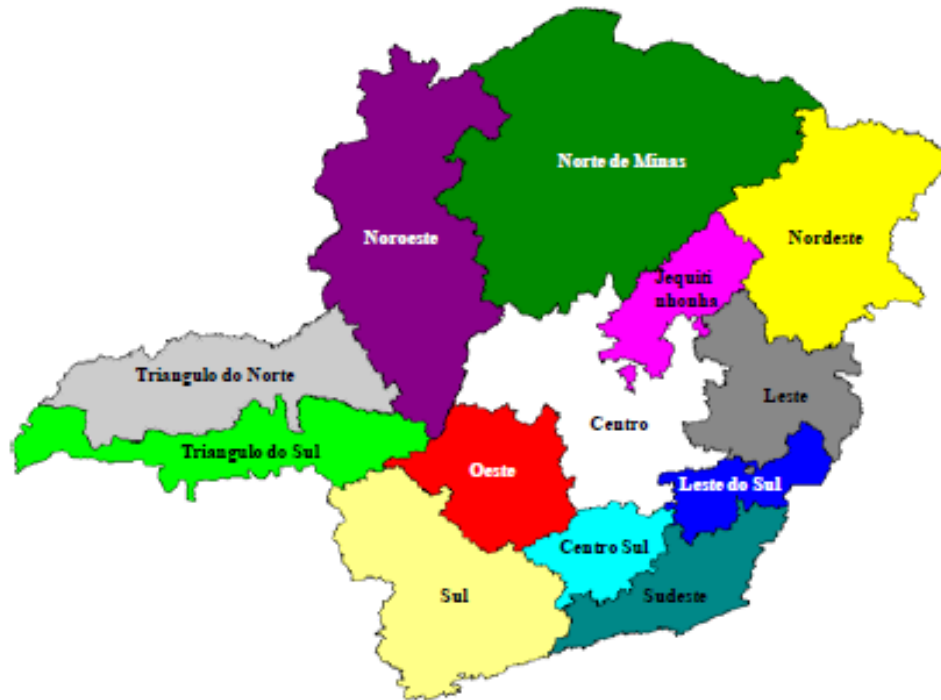
- a) estudo transversal: mapeamento dos serviços de saúde mental implantados no Estado de Minas Gerais;
- b) estudo de Avaliabilidade da RAPS brasileira: desenvolvimento do plano de avaliação da RAPS e validação do instrumento para a coleta de dados;
- c) estudo transversal: análise do grau de implantação da RAPS nos Municípios de Minas Gerais.

4.1. Caracterização do campo de estudo

O Estado de Minas Gerais possui 853 Municípios, apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.731, uma área de 586.521.123 Km², sendo o quarto Estado brasileiro com maior área territorial e o segundo em número de habitantes, com uma população, de acordo com o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, de 19.597.330 habitantes e com estimativas para 2020 de 21.292.666 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

O Estado é dividido de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), de 2011, em 13 Macrorregiões de Saúde. São elas: Sul, Centro Sul, Centro, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Sudeste, Norte, Noroeste, Leste do Sul, Nordeste, Triângulo do Sul, Triângulo do Norte (Figura 3).

FIGURA 3 – Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais



FONTE: MINAS GERAIS (2011).

Essa divisão leva em consideração a base territorial de planejamento da atenção à saúde, em função das características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, da oferta de serviços e das relações entre Municípios. Ressalta-se que, apesar do Plano Diretor de Regionalização de MG ter sido atualizado no final de 2019, optou-se por utilizar neste trabalho a mesma classificação utilizada por Viana *et al.* (2015), pela possibilidade de análises estatísticas comparativas dos resultados encontrados neste trabalho com a tipologia por eles realizada.

No estudo de Viana *et al.* (2015), as 436 microrregiões de saúde brasileiras foram classificadas em cinco grupos:

- a) **Grupo 1:** baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços;
- b) **Grupo 2:** médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços;
- c) **Grupo 3:** médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços;
- d) **Grupo 4:** alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços;
- e) **Grupo 5:** alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços.

Na Tabela 1, abaixo, podem-se notar dois grandes blocos dentro de Minas Gerais: um, que abrange a região Norte e Nordeste, que possuem a maioria de suas microrregiões de saúde

no Grupo 1; e a região Centro Sul e Sudoeste, possuindo a maioria de suas microrregiões no Grupo 3, além de serem as únicas macrorregiões que possuem representantes nos Grupos 4 e 5. Pode-se observar também a dominância de Municípios de pequeno porte no Estado, conforme ressaltado anteriormente.

TABELA 1
Distribuição das Microrregiões de Saúde (RS) em cada Macrorregião do Estado de Minas Gerais pela tipologia estruturada por Viana *et al.* (2015) e por porte populacional dos Municípios

Macrorregião	RS	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	
Centro	10	1	1	4	3	1	
Centro Sul	3	0	0	3	0	0	
Jequitinhonha	2	2	0	0	0	0	
Leste	7	4	0	3	0	0	
Leste do Sul	3	2	0	1	0	0	
Nordeste	8	7	1	0	0	0	
Noroeste	3	0	2	1	0	0	
Norte	9	7	1	1	0	0	
Oeste	6	1	1	4	0	0	
Sudeste	8	1	0	6	0	1	
Sul	12	0	0	10	0	2	
Triângulo do Norte	3	0	1	1	0	1	
Triângulo do Sul	3	0	0	1	1	1	
	n	77	25	7	35	4	6
Minas Gerais	%	100,00%	32,47%	9,09%	45,45%	5,19%	7,79%
	População	100,00%	17,32%	5,65%	42,27%	7,03%	27,73%
	< 50.000	782	262	46	400	20	54
	50 a 100.000	39	7	7	21	3	1
Municípios (hab.)	100 a 300.000	16	1	0	10	2	3
	300 a 500.000	12	0	0	7	1	4
	> 500.000	4	0	0	0	1	3

FONTE: Elaborado pela autora.

4.2. Etapa 1: Mapeamento dos serviços da RAPS implantados no Estado de Minas Gerais

Foi realizado um estudo transversal dos serviços da RAPS de Minas Gerais tendo as macrorregiões e regiões de saúde (RS) como unidades de análise. As informações foram coletadas em maio de 2019, tendo como fontes: bases de dados governamentais (DATASUS e e-GESTORab); a Coordenação Nacional de Saúde Mental; e a plataforma Regiões e Redes (REGIÃO E REDES, 2017), de modo a relacionar os 853 Municípios mineiros, organizados em 13 macrorregiões de saúde e 77 RS. A opção por utilizar a divisão do Estado tal como proposta por essa plataforma baseou-se em sua coincidência com o estabelecido no Plano

Diretor de Regionalização de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010) e na possibilidade de padronização e posterior comparação dos resultados de estruturação regional da RAPS em Minas Gerais com as tipologias estabelecidas por Viana *et al.* (2015), que estratificam as RS brasileiras em relação ao desenvolvimento socioeconômico e à oferta e à complexidade dos serviços de saúde em cada contexto regional. A estratificação por porte populacional baseou-se na classificação dos Municípios nas categorias: pequeno porte = menos de 50.000 hab.; médio pequeno porte = de 50.000 a 99.999 hab.; médio porte = de 100.000 a 299.999 hab.; médio grande porte = de 300.000 a 499.999 hab. e grande porte = acima de 500.000 hab. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Após a organização dos dados em um banco único, foram produzidos indicadores a partir do número de serviços em relação à população, de acordo com a estimativa realizada pelo e-Gestor com referência em 1º de julho do ano anterior (BRASIL, 2017) para melhor compreensão da cobertura efetivada em cada unidade de análise. O cálculo dos índices foi realizado considerando-se o valor máximo de cobertura em cada serviço ofertado, conforme detalhado a seguir.

O Índice Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi calculado à semelhança do indicador CAPS/100.000 hab., já largamente utilizado pelo MS (BRASIL, 2015). Os critérios atuais para financiamento desse serviço estabelecem: a) CAPS I: mais de 15 mil hab.; b) CAPS II, CAPS AD (álcool e drogas) e CAPSi (infanto-juvenil): mais de 70 mil hab.; e c) CAPS III e CAPS ADIII: mais de 150 mil hab. (BRASIL, 2017):

$$iCAPS = 100.000 \times \frac{(CAPS\ I \times 0,5) + CAPS\ II + (CAPS\ III \times 1,5) + CAPSi + CAPSad + (CAPSadIII \times 1,5)}{População}$$

O Índice Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi calculado considerando-se as modalidades I, II e III, com o máximo de cobertura em cada uma delas, ou seja, 9 eSF, 4 eSF e 2 eSF, respectivamente, sendo cada equipe atendendo até 3450 hab. (BRASIL, 2017; BRASIL, 2006; BRASIL, 2020).

$$iNASF = \frac{(NASF\ I \times 31.050) + (NASF\ II \times 13.800) + (NASF\ III \times 6.900)}{População}$$

O Índice Leitos Psicossociais em Hospitais Gerais (LHG) foi calculado considerando-se o valor estipulado pelo MS de um leito para cada 23 mil habitantes (BRASIL, 2017).

$$iLHG = \frac{\text{Número de leitos} \times 23.000}{\text{População}}$$

O Índice Estratégia de Saúde da Família (ESF), também já largamente utilizado pelo MS, foi calculado considerando-se a população que é coberta por tal serviço e a população total (BRASIL, 2017).

$$iESF = \frac{\text{População coberta}}{\text{População total}}$$

Por fim, foi calculado o Índice Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), construído metodológico deste estudo, como um índice geral de implantação dos serviços na RAPS em Minas Gerais:

$$iRAPS = \frac{iCAPS+iNASF+iLHG+iESF}{4}$$

Para melhor visualização da distribuição do iRAPS nas unidades de análises, foram produzidos mapas por meio do *software* QGIS. As análises estatísticas foram realizadas por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS). Com o intuito de analisar se os indicadores apresentam diferenças significativas pelas unidades de análise, foi realizado o teste não paramétrico de Kruskal e Wallis. Para a validação do iRAPS e a análise de sua relação com os demais indicadores, foi aplicada a Análise de Componentes Principais (PCA). Com o objetivo de analisar a interação do iRAPS nas RS segmentadas pela tipologia de Viana *et al.* (2015), pela presença ou não de três pontos de atenção da RAPS e por densidade populacional, foi utilizado o Teste de Correlação, de Spearman.

4.3. Etapa 2: Estudo de Avaliabilidade (EA)

Nessa etapa, utilizou-se como referencial teórico-metodológico o sistema de sete elementos proposto por Thurston e Ramaliu (2005): a) identificação e revisão dos documentos disponíveis; b) descrição do programa, identificando as metas, os objetivos e as atividades que o constituem; c) construção do modelo lógico: representação gráfica dos recursos disponíveis, das atividades pretendidas, dos impactos esperados e das conexões causais presumidas; d)

obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera; e) desenvolvimento de um Modelo Teórico da Avaliação; f) identificação de usuários da avaliação e outros principais interessados (*stakeholders*); e g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento avaliativo.

Para a descrição do programa, foram analisados, no período de agosto de 2019 a janeiro de 2020, documentos técnicos e do arcabouço legal disponíveis em sites governamentais, compreendendo o período de 1991 a 2019, além de revisão da literatura científica. Os *stakeholders* (pessoas envolvidas ou afetadas pelo programa que possam apoiar e contribuir para a avaliação) foram escolhidos de acordo com os critérios propostos pelo *Centers for Disease Control* (CDC) para a avaliação de programas públicos de saúde (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999):

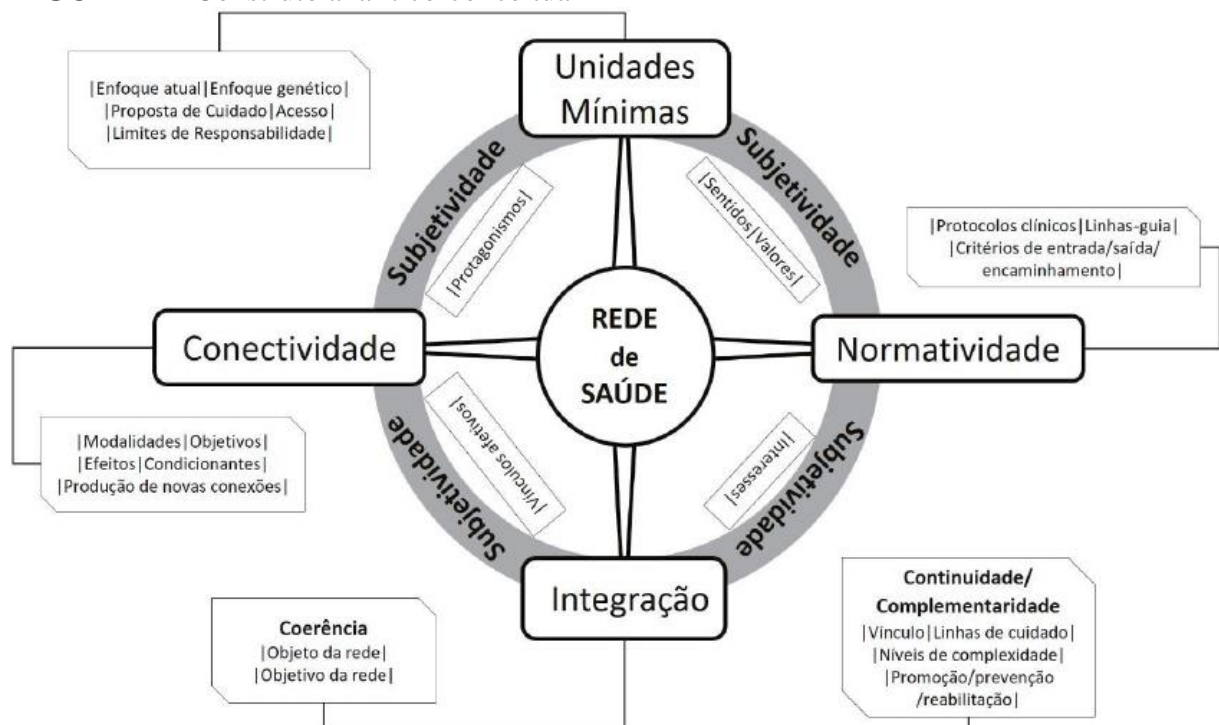
- a. envolvidos no planejamento e coordenação do programa: membros da Coordenação Nacional de Saúde Mental, da Coordenação Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais, da Coordenação Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte e de referências técnicas regionais em saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG);
- b. afetados pelo programa: profissionais de saúde da RAPS e membros da comunidade acadêmica nacional.

Foi realizada uma amostra de conveniência, identificando os principais atores envolvidos, na qual privilegiou-se os participantes da RAPS de Minas Gerais, pela proposta de realização posterior de pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação da RAPS estadual. Esse conjunto de procedimentos possibilitou a sistematização da informação disponível, a identificação dos interessados na avaliação, a obtenção de um acordo quanto ao procedimento avaliativo e a elaboração de um modelo teórico-lógico para o funcionamento da RAPS (CHAMPAGNE *et al.*, 2016). A modelagem da RAPS englobou seus objetivos específicos normativos (BRASIL, 2011; BRASIL, [s.d.]) em diálogo com a literatura e foi realizada a partir do modelo teórico elaborado por Amaral e Bosi (2017) para práticas avaliativas de redes de atenção à saúde. No construto analítico-conceitual realizado por esses autores (Figura 4), foram sistematizados cinco componentes principais:

- a) unidades mínimas: pontos fixos a partir dos quais ocorrem as conexões da rede;
- b) conectividade: modalidades e efeitos das relações estabelecidas entre as unidades mínimas;

- c) integração: efeitos do conjunto das unidades mínimas e suas relações, identificados como coerência, continuidade e complementariedade das ações na rede;
- d) normatividade: construção de e adesão a diretrizes clínicas e linhas de cuidado, critérios de encaminhamento e entrada e saída de cada ponto da rede;
- e) subjetividade: protagonismos, sentidos, valores e vínculos afetivos circulantes na rede.

FIGURA 4 – Construto analítico-conceitual



FONTE: Amaral e Bosí (2017).

O modelo lógico da RAPS foi estruturado nestes componentes, divididos em sub-componentes: **Unidades Mínimas:** assistência à saúde mental e reabilitação psicossocial; **Conectividade:** articulação da rede; **Integração:** governança e gestão do cuidado; **Normatividade:** política de saúde mental e participação e controle social; e **Subjetividade** segundo as dimensões de **Estrutura:** serviços componentes da RAPS, sistema logístico e educação em saúde (recursos físicos, organizacionais ou simbólicos necessários à operacionalização da RAPS), processo (atividades de cada subcomponente para atingir resultados específicos), resultados em curto e médio prazo, e impacto. O desenvolvimento do modelo lógico foi negociado e pactuado entre os pesquisadores envolvidos no projeto e outros pesquisadores da saúde mental, além dos *stakeholders* participantes da pesquisa.

A partir do modelo lógico, foram levantadas 82 questões avaliativas para subsidiar a identificação de indicadores referentes às dimensões estrutura e processo, para a avaliação da implantação da RAPS em Minas Gerais. As questões identificadas foram validadas em sua aparência e conteúdo por meio da Técnica Delphi, definida como um método de tomada de decisão em grupos de juízes com o propósito de chegar a um consenso acerca do construto a ser validado na ausência de um instrumento que seja considerado padrão ouro para comparação (JÜNGER *et al.*, 2017).

Neste estudo, os critérios definidos para a seleção dos juízes seguiram as recomendações de Scarparo *et al.* (2012): ser especialista atuante na área ou possuir título de mestre, doutor ou livre docente e apresentar atuação e/ou produção científica na área nos últimos cinco anos. Com base nos parâmetros definidos, a escolha dos juízes englobou membros da Coordenação Nacional de Saúde Mental, da Coordenação Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais e das Referência Técnicas Regionais em saúde mental da Secretaria Estadual de Minas Gerais, que também sugeriram outros profissionais atuantes e com uma boa percepção da RAPS brasileira. Além disso, foi utilizada a base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq), por intermédio da Plataforma Lattes, para a realização de uma busca pelos pesquisadores brasileiros mais atuantes e influentes na temática do estudo. Buscou-se compor um painel variado no que diz respeito à experiência e atuação dos juízes.

Inicialmente, foi estabelecido um contato prévio, via e-mail, com os 90 juízes selecionados para apresentar os objetivos e a metodologia do estudo, e a solicitação de participação na pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo o anonimato garantido em todo o processo. Posteriormente, utilizando-se o *software* Google Forms®, foi solicitado a cada um dos juízes que avaliasse as questões (ANEXO 1 – Questionário Técnica Delphi) quanto à sua relevância, objetividade e clareza (PASQUALI, 2010).

As respostas foram organizadas em uma escala de opinião: CP: concordo plenamente; C: concordo; NN: não discordo nem concordo; D: discordo; e DP: discordo plenamente; sendo o grau de concordância das respostas encontrado a partir do percentual de questões classificadas na escala CP e C. Os membros do painel possuíam um espaço, em cada questão, para sugerir alterações ou fazer comentários. Foi considerado como ponto de corte para a obtenção do consenso um valor acima de 75% (REWORÊDO *et al.*, 2015) nos três testes calculados: Índice de Validade de Conteúdo (IVC), Razão de Validade de Conteúdo (RVC) e do coeficiente de concordância Kappa.

O IVC foi calculado a partir da somatória de respostas classificadas como CP e C, dividida pelo número total de respostas. Foi calculada também a Razão de Validade de Conteúdo (RVC), que compara essa proporção com o número esperado se os juízes estivessem respondendo ao acaso. Se a quantidade de concordância observada tiver mais de 5% de probabilidade de ocorrer por acaso, então, o item deve ser eliminado ou revisto. Nesse caso, o RVC menor do que 0,54 deveria ser revisto e/ou eliminado. E, por último, foi calculado o coeficiente de concordância de Kappa, que constitui a razão da proporção de vezes que os juízes concordam com a proporção máxima de vezes que os juízes poderiam concordar. Os valores de Kappa variam de -1 (ausência total de concordância) a 1 (concordância total) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O envio dos formulários aos juízes ocorreu em quatro tentativas, no período de 19 de novembro de 2019 a 20 de dezembro de 2019. Os convidados que não responderam ao formulário durante esse período foram excluídos da amostra.

4.4. Etapa 3: Avaliação da implantação da RAPS em Minas Gerais

Nessa última etapa, foi realizado um estudo transversal para a avaliação da implantação da RAPS nos Municípios do Estado de Minas Gerais. Foram considerados elegíveis os 853 Municípios do Estado. Com o intuito de selecionar como respondente o principal responsável pelas ações de saúde mental de cada Município, foi firmada uma parceria com a coordenação de saúde mental da SES/MG, que auxiliou na operacionalização do estudo e colocou os pesquisadores em contato direto com as 28 referências técnicas regionais em saúde mental das Gerências Regionais da SES/MG. Com o auxílio das referências regionais, foi realizada uma busca ativa para localizar os respondentes. Eles foram contatados pela equipe de pesquisa por meio telefônico ou por mensagens do *WhatsApp*®. Quando o Município não tinha um coordenador específico para a saúde mental, o questionário foi enviado para o profissional ou gestor que tivesse o maior conhecimento dessas ações no âmbito municipal. Foi enfatizado que o anonimato do respondente seria garantido, a fim de se obter o máximo de confiabilidade nas informações prestadas.

A coleta de dados foi realizada entre junho e agosto de 2020, por meio do Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS (IMAI-RAPS), validado previamente. Como a coleta foi realizada no início da pandemia Covid-19, foi ressaltado aos respondentes que as informações deveriam ser referentes ao período pré-pandemia, para evitar vieses. O questionário foi disponibilizado pelo *software* GoogleForms® e encaminhado

eletronicamente aos respondentes. Para ter acesso ao questionário, foi necessária a prévia leitura do TCLE e a aceitação em participar da pesquisa.

O IMAI-RAPS (APÊNDICE 1) apresenta 55 questões objetivas, com respostas estruturadas em uma escala Likert, sobre as seguintes variáveis: a) características profissionais e sociodemográficas do responsável pela saúde mental de cada Município; e b) questões acerca das dimensões estrutura e processo da RAPS divididas nos componentes definidos no modelo teórico-lógico do programa.

Para a análise da dimensão estrutural, além das questões presentes no IMAI-RAPS, foram inseridos na avaliação os indicadores produzidos anteriormente relativos aos serviços componentes da RAPS: iESF, iCAPS, iNASF e iLHG. O Grau de Implantação (GI) da RAPS em cada Município foi definido por meio de um sistema de pontuação desenvolvido consensualmente pelos pesquisadores e especialistas da RAPS participantes da pesquisa (*stakeholders*: membros da coordenação nacional de saúde mental, da coordenação estadual de saúde mental de Minas Gerais e da coordenação municipal de saúde mental de Belo Horizonte, a capital de Minas Gerais, bem como referências técnicas regionais da SES/MG e membros da comunidade acadêmica). Esse sistema de pontuação possui pesos diferentes para cada critério selecionado na matriz de análise e julgamento (APÊNDICE 2), de acordo com os critérios de relevância, utilidade, prioridade e viabilidade (SAMICO *et al.*, 2015). Foram excluídas da matriz as questões do IMAI-RAPS que se referiam a um diagnóstico da rede e não eram passíveis de serem avaliadas.

Para o cálculo, foram determinados os valores observados (Σ dos pontos dos critérios) e o GI (Σ observados/ Σ dos pontos máximos esperados X 100) para cada componente, e, posteriormente, foi realizada a somatória dos componentes para o cálculo do GI total. Os escores obtidos a partir da soma dos pontos dos critérios de cada dimensão foram transformados em percentuais, com referência à pontuação máxima possível. A partir desses percentuais, o GI foi assim definido: 75% a 100% – Implantação adequada; 50% a 75% – Implantação parcialmente adequada; 25% a 50% – Implantação não adequada; até 25% – Implantação crítica.

Em relação às variáveis de contexto externo, que podem influenciar na implantação da RAPS, foram analisadas:

- a) porte populacional dos Municípios (menos de 20.000 hab.; 20.000 a 50.000 hab.; 50.000 a 99.999 hab.; 100.000 a 299.999 hab.; 300.000 a 499.999 hab.; e acima de 500.000 hab.);

- b) densidade demográfica municipal;
- c) Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) – índice trienal que agrega informações relativas às dimensões saúde, educação, vulnerabilidade social, segurança pública, saneamento e meio ambiente, cultura e esporte de cada Município de Minas Gerais. O IMRS mais recente e utilizado neste estudo foi realizado com dados dos anos de 2017, 2018 e 2019. (COORDENAÇÃO DE INDICADORES SOCIAIS, [s.d.]).

A hipótese para a escolha dessas variáveis foi a de que Municípios de menor porte populacional poderiam apresentar pior GI da RAPS devido à falta de capacidade de gestão e recursos, tanto materiais quanto humanos. Em relação à densidade populacional, Minas Gerais é composta por Municípios diversos entre si quanto à extensão territorial, densidade demográfica e características socioeconômicas. Dessa maneira, muitos Municípios possuem grande extensão territorial e pequeno contingente populacional, e podem apresentar grandes distâncias entre os diversos serviços da RAPS, além de possíveis dificuldades logísticas e disponibilidade de recursos humanos qualificados, ao passo que Municípios com grandes densidades demográficas, caracterizados por aglomerados e conurbações urbanas, podem possuir serviços mais amplamente implementados, mas sobrecarregados devido ao grande contingente populacional atendido (CALVO *et al.*, 2016). Com relação ao IMRS, buscou-se um índice robusto que pudesse expressar numericamente a situação de cada Município do Estado em relação à sua situação socioeconômica e de saúde. Levantou-se a hipótese de que os Municípios com maior IMRS têm um maior GI da RAPS por estarem melhor estruturados também nesses outros parâmetros.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)®. Para o estudo de associação entre as variáveis qualitativas, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado ou Exato de Fisher e, para a análise das correlações entre as variáveis contínuas, foi utilizado o Teste de Correlação de Spearman. Para a análise e a comparação das variáveis, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

4.5. Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de São João Del Rei, *campus* Centro Oeste, e do Instituto René

Rachou/Fiocruz Minas (CAAE: 77798217.1.0000.5545). O anonimato dos respondentes foi garantido durante todo o processo.

O projeto de pesquisa foi financiado pela FAPEMIG, por meio do edital PPSUS/2017. Sua condução foi auxiliada pelos bolsistas de apoio técnico e de iniciação científica que trabalharam em conjunto com a doutoranda e seus orientadores. A proposta de estudar a RAPS do Estado concretizou-se a partir da parceria estabelecida com a coordenação de saúde mental da SES/MG, que auxiliou na operacionalização da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados alcançados serão apresentados e discutidos por meio dos artigos produzidos em cada etapa do projeto:

5.1. Etapa 1

Artigo 1: Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais/Brasil. Publicado em: *Ciênc. Saúde coletiva* 27(5), maio 2022.

INTRODUÇÃO

A carga global de doença atribuível aos transtornos mentais aumentou em todo o mundo nos últimos anos, no contexto de grandes transições demográficas, ambientais e sociopolíticas, sendo estimada em 13% antes da pandemia COVID 19¹ que ampliou os custos pessoais, sociais e econômicos da doença mental a uma magnitude sem precedentes. Dessa maneira, faz-se necessário que os sistemas públicos de saúde mental sejam potencializados para lidar com essa demanda².

No Brasil, a construção de uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) teve origem na década de 1980, impulsionada por movimentos sociais, apostando em um modelo comunitário de assistência. Nos últimos 30 anos, constatam-se diversos avanços ligados à implementação de serviços territoriais e às práticas clínicas baseadas na atenção psicossocial, levando a experiência brasileira a ter um lugar de destaque no campo da saúde mental global³.

Paralelamente, foram adotadas medidas para a regionalização da assistência em saúde com definição de responsabilidades descentralizadas e instrumentos compartilhados de planejamento, gestão e financiamento, visando a redução da fragmentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a superação das desigualdades que marcam o território brasileiro⁴. Esse arranjo organizacional foi reforçado recentemente pela estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) que integram ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas e níveis de

complexidade⁵. Essa proposta consolida a Região de Saúde (RS), em contraposição ao modelo municipalista vigente até então, como um recorte territorial contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, com características culturais, econômicas e sociais semelhantes e redes de comunicação e infraestrutura compartilhadas⁶. Nesse contexto, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi definida como uma das redes temáticas prioritárias visando a integração da saúde mental nos diversos pontos de atenção do SUS⁷.

Esse processo vem se consolidando nos últimos anos. No entanto, percebe-se uma escassez de dados que permitam seu acompanhamento e avaliação. Até 2015, o Ministério da Saúde (MS) publicava periodicamente o boletim “Saúde Mental em Dados”⁸. Entretanto, desde então, os dados sobre a PNSM e os serviços implantados no país são limitados. Ademais, em 2017, após mudanças no direcionamento político do governo federal, foi lançada a denominada *nova* PNSM⁹. As alterações preconizadas são preocupantes, pois rompem com a tradição de se pactuar com instâncias sociais historicamente envolvidas na sua construção. Além disso, a inclusão do hospital psiquiátrico e do ambulatório em saúde mental no rol de componentes da RAPS, a substituição dos leitos em hospitais gerais por enfermarias especializadas com até 30 leitos, desconsiderando-se a capacidade instalada e as necessidades municipais, e a manutenção e o financiamento das comunidades terapêuticas reforçam uma lógica de especialização e de hospitalocentrismo¹⁰⁻¹².

Essa preocupação se amplia quando se constata que, nos últimos anos, a saúde pública brasileira tem sofrido redução no seu financiamento e retrocesso no ritmo de implantação de serviços, como consequência de mudanças nos rumos da política nacional e da crise financeira¹³. Estes fatos se agravam com a recente intenção do governo federal em revogar portarias que sustentam o financiamento e o funcionamento da RAPS, fragilizando os avanços já alcançados¹⁴ e reforçando a necessidade de análises críticas da dinâmica de oferta dos serviços no campo da saúde mental^{10-12,15}.

Estudos recentes^{16,17} que analisaram a distribuição de serviços da RAPS em âmbito nacional demonstram sua expansão e regionalização, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte. Por outro lado, apontam a existência de vazios assistenciais ligados principalmente à dificuldade de colaboração entre os municípios e ao subfinanciamento. Destaca-se a importância desses trabalhos considerando-se que a maioria das publicações sobre o processo de construção da RAPS são estudos qualitativos de contextos municipais ou regionais^{18,19}. Conforme ressaltado por Mello (2017)²⁰, o descompasso entre a execução de políticas públicas e a pesquisa científica é fato comum, não só no Brasil, mas também na comunidade internacional, sendo que o desmonte recente dos processos regionais da saúde canadense teria sido justificado justamente pela ausência de evidências científicas sobre as políticas instituídas. Diante disso, este estudo pretende analisar a regionalização dos serviços da RAPS em MG, gerando evidências e indicadores que possam potencializar a gestão estratégica do SUS no fortalecimento da atenção psicossocial do estado.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal dos serviços da RAPS de MG tendo as macrorregiões e regiões de saúde (RS) como unidades de análise. As informações foram coletadas em maio/2019, tendo como fontes: base de dados governamentais (DATASUS e e-GESTORab); consulta direta à Coordenação Nacional de Saúde Mental; reconstruídas a partir da plataforma Regiões e Redes²¹, de modo a relacionar os 853 municípios mineiros, organizados em 13 macrorregiões de saúde e 77 RS. A opção por utilizar a divisão do estado tal como proposta por essa plataforma baseou-se em sua coincidência com o estabelecido no Plano Diretor de Regionalização de MG²² e na possibilidade de padronização e posterior comparação dos resultados de estruturação regional da RAPS em MG com as tipologias estabelecidas por Viana et al (2015)²³ que estratificam as RS brasileiras em relação ao

desenvolvimento socioeconômico e à oferta e à complexidade dos serviços de saúde em cada contexto regional. A estratificação por porte populacional baseou-se na classificação dos municípios nas categorias: pequeno porte = menos de 50.000 hab.; médio pequeno porte = de 50.000 a 99.999 hab.; médio porte = de 100.000 a 299.999 hab.; médio grande porte = de 300.000 a 499.999 hab. e grande porte = acima de 500.000 hab²⁴.

Após a organização dos dados em um banco único foram produzidos indicadores a partir do número de serviços em relação à população, de acordo à estimativa realizada pelo e-Gestor com referência em 1º de julho do ano anterior²⁵, para melhor compreensão da cobertura efetivada em cada unidade de análise. O cálculo dos índices foi realizado considerando o valor máximo de cobertura em cada serviço ofertado, conforme detalhado a seguir.

O Índice Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi calculado à semelhança do indicador CAPS/100.000 hab, já largamente utilizado pelo MS⁸. Os critérios para financiamento desse serviço estabelecem: CAPS I mais de 15 mil hab., CAPS II, CAPS AD (álcool e drogas) e CAPSi (infanto-juvenil): mais de 70 mil hab., CAPS III e CAPS ADIII: mais de 150 mil hab²⁶:

$$iCAPS = 100.000 \times \frac{(CAPS I \times 0,5) + CAPS II + (CAPS III \times 1,5) + CAPSi + CAPSad + (CAPSadIII \times 1,5)}{População}$$

O Índice Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi calculado considerando as modalidades I, II e III com o máximo de cobertura em cada uma delas, ou seja, 9 eSF, 4 eSF e 2 eSF, respectivamente, e que cada equipe atende até 3450 hab²⁷⁻²⁹.

$$iNASF = \frac{(NASF I \times 31.050) + (NASF II \times 13.800) + (NASF III \times 6.900)}{População}$$

O Índice Leitos Psicossociais em Hospitais Gerais (LHG) foi calculado considerando o valor estipulado pelo MS de 1 leito para cada 23 mil habitantes²⁶.

$$iLHG = \frac{\text{Número de leitos} \times 23.000}{\text{População}}$$

O Índice Estratégia de Saúde da Família (ESF), também já largamente utilizado pelo MS, foi calculado considerando a população que é coberta por tal serviço e a população total²⁹.

$$iESF = \frac{\text{População coberta}}{\text{População total}}$$

Por fim, foi calculado o Índice RAPS, construído metodológico deste estudo, como um índice geral de implantação dos serviços na RAPS em MG:

$$iRAPS = \frac{iCAPS+iNASF+iLHG+iESF}{4}$$

Para melhor visualização da distribuição do iRAPS nas unidades de análises, foram produzidos mapas por meio do software QGis. As análises estatísticas foram realizadas por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS). Com o intuito de analisar se os indicadores apresentam diferenças significativas pelas unidades de análise, foi realizado o teste não-paramétrico de Kruskal & Wallis. Para validação do iRAPS e análise de sua relação com os demais indicadores foi aplicada a Análise de Componentes Principais (PCA). Com o objetivo de analisar a interação do iRAPS nas RS segmentadas pela tipologia de Viana et al. (2015), pela presença ou não de 3 pontos de atenção da RAPS e por densidade populacional, foi utilizado o Teste de Correlação de Spearman.

O presente estudo constitui parte inicial de uma pesquisa avaliativa da implantação da RAPS em MG, foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos

(CAAE: 77798217.1.3001.5091) e encontra-se financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG).

RESULTADOS

O estado de Minas Gerais é o segundo mais populoso da federação (21.040.662 hab.); tem a quarta maior área territorial (557.448,8 km²) e 853 municípios, sendo que 91,68% deles conta com menos de 50.000hab²⁵.

Na **TABELA 1**, pode-se observar a distribuição dos componentes da RAPS por macrorregião, RS e porte populacional dos municípios de Minas Gerais. Percebe-se que a cobertura de ESF no estado é próxima de 80%, sendo que a cobertura dos serviços da Atenção Primária em Saúde (ESF e NASF), nas cidades de pequeno porte, é superior à dos demais municípios, demonstrando a interiorização desses serviços no estado. Com relação aos CAPS, em suas diversas modalidades, constata-se que foram implantados 369 CAPS em Minas Gerais até 2019. Destes, a maioria são CAPS I, conforme esperado pela prevalência de pequenos municípios em Minas Gerais, presentes em todas as RS, demonstrando uma interiorização também da atenção psicossocial especializada em Minas Gerais.

Região de Saúde	População	ESF		NAS F	EC R	CAPS					UAA	UAI	SRT	LHG	
		N	Cobertura			I	II	III	Inf.	AD					AD III
MPP	2.832.805	653	77,72%	70	1	13	2	2	10	16	1	0	1	1	53
MP	1.941.838	364	64,25%	40	4	1	4	1	9	11	2	0	1	34	41
MGP	3.226.183	686	66,98%	61	6	1	4	4	8	7	3	0	1	3	39
GP	1.906.627	301	54,10%	22	2	0	5	2	3	2	1	0	0	24	42

Legenda: ESF: Equipe de Saúde da Família, NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ECR: Equipe de Consultório de Rua, CAPS: Centro de Atenção Psicossocial, UAA: Unidade de Acolhimento Transitório para adultos, UAI: Unidade de Acolhimento Transitório para o público infanto-juvenil, SRT: Serviço Residencial Terapêutico, LHG: Leito Psicossocial em Hospital Geral; PP: pequeno porte - até 50.000 hab.; MPP: médio pequeno porte - 50.000-100.000 hab.; MP: médio porte - 100.000-300.000 hab.; MGP: médio grande porte - 300.000-500.000 hab.; GP: grande porte - acima de 500.000 hab.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Percebe-se que a implantação das Equipes de Consultório de Rua (ECR) e das Unidades de Acolhimento Transitório (UAA e UAI) ainda é inicial em MG. Com relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), foram implantadas 118 unidades com uma concentração na capital (Belo Horizonte, 30,5%) e em outros municípios nos quais estavam localizados os hospitais psiquiátricos do estado.

Identificaram-se 385 Leitos Psicossociais em Hospital Geral (LHG) no estado, com grandes diferenças de implantação entre as macrorregiões e RS, sendo que a maior parte dos leitos está situada em municípios de pequeno porte, seguida pelos de médio pequeno porte, demonstrando um processo de interiorização também dos LHG no estado.

A **TABELA 2** apresenta o resumo dos indicadores gerados por macrorregiões e RS e também a distribuição das RS pela tipologia proposta por Viana et al. (2015)²³. Como os indicadores foram construídos levando-se em consideração a cobertura estipulada pelo MS, valores maiores ou iguais a 1 indicam que a região tem um quantitativo de serviços conforme o determinado pelas normativas federais.

TABELA 2: Indicadores e Grupos por Macrorregião e Região de Saúde, Minas Gerais, 2019

Macrorregião / Região de Saúde	iES F	iNAS F	iCAP S	iLH G	iRAP S	Grupo	Macrorregião / Região de Saúde	iES F	iNAS F	iCAP S	iLH G	iRAP S	Grupo
Centro	0,74	0,89	1,18	0,23	0,76		Jequitinhonha	0,99	1,31	1,35	1,09	1,19	
Belo Horizonte / Nova Lima / Caeté	0,73	1,00	0,96	0,09	0,69	5	Diamantina	0,98	1,01	0,88	0,94	0,95	1
Betim	0,74	0,73	1,39	0,13	0,75	3	Minas Novas / Turmalina / Capelinha	1,00	1,71	2,00	1,29	1,50	1
Contagem	0,70	0,64	1,03	0,26	0,66	4	Leste	0,83	1,17	1,36	0,39	0,94	
Curvelo	0,88	1,18	1,08	0,62	0,94	2	Caratinga	0,94	1,29	2,47	0,00	1,18	1
Guanhães	0,93	1,26	1,30	0,20	0,92	1	Coronel Fabriciano / Timóteo	0,66	0,64	1,30	0,00	0,65	3
Itabira	0,93	0,86	1,91	0,58	1,07	4	Governador Valadares	0,84	1,37	0,82	0,54	0,89	3
João Monlevade	0,70	0,32	1,08	0,17	0,57	3	Ipatinga	0,77	1,05	0,96	0,61	0,85	3
Ouro Preto	0,86	0,67	3,24	1,24	1,50	4	Mantena	1,00	1,68	2,86	0,00	1,38	1
Sete Lagoas	0,74	1,03	0,79	0,72	0,82	3	Resplendor	0,96	1,24	2,24	1,29	1,43	1
Vespasiano	0,75	0,69	2,31	0,00	0,94	3	Santa Maria do Suaçuí / São João Evangelista	0,94	1,33	1,48	0,00	0,94	1
Centro Sul	0,82	1,13	1,59	0,64	1,04		Nordeste	1,00	1,48	2,22	0,70	1,35	
Barbacena	0,75	1,29	1,47	1,35	1,22	3	Águas Formosas	1,00	1,56	4,20	0,77	1,88	1
Conselheiro Lafaiete / Congonhas	0,85	1,24	1,94	0,52	1,13	3	Almenara	1,00	1,71	2,20	0,88	1,45	1
São João del Rei	0,85	0,83	1,25	0,10	0,76	3	Araçuaí	1,00	1,50	2,79	1,03	1,58	1
Leste do Sul	0,94	1,34	1,87	0,60	1,19		Itaobim	0,98	1,32	3,70	0,57	1,64	1
Manhuaçu	0,95	1,40	2,32	0,53	1,30	1	Nanuque	1,00	0,65	0,73	0,00	0,60	2
Ponte Nova	0,93	1,17	1,18	0,00	0,82	1	Padre Paraíso	1,00	1,71	1,60	0,37	1,17	1
Viçosa	0,93	1,45	1,82	1,67	1,47	3	Pedra Azul	1,00	1,98	4,64	0,00	1,91	1
Sudeste	0,77	0,74	1,50	0,98	1,00		Teófilo Otoni / Malacacheta / Itambacuri	1,00	1,42	1,38	0,85	1,16	1
Além Paraíba	0,80	1,02	1,75	0,40	0,99	3	Noroeste	0,83	0,86	1,07	0,00	0,69	
Carangola	0,98	1,18	3,11	1,61	1,72	1	João Pinheiro	0,73	0,79	0,67	0,00	0,55	2
Juiz de Fora / Lima Duarte / Bom Jardim de Minas	0,65	0,25	0,80	1,07	0,69	5	Patos de Minas	0,92	1,12	1,55	0,00	0,90	3
Leopoldina / Cataguases	0,88	1,00	2,19	1,01	1,27	3	Unaí	0,73	0,54	0,55	0,00	0,46	2
Muriaé	0,99	1,87	2,30	1,06	1,55	3	Norte	0,98	1,18	1,67	0,55	1,09	
Santos Dumont	0,90	0,00	0,99	0,00	0,47	3	Brasília de Minas / São Francisco	0,99	1,52	2,23	0,00	1,18	1
São João Nepomuceno / Bicas	0,85	0,57	0,69	0,00	0,53	3	Coração de Jesus	1,00	1,38	1,05	1,45	1,22	1
Ubá	0,71	0,96	1,75	0,95	1,09	3	Francisco Sá	1,00	1,72	2,02	1,86	1,65	1
Sul	0,77	0,79	1,35	0,36	0,82		Janaúba / Monte Azul	1,00	1,80	2,16	0,66	1,41	1
Alfenas / Machado	0,83	0,73	0,47	0,00	0,51	3	Januária	0,86	0,89	1,73	0,00	0,87	1
Guaxupé	0,85	0,69	0,62	0,00	0,54	3	Manga	1,00	1,99	0,88	0,00	0,97	1
Itajubá	0,75	0,88	1,28	0,00	0,73	3	Montes Claros / Bocaiúva	0,99	0,27	0,89	0,91	0,77	3

Lavras	0,66	0,45	1,91	0,00	0,76	3	Pirapora	0,99	1,13	2,39	0,00	1,13	2
Passos / Piumhi	0,83	1,23	1,72	0,16	0,98	3	Salinas / Taiobeiras	1,00	1,83	1,93	0,33	1,27	1
Poços de Caldas	0,69	0,94	1,07	0,79	0,87	5	Oeste	0,81	1,02	1,82	0,02	0,92	
Pouso Alegre	0,77	0,53	0,82	0,63	0,69	3	Bom Despacho	0,99	1,55	1,40	0,00	0,99	3
São Lourenço	0,91	1,28	2,29	0,44	1,23	3	Divinópolis / Santo Antônio do Monte	0,65	0,65	1,16	0,05	0,63	3
São Sebastião do Paraíso	0,93	1,32	2,79	0,18	1,30	3	Formiga	0,93	1,42	1,90	0,00	1,06	3
Três Corações	0,80	0,49	1,88	0,17	0,84	3	Itaúna	0,84	0,48	2,84	0,00	1,04	3
Três Pontas	0,59	0,83	1,20	2,20	1,20	3	Pará de Minas	0,79	1,08	1,81	0,00	0,92	2
Varginha	0,60	0,31	1,75	0,00	0,66	5	Santo Antônio do Amparo / Campo Belo	1,00	1,59	2,94	0,00	1,38	1
Triângulo do Sul	0,60	0,54	1,41	0,18	0,68		Triângulo do Norte	0,57	0,62	1,12	0,89	0,80	
Araxá	0,64	0,44	1,87	0,00	0,74	4	Ituiutaba	0,64	0,60	0,77	0,00	0,50	3
Frutal / Iturama	0,65	0,56	1,39	0,00	0,65	3	Patrocínio / Monte Carmelo	0,85	1,01	1,80	1,77	1,36	2
Uberaba	0,56	0,57	1,20	0,33	0,67	5	Uberlândia / Araguari	0,49	0,53	1,05	0,89	0,74	5
Minas Gerais	0,79	0,94	1,41	0,42	0,89								

Fonte: Viana *et al.* (2015).

Estatisticamente, verificou-se que há diferença entre os valores de todos os indicadores, de acordo com as macrorregiões de saúde (**TABELA 3**), demonstrando uma heterogeneidade na implantação de serviços da RAPS em Minas Gerais. A Análise de Componentes Principais (PCA) demonstrou que o iRAPS pode ser usado como representante composto dos demais índices, ou seja, as macrorregiões e RS de Minas Gerais são melhor representadas por esse único indicador, o que o valida.

TABELA 3: Teste Kruskal & Wallis: indicadores por macrorregiões de saúde, MG, 2019

Indicadores	Macrorregiões de Saúde													p - valor
	Centro	Centro Sul	Jequitinhonha	Leste	Leste do Sul	Nordeste	Noroeste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	Triângulo do Norte	Triângulo do Sul	
iESF	0,74	0,82	0,99	0,83	0,94	1,00	0,83	0,98	0,81	0,77	0,77	0,57	0,60	0,00
iNASF	0,89	1,13	1,31	1,17	1,34	1,48	0,86	1,18	1,02	0,74	0,79	0,62	0,54	0,00
iCAPS	1,18	1,59	1,35	1,36	1,87	2,22	1,07	1,67	1,82	1,50	1,35	1,12	1,41	0,00
iLHG	0,23	0,64	1,09	0,39	0,60	0,70	0,00	0,55	0,02	0,98	0,36	0,89	0,18	0,00
iRAPS	0,76	1,04	1,19	0,94	1,19	1,35	0,69	1,09	0,92	1,00	0,82	0,80	0,68	0,00

Fonte: Elaborada pelos autores.

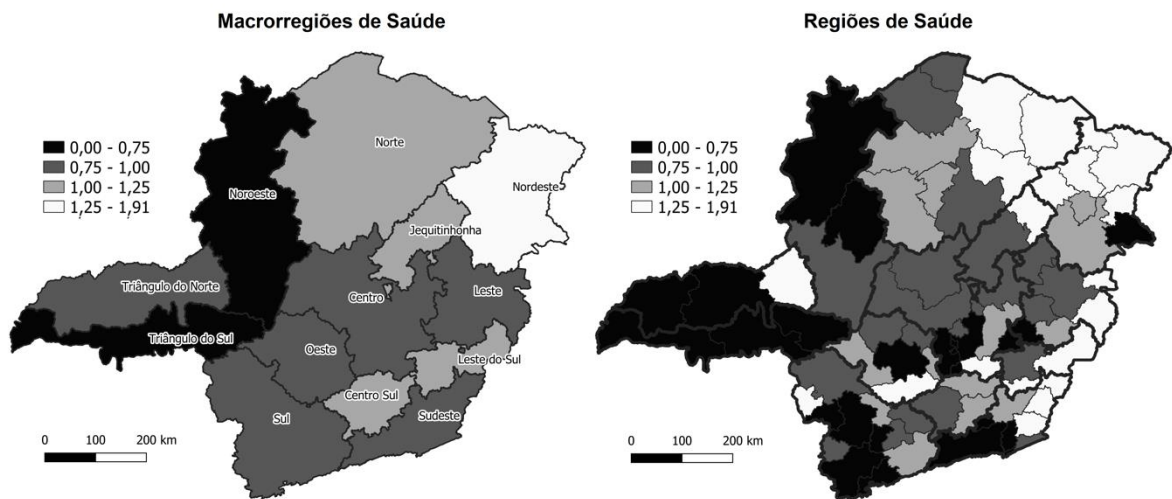
Observa-se que as macrorregiões Jequitinhonha, Leste do Sul, Nordeste e Norte destacam-se com os melhores indicadores do estado, apesar de terem a maioria de suas RS classificadas no Grupo 1 e, portanto, apresentarem menor status socioeconômico e menor oferta de serviços gerais de saúde. A região do Jequitinhonha se destaca também por ser a única macrorregião de MG que tem iLHG maior que 1. Nesse sentido, observa-se que este componente da RAPS é o que possui pior implantação em MG e que a macrorregião Noroeste, que tem 700 mil hab., não possui LHG.

As macrorregiões Triângulo do Norte e Triângulo do Sul, apesar de contarem com RS classificadas como Grupo 3, 4 ou 5, chamam a atenção por terem iESF e iNASF bem abaixo do índice das demais macrorregiões e do estado, denotando uma fragilidade regional neste ponto de atenção da RAPS. O índice NASF estadual foi de 0,94 e encontra-se próximo ou maior

que 1 na maioria das outras macrorregiões. Com relação ao índice CAPS, MG apresentou iCAPS geral de 1,41 e todas as macrorregiões apresentam índices acima de 1.

Aprofundando a análise para as RS, observa-se que o iRAPS de cada macrorregião, tanto pode representar uma homogeneidade regional (com nas RS do Triângulo do Sul), mas também um leque variado de heterogeneidade regional (**FIGURA 1**).

FIGURA 1: Distribuição espacial do iRAPS nas Macrorregiões e Regiões de Saúde de MG, 2019



Fonte: Elaborada pelos autores.

Na análise da **TABELA 2**, percebe-se também uma variação dos indicadores dentro de cada RS. Como exemplo, na macrorregião Sudeste, a RS de Carangola possui o maior iRAPS do estado (1,72) e a RS de Santos Dumont conta com um dos menores iRAPS encontrados (0,47). A RS de Santos Dumont chama atenção também por ser a única do estado que apresenta iNASF 0.

Na análise das RS agrupadas pela tipologia de Viana et al. (2015) percebem-se dados interessantes em MG. As RS do Grupo 1 possuem iRAPS estatisticamente superiores às RS de grupos caracterizados por melhores condições socioeconômicas e de oferta de serviços de

saúde. Foi observada também uma correlação estatística negativa entre a densidade populacional da RS e os valores do iRAPS (**TABELA 4**).

TABELA 4: Análises estatísticas do iRAPS por Tipologia da Região de Saúde, Pontos de Atenção da RAPS nas Regiões de Saúde e Densidade populacional das Macrorregiões e Regiões de Saúde, MG, 2019

		Mediana
iRAPS	Grupo 1	1,30
	Grupo 2	0,94
	Grupo 3	0,85
	Grupo 4	1,07
	Grupo 5	0,69
Tipologia Viana et al (2015)	Teste de Kruskal-Wallis (p-valor)	0,000
iRAPS	< 3 pontos	0,87
	>= 3 pontos	1,07
Pontos de atenção da RAPS	Teste de Kruskal-Wallis (p-valor)	0,016
Regiões de Saúde	iRAPS	1,01
	Densidade Populacional	38,65
	Teste r \hat{o} de Spearman (p-valor)	-0,24 (p-valor 0,000)
Macrorregiões	iRAPS	0,95
	Densidade Populacional	48,62
	Teste r \hat{o} de Spearman (p-valor)	-0,41 (p-valor 0,000)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Ao analisar os pontos de atenção da RAPS nas RS, identificamos que todas elas têm pelo menos dois pontos de Atenção, isto é, APS (ESF ou NASF), Atenção Psicossocial Especializada (CAPS independente da modalidade), e 61% delas contam com três pontos de cobertura da RAPS (APS, CAPS e LHG). Pelas análises estatísticas, foi possível perceber uma relação significativa do iRAPS com as RS que têm três ou mais pontos de atenção da RAPS (**TABELA 4**).

Na análise dos CAPS em suas diversas modalidades, observa-se que as 68 RS que têm, em seu território, uma população maior que 70 mil hab. e atenderiam ao critério de implantação para CAPS II, CAPS i e CAPS AD, 19 (27,9%) não contam com CAPS II, 38 (55,9%) não têm

CAPS I e 32 (47%) não têm CAPS AD. Com relação aos CAPSi, percebe-se também duas macrorregiões sem cobertura. Nesse sentido, a implantação de CAPS III e CAPS AD III mostra-se ainda mais incipiente: das 48 RS que têm mais de 150 mil hab., somente 9 (18,7%) contam com CAPS III e 10 (20,8%) com CAPS AD III. Mesmo quando são analisadas as macrorregiões que atendem ao critério de implantação de CAPS III, evidenciam-se sete macrorregiões que não o possuem. O mesmo ocorre com relação ao CAPS ADIII: 6 macrorregiões não o têm, apesar de seu contingente populacional, demonstrando um entrave para retaguarda às crises em vastos territórios estaduais.

DISCUSSÃO

A regionalização dos serviços de saúde tem ocupado o centro do debate da reorganização do SUS na última década²⁰; entretanto, esse processo ainda encontra diversos entraves para sua concretização. Politicamente, a autonomia municipal, como resultado da direção administrativa inicial da descentralização do SUS, constitui um desafio devido à lógica de negociação dos interesses políticos em detrimento do planejamento regional, aliada a uma debilidade da indução normativa e financeira do governo federal em incrementar seus investimentos de maneira proporcional e equitativa às novas necessidades de fortalecimento sistêmico das RS^{4,6,20,30-32}.

No que tange à regionalização da RAPS, esse processo pode ser ainda mais complexo, tendo em vista que a estruturação de uma rede integrada de atenção em saúde mental, pública e universal, com ações que vão desde o atendimento aos transtornos mentais leves até o manejo das crises, além de serviços e ações de desinstitucionalização e reinserção psicossocial, supõe o desenvolvimento de instrumentos refinados de coordenação, regulação e planejamento^{16,33}.

Percebe-se que houve uma extensa implantação dos serviços da RAPS em MG, principalmente nos municípios de pequeno porte, indicando uma interiorização dessa rede, tal como encontrada em nível nacional^{16,17}. Entretanto, apesar dos avanços, constata-se a

necessidade de maiores investimentos para a concretização do funcionamento das RS como instâncias autônomas de funcionamento da RAPS em MG, pois seria esperado como padrão mínimo três pontos de cobertura da RAPS em cada RS¹⁶, o que não ocorre em 39% das RS do estado.

Conforme demonstrado internacionalmente³⁴, uma rede assistencial integral em saúde mental deve contar com diversos níveis de atenção funcionando de maneira articulada. Dessa forma, a APS funcionando como ordenadora das RAS, como proposto no modelo brasileiro⁵, desempenha um papel fundamental na RAPS, visando o desenvolvimento de ações em um território conhecido e possibilitando aos profissionais uma proximidade para conhecerem a história de vida dos usuários e seus vínculos comunitários³⁵. Percebe-se que o processo de implantação da APS em MG foi extenso, sendo que a maioria das RS do estado apresentam cobertura de ESF superior a 70%. No entanto, ainda estão presentes RS com baixas coberturas de ESF, como Uberaba (56%) e Uberlândia/Araguari (49%), indicando a necessidade de maior investimento na APS dessas regiões pela política estadual. Além disso, sabe-se que a implantação isolada de serviços e equipes não garante um funcionamento adequado dos equipamentos de saúde. Diversos estudos apontam que os profissionais da APS apresentam dificuldades para lidar com as demandas psicossociais e resistências para o cuidado ao usuário com necessidades em saúde mental, o que dificulta o processo de atenção^{35,36}.

Uma das estratégias propostas pelo MS para lidar com essa questão foi a implantação do NASF que, obrigatoriamente, tem um profissional especialista da área de saúde mental, questão fundamental principalmente para os pequenos municípios, onde muitas vezes este é o único profissional com essa formação na cidade³⁷. Nesse sentido, os profissionais do NASF, utilizando dispositivos como o matriciamento³⁶, têm como objetivo desenvolver a proposta de Educação Permanente em Saúde³⁸ para compartilhamento do conhecimento e aumento da capacidade técnica dos profissionais da APS. Todavia, apesar da presença do NASF em boa

parte do estado constituir um avanço para o cuidado em saúde mental na APS em MG, estudos anteriores constataram dificuldades práticas na efetivação dessa proposta, tanto no âmbito nacional^{36,39}, quanto em MG⁴⁰, ligadas à perpetuação do paradigma biomédico, à falta de visão e apoio da gestão, às resistências dos próprios profissionais do NASF à proposta do matriciamento, à falta crônica e alta rotatividade dos recursos humanos, dentre outras. Essas fragilidades podem comprometer tanto a atenção em saúde mental na APS como também a integração desses serviços com os demais componentes da RAPS. Além disso, recentemente⁴¹, o MS lançou uma portaria que deixa a cargo da administração municipal a seleção de quais profissionais seriam necessários para compor a equipe do NASF e retira a obrigatoriedade de contar com um profissional de saúde mental, levando a um receio em relação a continuidade das melhorias já alcançadas.

Com relação aos Consultórios de Rua, que oferecem ações e cuidados de forma itinerante a populações com alto grau de vulnerabilidade social e muitas vezes negligenciadas pelos próprios serviços de saúde⁴², valorizando singularidades e se contrapondo à lógica manicomial, percebe-se que 18 unidades no estado são insuficientes para lidar com a população de rua crescente, principalmente nos grandes centros urbanos, como também observado no contexto nacional^{43,44}

A ampliação do número de Serviços Residenciais Terapêuticos no estado de MG era um dos objetivos da Política Estadual de Saúde Mental⁴⁵. No entanto, essa ampliação não ocorreu, conforme pretendido, no período analisado. Nesse ponto também pode-se inferir entraves relacionados à municipalização da política nacional de saúde, pois os SRT são serviços de gestão municipal, ficando sua implantação a cargo do gestor.

No que tange à atenção psicossocial especializada, o índice CAPS mostra que o estado ampliou sua cobertura passando de 0,95⁸ em 2015 para 1,41 em 2019. Este índice foi impulsionado pelas cidades de pequeno porte, como também encontrado em nível nacional^{16,17}.

Entretanto, evidenciou-se uma baixa implantação de CAPS III e CAPSs direcionados a populações específicas em RS que atenderiam ao critério populacional para sua implantação. O CAPS III, por ter funcionamento 24 horas, possibilita um cuidado contínuo no manejo às crises sendo essencial para que a RAPS possa funcionar prescindindo do hospital psiquiátrico. Apesar da complexidade inerente a esse serviço e seu alto custo de manutenção¹⁸, os resultados encontrados sugerem que o investimento na implantação desses serviços deveria ser visto como prioridade pela política pública para melhor funcionamento da RAPS no estado. Esses resultados podem sugerir também uma dificuldade na pactuação regional de serviços mais estruturados que deveriam dar retaguarda ao contingente populacional estipulado pelas normativas do MS, mesmo que dividido em diferentes municípios. Nesse sentido, o fato do iRAPS ser inversamente proporcional à densidade populacional das regiões analisadas pode mascarar dificuldades práticas do acesso à rede, tendo em vista a grande extensão territorial de algumas macrorregiões e mesmo RS em MG. Ademais, sabe-se que ações da saúde são dificultadas em regiões rurais ou com baixas densidades demográficas, devido a fatores como ineficiências logísticas, ausência de participação popular e à dificuldade de alocação e contratação de recursos humanos⁴⁶. Por outro lado, os menores valores de iRAPS nas regiões mais populosas pode sugerir uma sobrecarga dos serviços nessas localidades.

Os Leitos Psicossociais em Hospital Geral (LHG) devem atender aos casos complexos que ultrapassam a capacidade resolutiva dos CAPS, como alternativa às internações em hospitais psiquiátricos⁴⁷. Entretanto, identifica-se que, de um total de 767 LHG pactuados no Plano de Ação de 2012⁴⁸, MG conseguiu implantar 375. Apesar da deficiência, observa-se que 53,3% dos LHG estão situados em municípios de pequeno porte que não contam com CAPS III e que, se forem utilizados adequadamente e de maneira compartilhada pelas RS, podem favorecer o cuidado integral comunitário nesses territórios.

Com relação à assistência aos usuários com problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, percebe-se um déficit na implantação de CAPS AD e CAPS AD III em MG. Esses dados são concordantes com os achados de Macedo et al (2018)⁴⁹ que demonstraram que, no Brasil, dos municípios com critério para implantação, 50,6% não contam com CAPS AD e 79,1% não contam com CAPS AD III. A mesma observação pode ser feita para as Unidades de Acolhimento Transitório (UAT) que constituem serviços para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas, com acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e com tempo de permanência de até seis meses. Do total de 40 UAA (público adulto) e 52 UAI (público infanto-juvenil) pactuadas em 2016⁴⁵ foram implementadas somente 12,5% das UAA e 13,5% das UAI. Esse cenário também é condizente com o encontrado em nível nacional, em que, do total de municípios que preenchem o critério de implantação, apenas 9,7% contam com esse serviço⁴⁹. Ademais, ainda se percebe preconceito, inexperiência e pouco envolvimento dos profissionais da APS e mesmo do NASF com pessoas usuárias de álcool e outras drogas^{40,49}. Essas constatações podem provocar uma busca dos usuários e familiares por Comunidades Terapêuticas (CT)⁴⁰, serviços que, apesar de terem sido incluídos na nova política nacional de saúde mental, têm um funcionamento contrário a toda a lógica antimanicomial que embasou a implantação da RAPS no país. Ademais, muitas CT não funcionam de acordo com as normas técnicas vigentes, deixando os usuários sujeitos a violações de seus direitos^{11,50}. Em MG, esse fato é ainda mais preocupante, pois o governo estadual instituiu, entre 2012 e 2015, o programa “Aliança pela Vida” que priorizou recursos para essas instituições, na sua maioria privadas e de cunho religioso^{45,50}, e dificultou a implantação de outros serviços, na época. Além disso, a presença de CT, principalmente nos pequenos municípios, pode dificultar o investimento municipal na implantação de outros serviços da RAPS, pois os gestores municipais podem entender as CT como principal retaguarda aos usuários^{40,49}.

Na assistência psicossocial ao público infante-juvenil, ressalta-se que o MS reduziu o critério populacional para financiamento do CAPSi de 200 mil hab. para 70 mil em 2011⁷, o que possibilitou uma ampliação e interiorização. No entanto, a implantação desses serviços em MG ainda é insuficiente: 52,27% das RS estão descobertas. Este dado também foi constatado no contexto nacional, onde, em estudo sobre esses dispositivos, Macedo *et al.* (2018)⁵¹ observaram que eles são insuficientes e desigualmente distribuídos, com a presença de muitos vazios assistenciais no país, em todas as regiões.

Chama atenção nesse estudo que os maiores valores do iRAPS foram encontrados nas RS situadas nos grupos com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Grupo 1), fato que difere do encontrado por Macedo *et al.* (2017)¹⁶ no território nacional, onde as regiões mais bem equipadas com serviços de saúde mental apresentavam médio ou alto desenvolvimento e oferta de serviços de saúde. Esse resultado pode sugerir uma priorização da saúde mental nas ações da política estadual.

Considera-se que o indicador geral criado (iRAPS) constitui uma ferramenta útil para análise do aspecto estrutural da RAPS em Minas Gerais e pode ser reproduzido em estudos posteriores, possibilitando comparações ao longo do tempo da implementação dos serviços desta rede no Estado ou mesmo em outras regiões brasileiras. Deve-se ressaltar que Fernandes (2020)¹⁷ também utilizou um índice geral para análise crítica dos serviços da RAPS no Brasil. Entretanto, neste estudo, foram feitas opções diferentes a respeito de quais serviços incluir no cálculo. A inclusão da cobertura de ESF no índice aqui apresentado, não contemplado no cálculo de Fernandes (2020)¹⁷, relaciona-se ao seu papel fundamental na regionalização dos serviços da RAPS⁶. Por outro lado, a não inclusão das Unidades de Acolhimento Transitório baseou-se no fato de serem serviços direcionados a municípios maiores que representam uma parcela muito pequena dos municípios do estado e poderia, portanto, enviesar o cálculo do índice em MG. Como no cálculo de Fernandes (2020)¹⁷, também não foram incluídos no cálculo

os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) e outros por não serem serviços específicos da RAPS. Empreendimentos solidários, cooperativas sociais, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Equipes de Consultório de Rua (eCR) e Centros de Convivência não foram incluídos por não apresentarem parâmetros gerais definidos para a sua criação, tornando inviável o cálculo de sua cobertura. Os ambulatórios e CAPS AD IV não foram incluídos, pois fazem parte de uma proposta recente e ainda não consolidada⁵².

Como limitações deste estudo, sabe-se que a saúde mental comunitária deve focar não somente no tratamento dos usuários, mas também em suas potencialidades, capacidades e aspirações^{34,53}. Dessa maneira, o fato de a pesquisa atual não incluir, nos serviços analisados, aqueles que focam inserção e participação social do usuário, pode ser visto com ressalvas. Deve-se considerar também que o uso de indicadores para análise da implantação de serviços da RAPS possibilita uma visão panorâmica sobre o processo. No entanto, é necessária alguma cautela na análise dos resultados. Como exemplo, pode-se citar que o MS considera adequada a existência de um CAPS para cada 100.000 hab. e, dessa forma, supor que, nas RS onde o índice está próximo ou superior a 1, teremos CAPS suficientes para o atendimento da população, o que nem sempre é verdadeiro. Mesmo dentro da RS, pode-se ter um território com excesso de cobertura que mascara outro deficiente ou mesmo alguns municípios que não conseguem acesso pela falta de pacto para compartilhamento dos serviços ou, mesmo quando esse pacto existe, a grande distância entre alguns municípios e/ou a falta de transporte público nas localidades podem gerar vazios assistenciais⁵⁴. Dessa forma, para melhor compreensão do funcionamento da RAPS no estado de MG, são necessárias pesquisas futuras que possam aprofundar os resultados aqui encontrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da regionalização da saúde no SUS possibilita identificar particularidades da atenção psicossocial em determinados territórios, ligadas a fatores históricos, econômicos e sociais que produzem diferenças nas condições de saúde, oferta de serviços, cobertura, recursos humanos e financiamento. Nesse sentido, este estudo analisou a regionalização dos serviços da RAPS em MG mediante a construção de indicadores que refletem aspectos estruturais dessa rede, provendo evidências que podem ser utilizadas também pela gestão para melhora da assistência em saúde mental no estado. A partir do cenário apresentado, percebe-se que a implantação de uma rede robusta de serviços da RAPS em MG, entretanto, apesar dos avanços já alcançados, para a consolidação da RS como uma unidade autônoma de atenção psicossocial, ainda necessita melhorias. O conhecimento produzido gerou também subsídios para uma avaliação do grau de implantação da RAPS no estado, estudo que será conduzido pelos autores posteriormente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(2):171-178.
2. Lake J. A Mental Health Pandemic: The Second Wave of COVID-19. *Psychiatric Times* [periódico na internet]. 2020 [citado em 8 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.psychiatrictimes.com/view/a-mental-health-pandemic-the-second-wave-of-covid-19>.
3. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, Sreenivas V, Saxena S. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007; 370: 1061-1077.
4. Moreira LMC, Ferré F, Andrade EIG. Financiamento, descentralização e regionalização:

- transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1245-1256.
5. Brasil. 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; 31 dez.
 6. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1791-1798.
 7. Brasil. 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 (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 26 dez.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPS. Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12. Informativo Eletrônico*. Brasília, 2015.
 9. Brasil. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2018; 22 dez.
 10. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):e00129519.
 11. Bastos FI. Políticas de drogas no Brasil contemporâneo: aportes da ciência, da clínica e do liberalismo moderno. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):e00125519.
 12. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):e00156119.
 13. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini

- LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; 394(10195):345-356.
14. Emerich BF, Arbex D, Yasui S. A quem interessa o desmonte da política de saúde mental? *Folha de S. Paulo* [jornal da internet] 2020 dez. [citado em 8 de fevereiro de 2021]
 15. Cavalcanti MT. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):00184619.
 16. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Soc* 2017; 26(1): 155-170.
 17. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Healthcare Coverage Index in the Psychosocial Care Network (iRAPS) as a tool for critical analysis of the Brazilian psychiatric reform. *Cad Saude Publica* 2020; 36(4):e00049519.
 18. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado, PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e113.
 19. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet* 2015; 20(10):3243-3253.
 20. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1291-1310.
 21. Região e Redes. Região e Redes: banco de indicadores regionais e tipologias. 2020. Disponível em: <http://indicadores.resbr.net.br/view/>. Acesso em: 2020 jul 15.
 22. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor de Regionalização.2011.Disponível em:

- <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>. Acesso em: 2021 fev 08.
23. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Soc* 2015; 24(2):413-422.
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE – Cidades e Estados. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 2020 set 02.
 25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão na Atenção Básica. *e-Gestor AB*. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.html> Acesso em: 2021 jan 20.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017, 28 set.
 27. Ministério da Saúde. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006.
 28. Ministério da saúde. SAPS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família: Modalidades NASF. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/modalidades/>. Acesso em: 2021 fev 08.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Metodológica. Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica, 2017. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_SB.pdf. Acesso em: 2021 fev 08.
 31. Vázquez M-L, Vargas I, Unger J-P, Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Albuquerque P, Eguiguren P, Cisneros AI, Rovere M, Bertolotto F. Evaluating the

- effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015; 5(7):e007037.
32. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11): 2881-2892.
 33. Amaral CEM, Bosi MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saude e Soc* 2017; 26(2): 424-434.
 34. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* 2016; 15(3):276–286.
 35. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. *Esc Anna Nery* 2019; 23(2): 1-8.
 36. Treichel CAS, Onocko-Campos RT, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2019; 23: e180617
 37. Alvarez APE, Vieira ACD, Almeida FA. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2019; 29(4):1-17.
 38. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004, 13 fev.
 39. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde em Debate* 2017; 41: 345-359.

40. Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu)* 2021; 25: e200438
41. Brasil. Nota técnica nº3/2020 de 27 de janeiro de 202. Tem como assunto o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília; 2020.
42. Coelho VAA, Costa-val A, Silva RA, Cunha CF. Navegar é preciso, viver é (im) preciso. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade* 2016; 6(1):99-112.
43. Machado MPM, Rabello E. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2018; 28(4):e280413.
44. Natalino MAC. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil*. Brasília, DF: IPEA, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf. Acesso em: 2021 fev 08.
45. Governo do Estado de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 5461 de 19 de outubro de 2016. Institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2016.
46. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2016; 25(4): 767-776.
47. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12): 4579-4589.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. *Diário Oficial da União* 2013; 23 abr.
49. Macedo JP, Abreu MM, Dimenstein M. A regionalização da atenção psicossocial em álcool e outras drogas no Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2018; 11(3):144-162.
 50. Conselho Federal de Psicologia. Ministério Público Federal. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília: CFP; 2018.
 51. Macedo JP, Fontenele MG, Dimenstein M. Saúde Mental Infantojuvenil: Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil. *Rev Polis e Psique* 2018; 8(11):112-131.
 52. Brasil. Nota Técnica N° 38/2019 de 18 de dezembro de 2019. Trata-se da Revogação de Notas Técnicas. Departamento de Ações Estratégicas (DAPES/SAPS/MS). Brasília; 2019.
 53. Amarante P, Torre EHG. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(63):763-774.
 54. Gonçalves VM, Candiago RH, Saraiva SS, Lobato MIR, Belmonte-de-Abreu OS. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Rev psiquiatr do Rio Gd do Sul* 2010; 32(1):16-18.

5.2. Etapa 2

Artigo 2: Rede de Atenção Psicossocial: desenvolvimento e validação de um instrumento multidimensional para avaliação da implantação (IMAI-RAPS): aceito para publicação na *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.

INTRODUÇÃO

A saúde mental representa um dos encargos mais significativos e crescentes para a saúde pública global: estima-se que 13% da carga global de doenças seja devido aos transtornos mentais, neurológicos e secundários ao uso de álcool ou outras drogas (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016). Essa alta carga global está associada, entre outros fatores, à alta prevalência, ao início precoce e curso crônico desses transtornos e à ampla lacuna de tratamento ainda existente (KOHN *et al.*, 2018). Dessa maneira, a necessidade de fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde para responder a esses transtornos de maneira efetiva é premente (ZHOU *et al.*, 2018).

Nas últimas décadas, foram feitos avanços significativos na América Latina na melhoria dos serviços de saúde mental. Essas mudanças, seguindo alterações realizadas em anos anteriores nos países de maiores recursos, se basearam na substituição do foco na assistência hospitalar para um cuidado estruturado em serviços comunitários integrados à Atenção Primária à Saúde (APS) com destaque para a proteção dos direitos humanos e protagonismo dos usuários (CALDAS DE ALMEIDA, 2013; PATEL *et al.*, 2018). No Brasil, a construção de uma política nacional de saúde mental teve origem na década de 1980, impulsionada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, apostando em um modelo comunitário de assistência. Desde então, constatam-se diversas mudanças ligadas a implementação de serviços territoriais e práticas clínicas baseadas na atenção psicossocial, levando a experiência brasileira a ter um lugar de destaque no campo da saúde mental global (JACOB *et al.*, 2007; ALMEIDA, 2019).

Em 2010, visando aprofundar as estratégias de descentralização e regionalização para redução da fragmentação assistencial do SUS, foram estruturadas as Redes de Atenção à Saúde que integram ações e serviços de diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2010). Nesse contexto, foi instituída a RAPS, objetivando o aprimoramento e a articulação dos diversos pontos de atenção à saúde que a compõem: APS, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017). Foram enfocados também a

ampliação dos serviços existentes privilegiando populações vulneráveis como os usuários de álcool ou outras drogas, crianças e adolescentes, populações de rua e indígenas, além do aumento do acesso e da vinculação dos usuários aos pontos de atenção (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A oferta de uma atenção integrada em saúde mental, ancorada no trabalho multidisciplinar e na clínica ampliada, de acesso universal para a população brasileira, entretanto, é uma tarefa complexa. A existência de lacunas entre as diretrizes político-assistenciais e a prática cotidiana foi identificada em estudos anteriores (FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015), suscitando questionamentos sobre o alcance das alterações realizadas e convocando a avaliação como instrumento na busca de respostas (MOREIRA; BOSI, 2019).

Nesse sentido, a avaliação da RAPS brasileira encontra-se aquém da expansão ocorrida, conforme demonstrado em recente revisão sistemática (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015). A maioria das pesquisas realizadas ainda se concentra na análise de serviços isolados ou de populações específicas. Da mesma forma, poucos estudos fazem uso de instrumentos padronizados e validados para avaliação dessa rede (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015), na sua maioria também tratando de temas e serviços pontuais como, por exemplo, a Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), a Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR) (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000; BANDEIRA; SILVA, 2012) e um instrumento para avaliação da estrutura e processo da assistência em saúde mental nos CAPS (AZEVEDO; SALVETTI; TORRES, 2017). Dessa maneira, é possível perceber que a RAPS brasileira ainda carece de instrumentos capazes de avaliá-la como um todo (AMARAL; BOSI, 2017; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2018).

O objetivo do presente estudo foi desenvolver e validar um instrumento multidimensional estruturado e reprodutível para avaliação da estrutura e processo (DONABEDIAN, 1978) no contexto de implantação da RAPS em Minas Gerais (MG). Acredita-se que o uso de um instrumento validado capaz de identificar as fragilidades e fortalezas na implantação da RAPS, possa subsidiar o gerenciamento e a tomada de decisões, além de favorecer o diálogo entre os achados em diferentes regiões e de possibilitar comparações ao longo do tempo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa e delineamento transversal que conduziu a validação de conteúdo e aparência de um questionário

multidimensional para análise da implantação da RAPS, segundo as dimensões de estrutura e processo (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Os estudos metodológicos utilizam métodos de obtenção, organização e análise de dados e abordam a elaboração e validação dos instrumentos de pesquisa (POLIT; YANG, 2016).

O estudo foi executado em três etapas: (1) estudo de avaliabilidade; (2) desenvolvimento do instrumento de medidas; e (3) aplicação da técnica Delphi para validação de conteúdo e aparência das questões. No estudo de avaliabilidade, etapa que consiste no plano da avaliação, utilizou-se uma metodologia baseada no sistema de sete elementos proposto por Thurston e Ramaliu (2005): (1) identificação e revisão dos documentos disponíveis; (2) descrição do programa identificando as metas, os objetivos e as atividades que o constituem; (3) construção do modelo teórico-lógico: representação gráfica dos recursos disponíveis, das atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas; (4) obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera; (5) desenvolvimento de um Modelo Teórico da Avaliação; (6) identificação de usuários da avaliação e outros principais interessados (*stakeholders*); e (7) obtenção de um acordo quanto ao procedimento avaliativo.

Inicialmente, para participar do plano de avaliação, foram identificados os *stakeholders*, pessoas envolvidas ou afetadas pelo programa que possam apoiar e contribuir na avaliação, escolhidos a partir dos critérios propostos para avaliação de programas públicos de saúde (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999): envolvidos no planejamento e coordenação do programa, profissionais de saúde atuantes e membros da comunidade acadêmica. A amostra de conveniência foi constituída por membros da coordenação federal, estadual (MG) e municipal (Belo Horizonte, capital de Minas Gerais) de saúde mental e referências técnicas regionais da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Privilegiou-se os participantes da RAPS de Minas Gerais, pela proposta de desenvolver a *posteriori*, uma pesquisa avaliativa da implantação da rede no Estado (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

A seguir, foram identificados e revistos, no período de janeiro a julho de 2019, documentos técnicos e do arcabouço legal, disponíveis em sites governamentais, compreendendo o período de 1991 a 2019, além de revisão da literatura científica. A apropriação do conhecimento de como a RAPS opera e a identificação dos *stakeholders* foi de fundamental importância para a descrição do programa, a elaboração do modelo teórico-lógico e a obtenção de um acordo quanto a avaliação.

O modelo teórico-lógico da RAPS foi desenvolvido a partir do modelo analítico conceitual de redes de saúde desenvolvido por Amaral e Bosi (2017), considerando as suas

cinco dimensões: unidades mínimas, conectividade, integração, normatividade, subjetividade. Para este estudo, considerou-se as cinco dimensões citadas como componentes e estes foram subdivididos em subcomponentes. Para cada subcomponente foram elencadas as atividades (processo) necessárias para alcançar os resultados esperados (curto e médio prazos), mediante os recursos empregados (estrutura) (CHAMPAGNE *et al.*, 2016). Participaram da revisão, reelaboração e consenso do modelo, pesquisadores e *stakeholders*, conforme detalhado posteriormente.

O modelo teórico-lógico da RAPS subsidiou a identificação de 82 questões avaliativas (11 da dimensão estrutura e 71 da dimensão processo), sendo 34 referentes ao componente Unidades Mínimas, 14 à Conectividade, 6 à Integração, 9 à Normatividade, 8 à Subjetividade e 11 à Estrutura. Tais questões foram organizadas de modo a estabelecer o formato geral do questionário multidimensional. Ressalta-se que o instrumento seguiu o esquema proposto na modelagem da RAPS e foi estruturado para ser respondido pelos responsáveis pelas ações de saúde mental dos municípios de Minas Gerais.

Para a validação de conteúdo e de aparência das questões identificadas, foi utilizada a Técnica Delphi, definida como um método de tomada de decisão em grupos de juízes com o propósito de chegar a um consenso acerca do construto a ser validado (JÜNGER *et al.*, 2017). Neste estudo, os critérios definidos para a seleção dos juízes seguiram as recomendações de Scarparo *et al.* (2012): ser especialista atuante na área ou possuir título de mestre, doutor ou livre docente e apresentar atuação e/ou produção científica na área nos últimos cinco anos. Com base nos parâmetros definidos, a escolha dos juízes englobou membros da Coordenação Nacional de Saúde Mental, da Coordenação Estadual de Saúde Mental de MG e das Referências Técnicas Regionais em Saúde Mental da Secretaria Estadual de Minas Gerais, que também sugeriram outros profissionais atuantes e com uma boa percepção da RAPS brasileira. Além disso, foi utilizada a base de dados do CNPq, por intermédio da Plataforma Lattes, para a realização de uma busca pelos pesquisadores brasileiros mais atuantes e influentes na temática do estudo. Buscou-se compor um painel variado no que diz respeito à experiência e atuação dos juízes.

Para a coleta de dados, inicialmente, foi estabelecido um contato prévio via e-mail com os juízes selecionados, para apresentar os objetivos e a metodologia do estudo, a justificativa do processo de validação e a solicitação de participação na pesquisa. Posteriormente, foi enviado, por intermédio do *software* Google Forms®, o formulário que continha as questões elaboradas e solicitava que cada um deles ponderasse cada uma delas quanto aos critérios propostos por Pasquali (2010): relevância, objetividade e clareza. As respostas foram

organizadas em uma escala *Likert* – CP: concordo plenamente; C: concordo; NN: não concordo nem concordo; D: discordo; DP: discordo plenamente. Além disso, cada questão contava com um espaço para que os juízes pudessem sugerir alterações ou fazer comentários.

A aplicação dos formulários ocorreu em quatro tentativas no período de 19/11/19 a 20/12/19. Os convidados que não responderam ao formulário durante esse período foram excluídos da amostra. A participação dos especialistas foi precedida pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo garantido o anonimato durante todo o processo.

Para análise dos dados, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para identificar o grau de concordância dos especialistas. A indicação de ponto de corte para obtenção do consenso varia na literatura entre os valores de 50 a 80% (JÜNGER *et al.*, 2017), tendo sido escolhido o ponto de corte de 75% de concordância neste estudo. Se este consenso não é alcançado na primeira rodada, define-se que sejam feitas até três rodadas do questionário entre os participantes. O IVC foi calculado a partir da somatória de respostas classificadas como CP e C, dividida pelo número total de respostas. Foi calculada também a Razão de Validade de Conteúdo (RVC) que compara essa proporção com o número esperado se os juízes estivessem respondendo ao acaso. Se a quantidade de concordância observada tiver mais de 5% de probabilidade de ocorrer por acaso, então o item deve ser eliminado ou revisto. Neste caso, o RVC menor que 0,54 deveria ser revisto e/ou eliminado. E por último, foi calculado o coeficiente de concordância de Kappa, que constitui a razão da proporção de vezes que os juízes concordam com a proporção máxima de vezes que os juízes poderiam concordar. Os valores de Kappa variam de -1 (ausência total de concordância) a 1 (concordância total) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE: 77798217.1.3001.5091), faz parte da pesquisa de doutoramento da primeira autora e encontra-se financiado pela FAPEMIG.

RESULTADOS

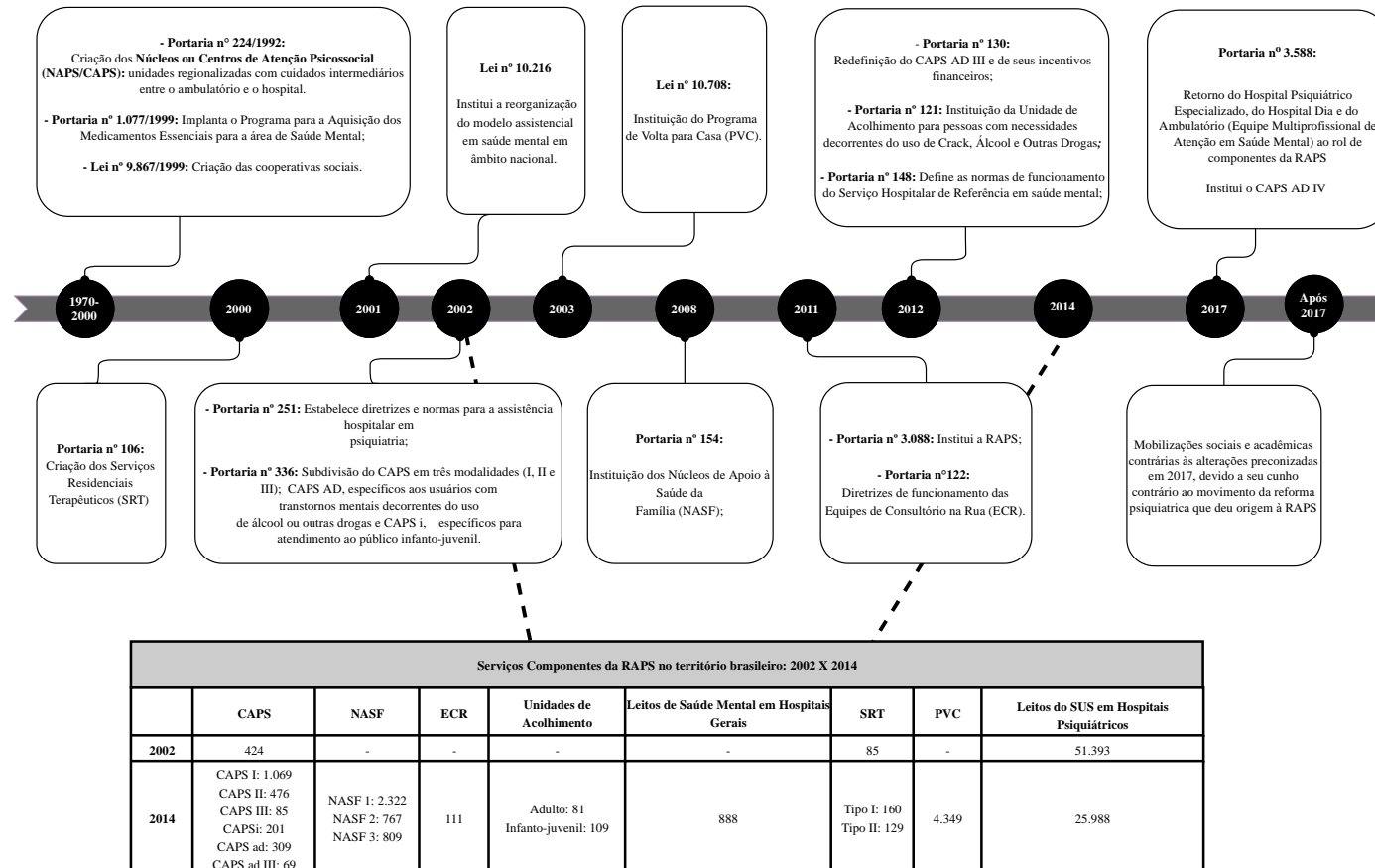
Descrição do programa

A atenção psicossocial prestada pelo SUS no Brasil por meio de serviços territoriais começou a ser reivindicada na década de 1970, época em que a institucionalização era a principal maneira de abordagem das pessoas em sofrimento mental (FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015). Após 12 anos de tramitação no congresso nacional, a promulgação da Lei nº 10.216, em 2001, constituiu um marco legislativo desse processo redirecionando o modelo de atenção.

Conforme ilustrado na FIGURA 1, a nova política assistencial se baseou inicialmente na criação dos CAPS) Instituídos como serviços de caráter intermediário entre o ambulatório e a internação hospitalar, esses serviços foram progressivamente aumentando seu nível de complexidade, agregando em suas atividades o manejo das crises, o funcionamento 24 horas e a hospitalidade noturna, o acompanhamento dos pacientes graves após a estabilização e sua inserção no território. Dessa maneira, os CAPS subverteram a lógica da hierarquização e se organizaram agregando vários níveis de atenção à saúde em uma só unidade (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2018). Posteriormente os CAPS foram sendo diversificados com a criação de serviços específicos para portadores de sofrimento mental advindo do uso de álcool ou outras drogas (CAPS AD) e para crianças e adolescentes (CAPSi). Paralelamente, foram instituídas diversas estratégias para ampliação do novo modelo assistencial: reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, privilegiando hospitais de pequeno porte, internações curtas definindo critérios para proteção dos direitos dos usuários; criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e auxílio-reabilitação para egressos de internações de longa permanência (Programa de Volta para Casa); estímulos à constituição de cooperativas sociais; atendimento aos casos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS); planos para atendimento às crianças, adolescentes e população de rua em sofrimento mental; integração com os serviços de urgência e emergência; critérios para a implantação de leitos destinados a retaguarda em saúde mental em hospitais gerais, dentre outros (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), no relatório Saúde Mental em Dados, lançado periodicamente até o ano de 2015, houve uma evolução considerável na implantação da RAPS no período, tendo sido alcançado o índice de 86% da população coberta no ano de 2014. Na FIGURA 1 pode-se observar também um comparativo do número de serviços implantados no território brasileiro entre 2002 e 2014, demonstrando a implementação de uma ampla rede de serviços para atenção psicossocial, com a redistribuição dos recursos financeiros da rede hospitalar para os serviços comunitários: neste período, o orçamento destinado aos hospitais diminuiu de 95% do total de gastos com saúde mental para menos de 30%, em um cenário de aumento crescente dos recursos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

FIGURA 1: Linha do tempo da Rede de atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: Elaborada pelos autores.

Em 2017, após mudanças no direcionamento político do governo federal, foi lançada a denominada “nova” Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). As alterações preconizadas foram recebidas por profissionais e pesquisadores envolvidos na elaboração das ações públicas de saúde mental no país como um rompimento à tradição de construções de políticas pactuadas com instâncias sociais historicamente envolvidas no processo. Apesar de não alterar as bases assistenciais já instituídas, a inclusão do hospital psiquiátrico e do ambulatório em saúde mental (Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental) no rol de componentes da RAPS; a substituição dos leitos em hospitais gerais por enfermarias especializadas com até 30 leitos; o financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia e a manutenção e financiamento das Comunidades Terapêuticas foram vistos como fortalecedores de uma lógica da especialização e do hospitalocentrismo (ALMEIDA, 2019; BASTOS, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Desde então, os dados disponibilizados pelo MS sobre a RAPS são limitados. Apesar das normativas relativas a nova PNSM não terem sido revogadas, a nota técnica que havia sido publicada descrevendo as mudanças pretendidas foi retirada do site oficial após os protestos, deixando dúvidas com relação a magnitude das alterações que serão realizadas posteriormente (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Entendimento da operacionalização do programa, identificação dos interessados na avaliação e obtenção de um acordo quanto à avaliação

Ao longo do estudo, foram realizadas reuniões do grupo de pesquisa (professores, bolsistas de apoio técnico – mestres e alunos de iniciação científica) com os *stakeholders* sendo: duas reuniões com membros da Coordenação Nacional de Saúde Mental, oito reuniões com membros da Coordenação Estadual de Saúde Mental de MG; três reuniões com as 28 referências técnicas regionais em saúde mental de MG e uma reunião com a Coordenação de Saúde Mental de Belo Horizonte (capital de Minas Gerais). Nesses encontros, discutiu-se a operacionalização da RAPS e os principais pontos a serem abordados na pesquisa, levando em consideração a opinião dos envolvidos, na perspectiva de construção de uma avaliação participativa. Os participantes aprovaram e estimularam a avaliação, forneceram informações e documentos administrativos, além de terem participado das reuniões de trabalho. Esse envolvimento possibilitou uma aproximação dos pesquisadores com aspectos práticos da operacionalização da RAPS e garantiu o cumprimento dos padrões de qualidade da pesquisa avaliativa: utilidade, factibilidade, propriedade e acurácia (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999; YARBROUGH *et al.*, 2010; CRAIG; CAMPBELL, 2015). Ademais, foram identificados interessados na avaliação da RAPS mesmo sem sua

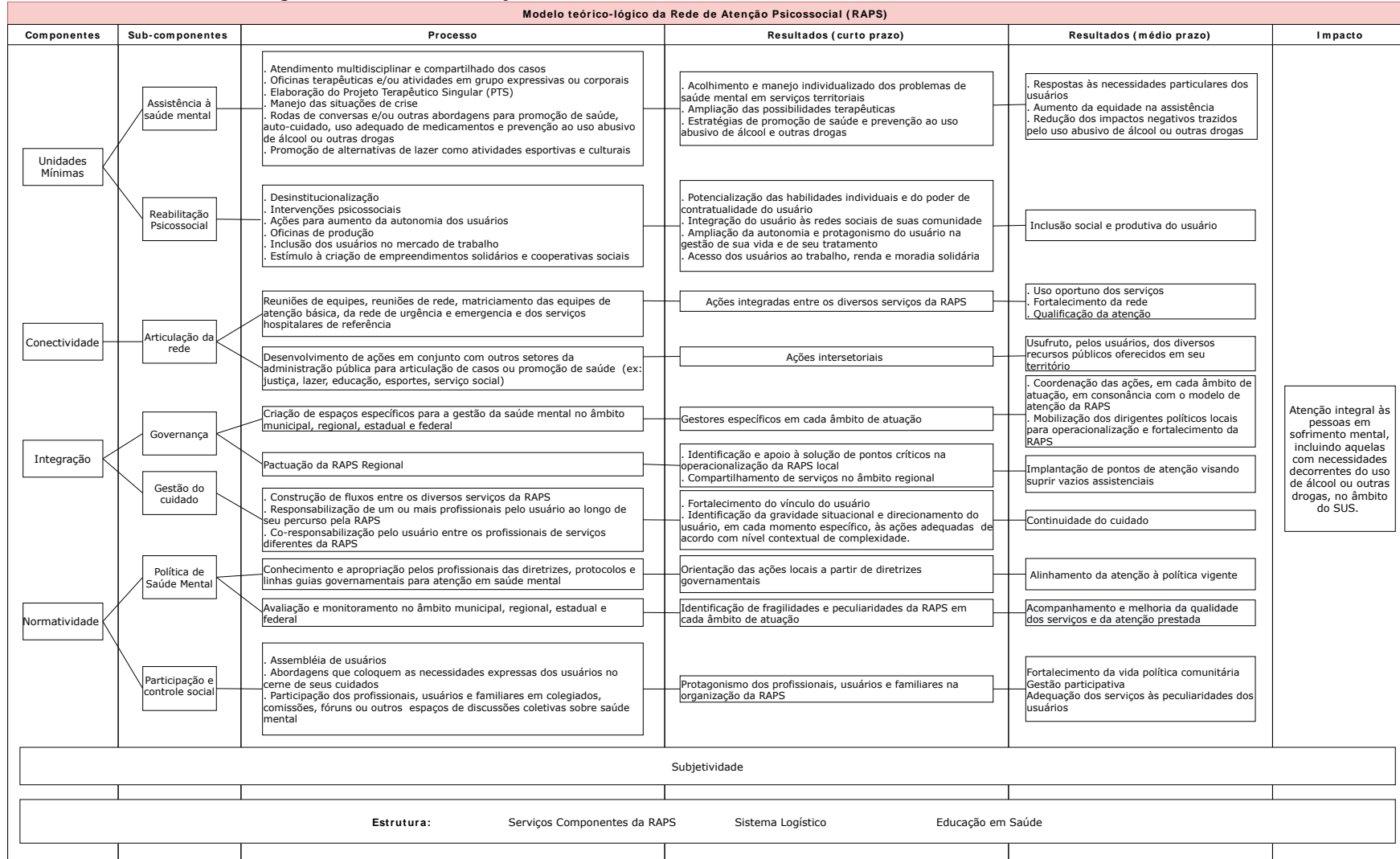
participação direta na pesquisa, a saber: 1) referências técnicas nacionais e estaduais: interesse em implementar a avaliação da implantação da RAPS considerando-a uma ferramenta de gestão para monitorar o progresso da implantação, diagnosticar lacunas assistenciais, fomentar cooperações regionais na utilização dos serviços de saúde mental e alocar investimentos financeiros; 2) referências técnicas regionais: utilizar resultados para apoiar e dar suporte aos municípios, diagnosticar lacunas assistenciais e fomentar cooperações regionais na utilização dos serviços; 3) referências técnicas municipais: melhor conhecimento acerca da RAPS regional, possibilitando sua melhoria e o surgimento de novas estratégias para cooperação intermunicipal no compartilhamento de serviços; 4) profissionais da RAPS: melhor conhecimento da RAPS regional possibilitando o aprimoramento de suas atividades locais; 5) pesquisadores: utilizar as informações geradas pela avaliação da RAPS para construção de conhecimento acadêmico acerca da atenção pública em saúde mental do SUS, utilização dos resultados gerados para ampliar as pesquisas avaliativas da RAPS brasileira; 6) usuários e familiares: melhoria do cuidado em saúde mental.

Elaboração do modelo teórico-lógico para o desenvolvimento do questionário multidimensional

O modelo teórico-lógico constitui um esquema visual que demonstra o funcionamento do programa a ser avaliado e uma análise objetiva da relação causal presumida entre seus elementos, demonstrando sua articulação para resolução do problema que deu origem a intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2016). Para modelagem da RAPS, apresentada na FIGURA 2, o componente “Unidades Mínimas” (subcomponentes: Assistência à Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial) foi estruturado como as intervenções essenciais para implementação da RAPS tal como proposta. Apesar de Amaral e Bosi (2017) privilegiarem os serviços da rede nesse componente, optamos, seguindo a tríade donabediana – estrutura/processo/resultado, por alocar os serviços, os recursos humanos, o sistema logístico e a educação em saúde dos profissionais no componente “Estrutura” (DONABEDIAN, 1978). A “Conectividade” (subcomponente: Articulação da Rede) detalhou as ações intrasetoriais e intersetoriais, incluindo as matriciais e a “Integração” (subcomponentes: Governança e Gestão do cuidado) englobou a coordenação tanto das relações entre os serviços quanto das intervenções realizadas ao longo do tempo para o acompanhamento contínuo de cada usuário. Para a “Normatividade” (subcomponentes Política de saúde mental e Participação e Controle Social), a PNSM foi considerada a linha guia através da qual a RAPS se orienta. Deve-se ressaltar que a RAPS, como outras Redes de Atenção a Saúde, supõe um funcionamento em integrado onde seus componentes se imbricam gerando relações causais indiretas entre vários deles. Entretanto, para

melhor visualização, optou-se por demonstrar somente as relações presumidas diretamente, conforme indicado na Figura 2.

FIGURA 2: Modelo teórico-lógico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: Elaborada pelos autores.

Realização da Técnica Delphi para validação de conteúdo e aparência das questões do Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS (IMAI-RAPS)

Dos 90 juízes convidados, 44 (48,9%) realizaram a avaliação das questões extraídas do modelo teórico-lógico. Dentre os participantes, 59,1% são do sexo feminino. No tocante à faixa etária, a idade dos juízes variou entre 30 e 67 anos, apresentando uma média de 44,5 anos. Quanto à escolaridade, 9,1% afirmaram possuir pós-doutorado, 22,7% doutorado, 25% mestrado, 34,1% pós graduação Lato Sensu e 9,1% curso superior completo. Já no que diz respeito à formação profissional, 63,6% dos respondentes são psicólogos, 13,6% enfermeiros, 11,4% médicos e dentre os outros 11,4% encontram-se profissionais do Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Farmácia. No que se refere à relação dos juízes com a RAPS, 47,7% dos especialistas são profissionais da rede, 34,1% são pesquisadores e os demais 18,2% são profissionais que atuam ou possuem experiência de gestão, consultoria ou coordenação da RAPS. Deve-se ressaltar que entre os participantes estavam incluídos pesquisadores relevantes da área de várias regiões do país.

A partir das respostas retornadas pelos juízes, foi realizado o tratamento estatístico para validação. No tocante à relevância, todas as questões foram validadas, ou seja, apresentaram grau de concordância (IVC) acima do limiar de 0,75 esperado e valores satisfatórios nos demais testes. Em relação à objetividade, também foi encontrada alta concordância entre os juízes, sendo que a menor obteve um IVC de 0,77, RVC de 0,55 e Kappa 0,78. A análise do critério clareza, por sua vez, revelou que o um item do instrumento não apresentava um conteúdo adequadamente claro (IVC: 0,75 RVC: 0,50 e Kappa: 0,76), levando à exclusão da questão. Em função de vários avaliadores terem considerado o instrumento extenso e com redundâncias, foram sugeridas a exclusão de mais 26 questões. Apesar de validá-las, maior parte dos juízes sugeriu excluir as questões referentes ao componente subjetividade deste instrumento, justificando que, devido à natureza de seu objeto, são necessárias técnicas qualitativas para alcançá-lo. Apenas uma questão desse componente foi mantida e inserida no componente Normatividade, por se relacionar ao subcomponente “Participação e Controle Social”.

O instrumento foi submetido à outras alterações sugeridas pelos juízes, tais como o desdobramento de duas perguntas em quatro, de modo a evitar interpretações errôneas e pequenas adaptações no texto. As adaptações foram possíveis, sem a necessidade de outra rodada da Técnica Delphi pois houve o consenso acima de 0,75 e os juízes forneceram sugestões semelhantes que consistiram em alterações simples de alguns termos utilizados. Quanto à validação de aparência, o instrumento foi considerado inteligível. Diante de tais modificações, o questionário foi reduzido de 82 para 55 questões distribuídas da seguinte

forma: Unidades mínimas: 21; Conectividade: 12; Integração: 8; Normatividade: 8; Estrutura: 6 questões (ANEXO 2).

Deve-se ressaltar que não foram incluídos no instrumento perguntas relacionadas ao quantitativo de serviços da RAPS implantados, apesar deste dado ser imprescindível para análise do componente “Estrutura”, por considerar-se que esta informação pode ser acessada por meio de sistemas governamentais, como o DATASUS, e também devido à ênfase dada pelos *stakeholders* na necessidade de redução do questionário para melhor adesão dos respondentes. Por fim, destaca-se que, de forma geral, os juízes consideraram o instrumento abrangente e bem elaborado. Cabe ainda ressaltar que os comentários e sugestões dos juízes, detalhados e pouco genéricos, demonstraram, além de notório saber a respeito da RAPS, um bom envolvimento na validação aqui apresentada.

DISCUSSÃO

Apesar da implementação de políticas nacionais para atenção psicossocial se mostrar uma ferramenta essencial para a melhoria da saúde mental populacional (PATEL *et al.*, 2018) e da promoção ativa por organizações internacionais, até 2011, apenas 60% dos países membros da OMS possuíam suas próprias políticas de saúde mental, 71% tinham planos de saúde mental e 59% tinham legislação nessa área. Nesse contexto, o estudo de avaliabilidade realizado pôde verificar os avanços alcançados na implementação dessa política pública no Brasil.

Entretanto, como demonstrado, tais avanços foram mais evidentes até 2016, quando houve uma mudança de perspectiva nas posições governamentais, que resultaram em consideráveis alterações na Política Nacional de Saúde Mental em 2017 e que trazem riscos às conquistas das últimas décadas (ALMEIDA, 2019). Somam-se aos riscos, o subfinanciamento crônico desta e de outras políticas de saúde pública e a escassez de estudos de avaliação em larga escala, também associados à crescente falta de dados oficiais, desde 2015. Sendo assim, Onocko-Campos (2019) alerta para necessidade de avaliação da implantação de serviços, sob pena de desperdício de esforços e recursos financeiros.

Sabe-se que, tendo em vista os aspectos subjetivos que permeiam a atenção psicossocial e a recente reformulação do modelo assistencial brasileiro, a sistematização de estratégias avaliativas das práticas atuais constitui uma atividade desafiadora, mas necessária para acompanhamento de sua implantação e funcionalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2014; COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015; AMARAL; BOSI, 2017; CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017). Nesse sentido, os estudos avaliativos acerca das redes de atenção em saúde mental são escassos também na literatura internacional (ASHWOOD *et al.*, 2018; MONTGOMERY *et al.*, 2019). Com relação à análise de implantação, um estudo de 2015

destaca a lacuna de ferramentas para mapear os serviços de cuidado de saúde mental de adultos e propõe um protocolo para avaliar e monitorar o desenvolvimento de sistemas integrados em oito países europeus (SALVADOR-CARULLA *et al.*, 2015). Outras experiências de utilização de instrumentos podem ser visualizadas, como por exemplo o *European Service Mapping Schedule* (ESMS), desenvolvido para padronizar a classificação dos serviços de saúde e do cuidado fornecido a adultos em situação de sofrimento mental, a Classificação Internacional de Cuidados em Saúde Mental (ICMHC), com o objetivo de avaliar as diferentes modalidades de cuidado ofertadas pelo sistema de saúde, bem como o *European Socio-demographic Schedule* (ESDS), visando uma descrição padronizada das características sociodemográficas do local de aplicação. O ESMS, por sua vez, passou por adaptações para aplicação em outros países e em outras populações, como a infanto-juvenil (ROMERO-LÓPEZ-ALBERCA *et al.*, 2019). Outro instrumento elaborado com vistas a fornecer dados acerca dos sistemas de saúde mental é o *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* (WHO-AIMS), que tem por objetivo a coleta de informações essenciais ao sistema de saúde mental em países ou regiões (NEISI *et al.*, 2005). No entanto, na literatura consta que a descrição fornecida pela aplicação de tal ferramenta fornece achados ainda muito gerais (ROMERO-LÓPEZ-ALBERCA *et al.*, 2019). Além disso, devido às peculiaridades nacionais de cada sistema de saúde, a maior parte desses instrumentos é de difícil replicação e adaptação transcultural, convocando o desenvolvimento de ferramentas pensadas para o modelo brasileiro.

Previamente à execução de um estudo avaliativo, recomenda-se a realização de uma análise detalhada da situação concreta da política ou programa a ser avaliado, a fim de determinar a viabilidade e necessidade de uma avaliação propriamente dita (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019). Nesse contexto, os estudos de avaliabilidade têm ganhado destaque, pois proporcionam uma análise detalhada da intervenção, contribuindo para estudos avaliativos futuros, na medida em que explora as expectativas e necessidades dos grupos de interesse envolvidos e o grau de organização e implementação da iniciativa (CRAIG; CAMPBELL, 2015; FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019). Nesse aspecto, o modelo teórico-lógico desenvolvido foi essencial para compreender as premissas teóricas básicas da RAPS, condensando em uma imagem as peculiaridades desse complexo programa e constituindo um produto desta pesquisa que pode ser utilizado em pesquisas avaliativas posteriores. Ressalta-se que, ao adotarmos a Política Nacional de Saúde Mental como direcionadora do programa, os dissensos trazidos pela “nova” política não foram negligenciados, entretanto não se pode ignorar o potencial indutor de mudanças do governo federal devido a sua capacidade de alterar o financiamento dos serviços e/ou procedimentos

(MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017; ALMEIDA, 2019; BASTOS, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Outro aspecto relevante na avaliação em saúde é a identificação do potencial de utilização dos resultados e se há indicativo de sustentabilidade da intervenção proposta. Portanto, essa atividade não pode ser realizada apenas pela gestão e nem deixar de ser utilizada pela mesma quando se mostra relevante e útil (TANAKA; TAMAKI, 2012). Nesse sentido, o estudo de avaliabilidade realizado engajou membros da coordenação de saúde mental nacional e do estado de MG, referências técnicas regionais e trabalhadores da RAPS de MG na construção do modelo teórico-lógico focalizando os aspectos centrais a serem avaliados.

Conforme ressaltado por Amaral e Bosi (2017), a avaliação da organização das políticas de saúde em redes de atenção também se mostra um tema escasso no campo da saúde coletiva. A compreensão dos efeitos da articulação entre diferentes serviços é uma questão fundamental sendo que a falta de coordenação do cuidado é uma das causas mais frequentes de baixa resolutividade nas redes de atenção à saúde (VÁZQUEZ *et al.*, 2015; DE ALMEIDA; DE OLIVEIRA; GIOVANELLA, 2018). Na saúde mental esses fatores são ainda mais imprescindíveis, pois a possibilidade de tratamento vai além de um único tipo de serviço e além de uma única modalidade terapêutica (PATEL *et al.*, 2018). Nesse aspecto, a governança, abordada no modelo teórico-lógico deste estudo nos componentes “Conectividade” e “Integração”, requer ação política e técnica que concilie a demanda por recursos limitados em circunstâncias em constante mudança e é, portanto, tido como um dos aspectos mais críticos e complexos de qualquer sistema de saúde mental (NICKELS *et al.*, 2018). Ressalta-se ainda que para se alcançar a integração de cuidados na RAPS, a adoção da região de saúde como unidade administrativa, em contraposição ao modelo municipalista adotado inicialmente pelo SUS, é necessária para concretização do compartilhamento de dispositivos que são inviáveis financeiramente para municípios menores (MACEDO *et al.*, 2017; MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017; TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Destaca-se que embora o estudo tenha sido pensado para avaliação da implantação a nível estadual, acredita-se que ele seja reprodutível, com pequenas adaptações, em outras regiões do país, uma vez que as normativas nacionais foram o ponto de partida para a formulação do modelo. Além disso, apesar de ter sido pensado para resposta no âmbito municipal, o instrumento foi gerado com base na estruturação da RAPS em cada região de saúde como uma rede hierarquizada de serviços. Um bom indício de tal reprodutibilidade foi a validação das perguntas avaliativas extraídas do modelo teórico-lógico, por especialistas expoentes no estudo da saúde mental de diversas partes do país. A validação de conteúdo foi

utilizada por se mostrar essencial no processo de desenvolvimento de novos instrumentos de medidas, uma vez que representa o estágio inicial para a associação de conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Nesse sentido, a utilização da Técnica Delphi constitui um método de pesquisa no qual busca-se, de maneira sistematizada, um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um problema complexo, quando não existem ainda instrumentos padronizados para sua avaliação (JÜNGER *et al.*, 2017). Entretanto, seu uso por meio eletrônico é um procedimento recente que possui vantagens como o alcance de atores diversos e distantes geograficamente, a rapidez na distribuição, na coleta e no processamento de dados, mas também limitações, como o aumento das taxas de não respondentes, o que leva a perdas amostrais consideráveis (JÜNGER *et al.*, 2017).

Como limitações do estudo, entende-se que a complexidade envolvida na RAPS engloba aspectos que ultrapassam a capacidade analítica de um questionário estruturado. Dessa maneira, apesar da identificação de perguntas avaliativas ser fundamental para o direcionamento do foco de um processo futuro de avaliação (ARAUJO *et al.*, 2018), questões mais aprofundadas, apontadas tanto pela literatura quanto por alguns juízes, devem ser analisadas qualitativamente em estudos posteriores.

CONCLUSÃO

O estudo realizado abrangeu a investigação do processo histórico que culminou na atual RAPS brasileira, a modelagem, o planejamento e a verificação da possibilidade da avaliação de sua implantação em MG. Pretende-se enriquecer o debate sobre metodologias avaliativas capazes de analisar a relação entre os componentes da RAPS e desses com o contexto, assim como divulgar o modelo teórico-lógico e o Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS (IMAI-RAPS) validados para utilização em pesquisas posteriores. Considerando-se a atual situação nacional, marcada por importantes crises na saúde pública e, mais recentemente, a pandemia causada pela COVID-19 que ampliou os custos pessoais, sociais e econômicos da doença mental a uma magnitude sem precedentes (LAKE, 2020), espera-se que o compartilhamento das informações produzidas possa contribuir para o desenvolvimento de estudos que documentem o avanço já alcançado por essa política no país, assim como que localizem os entraves ainda existentes potencializando a gestão estratégica do SUS na melhoria da atenção

REFERÊNCIAS

1. ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011.
2. ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, p. e00129519, abr. 2019.
3. AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 424-434, jun. 2017.
4. ARAUJO, R. F. de; *et al.* Avaliabilidade da compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 118, p. 566-578, set. 2018.
5. ASHWOOD, J. S. *et al.* Evaluation of the Mental Health Services Act in Los Angeles County. *Rand health quarterly*, v. 8, n. 1, p. 4-7, ago. 2018.
6. AZEVEDO, D. M. de; SALVETTI, M. D. G.; TORRES, G. V. de. Qualidade da assistência em saúde mental: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 7, p. e1685, dez. 2017.
7. BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 49, n. 4, p. 105-115, abr. 2000.
8. BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. da. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 61, n. 3, p. 124-132, jul. 2012.
9. BASTOS, F. I. Políticas de drogas no Brasil contemporâneo: aportes da ciência, da clínica e do liberalismo moderno. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, p. e00125519, set. 2019.
10. BRASIL. 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*, Brasília, DF, 31 dez. 2010.
11. BRASIL. 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*, Brasília, DF, 26 dez. 2011.
12. BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção

- Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 236, 22 dez. 2017.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12. Informativo Eletrônico*. Brasília, 2015 (acesso em: 21/12/2020)
 14. CALDAS DE ALMEIDA, J. M. Mental health services development in Latin America and the Caribbean: achievements, barriers and facilitating factors. *International Health*, v. 5, n. 1, p. 15-18, mar. 2013.
 15. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Framework for Program Evaluation in Public Health. *Morbidity and mortality weekly report*, v. 48, n. 11, p. 1-58, set. 1999.
 16. CHAMPAGNE, F. *et al.* Análise da implantação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org). *Avaliação: Conceitos e Métodos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 292.
 17. CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org). *Avaliação: conceitos e métodos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 61-74b.
 18. COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 925-936, abr. 2015.
 19. CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde em Debate*, v. 41, n. spe, p. 345-359, mar. 2017.
 20. COSTA, P. H. A. da; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, out. 2015.
 21. CRAIG, P.; CAMPBELL, M. *Evaluability Assessment: a systematic approach to deciding whether and how to evaluate programmes and policies: a What Works Scotland Working Paper*. Glasgow, 2015.
 22. DE ALMEIDA, P. F.; DE OLIVEIRA, S. C.; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2213-2228, jul. 2018.
 23. DONABEDIAN, A. The quality of medical care. *Science*, v. 200, n. 4344, p. 856-864, maio. 1978.
 24. FIGUEIREDO, T. A.; ANGULO-TUESTA, A.; HARTZ, Z. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 2, set. 2019.

25. FIOCRUZ. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. *Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015.
26. JACOB, K. S. *et al.* Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*, v. 370, n. 9592, p. 1061-1077, set. 2007.
27. JÜNGER, S. *et al.* Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*, v. 31, n. 8, p. 684-706, set. 2017.
28. KOHN, R. *et al.* Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e165, out. 2018.
29. LAKE, J. *A Mental Health Pandemic: The Second Wave of COVID-19*. Psychiatric Times, 15 jun 2020. Disponível em: <https://www.psychiatrictimes.com/view/a-mental-health-pandemic-the-second-wave-of-covid-19>. Acesso em: 21 dez. 2020.
30. MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 155-170, mar. 2017.
31. MONTGOMERY, L. *et al.* An evaluation of mental health service provision in Northern Ireland. *Health and Social Care in the Community*, v. 27, n. 1, p. 105-114, jun. 2019.
32. MOREIRA, D. D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 2, p. 1-22, fev. 2019.
33. MOREIRA, L. M. de C.; FERRÉ, F.; ANDRADE, E. I. G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1245-1256, abr. 2017.
34. MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 462-474, maio. 2017.
35. NEISI, L. *et al.* A review of the world health organization assessment instrument for mental health system: WHO-AIMS. *Quarterly Journal of Nursing Management*, v. 6, n. 3, p. 66-77, 2005.
36. NICKELS, S. V. *et al.* Access to mental health care in El Salvador: a case study of progress toward decentralization. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e172, out. 2018.

37. OLIVEIRA, M. A. F. de *et al.* Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 101, p. 368-378, jun. 2014.
38. ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e113, out. 2018.
39. ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, p. e00156119, jan. 2019.
40. PASQUALI L. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
41. PATEL, V. *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, v. 392, n. 10157, p. 1553-1598, out. 2018.
42. POLIT, D.; YANG, F. *Measurement and the measurement of change*. China: Wolters Kluwer, 2016.
43. QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 253-271, mar. 2014.
44. ROMERO-LÓPEZ-ALBERCA, C. *et al.* Standardised description of health and social care: A systematic review of use of the ESMS/DESDE (European Service Mapping Schedule/Description and Evaluation of Services and DirectoriEs). *European Psychiatry*, v. 61, p. 97-110, ago. 2019.
45. SALVADOR-CARULLA, L. *et al.* Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: The REMAST research protocol and its contribution to better integrated care. *International Journal of Integrated Care*, v. 15, out./dez. 2015.
46. SCARPARO, A. F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene*, v. 13, n. 1, p. 242-251, jan. 2012.
47. TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012.
48. THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: Lessons learned. *Canadian Journal of Program Evaluation*, v. 20, n. 2, p. 1-25, set. 2005.
49. TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 1-8, mar. 2017.

50. VÁZQUEZ, M.-L. *et al.* Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*, v. 5, n. 7, p. e007037, jul. 2015.
51. VIEIRA, S. *Como elaborar questionários*. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
52. VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, v. 3, n. 2, p. 171-178, fev. 2016.
53. YARBROUGH, D. B.; SHULA, L. M.; HOPSON, R. K.; CARUTHERS, F. *The Program Evaluation Standards: A guide for evaluators and evaluation users*. 3^a ed. Thousand Oaks, CA: Corwin Press, 2010.
54. ZHOU, W. *et al.* Policy development and challenges of global mental health: a systematic review of published studies of national-level mental health policies. *BMC Psychiatry*, v. 18, n. 1, p. 138, dez. 2018.

5.3. Etapa 3

- **Relatório técnico** (APÊNDICE 3): detalhamento dos resultados por macrorregiões e regiões de saúde do estado de Minas Gerais.
- **Artigo 3:** em redação – aguarda avaliação da banca para submissão.

Introdução

No Brasil, a construção de uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) teve origem na década de 1980, impulsionada por movimentos sociais, sendo oficializada por meio da lei 10.216 em 2001¹. A reestruturação do modelo assistencial, seguindo o ocorrido em anos anteriores nos países de maiores recursos, se baseou na substituição do foco na assistência hospitalar para um cuidado estruturado em serviços comunitários integrados à atenção primária à saúde (APS) com destaque para a proteção dos direitos humanos e protagonismo dos usuários². Desde então, constatam-se diversas mudanças ligadas à implementação de serviços territoriais e de práticas clínicas baseadas na atenção psicossocial, levando a experiência brasileira a ter um lugar de destaque no campo da saúde mental global³.

Paralelamente, foram adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) medidas para a regionalização da assistência com definição de responsabilidades descentralizadas e instrumentos compartilhados de planejamento, gestão e financiamento, visando a redução da fragmentação e a superação das desigualdades que marcam o território brasileiro⁴. Esse arranjo organizacional foi reforçado recentemente pela estruturação de Redes de Atenção à Saúde que integram ações e serviços de diferentes níveis de complexidade⁵. Nesse contexto, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi definida como uma das redes temáticas prioritárias visando a integração da saúde mental aos diversos pontos de atenção do SUS: APS, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial⁶.

Esse processo vem se solidificando nos últimos anos. No entanto, percebe-se uma escassez de dados que permitam seu monitoramento e avaliação. Até 2015, o Ministério da Saúde (MS) publicava periodicamente o boletim “Saúde Mental em Dados”⁷. Entretanto, desde então, os dados governamentais são limitados. Ademais, em 2017, após mudanças no direcionamento político do governo federal, foram preconizadas alterações na PNSM⁸,

rompendo a tradição de pactuar com instâncias sociais historicamente envolvidas na sua construção e propondo mudanças assistenciais que retornam à lógica da especialização e à centralidade no modelo biomédico de tratamento^{1,9}, em contraposição às tendências internacionais^{2,10}. Estes fatos reforçam a necessidade de estudos críticos das alterações realizadas no campo da saúde mental brasileira. Todavia, a avaliação da RAPS brasileira encontra-se aquém da expansão ocorrida e poucos estudos utilizam metodologias quantitativas, fazem uso de instrumentos validados e reprodutíveis para avaliação da rede ou avaliam as ações realizadas cotidianamente para a organização de uma atenção satisfatória^{11,12}. A escassez de dados enfraquece a análise do modelo de cuidado e a avaliação de sua incorporação como política pública, correndo-se o risco de desmontes justificados pela ausência de evidências quantificáveis¹³.

Dentro desta contextualização, este estudo avalia a estrutura e o processo¹⁴ da implantação da RAPS nos municípios do estado de Minas Gerais (MG), visando identificar fragilidades e fortalezas alcançadas na sua implantação e gerar evidências científicas que possam subsidiar a política pública brasileira na melhoria da atenção em saúde mental.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com foco na análise contextualizada da implantação de programas, que consiste no estudo das relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação¹⁴. Nesta avaliação, foram estudadas as dimensões de estrutura e processo da implantação da RAPS em MG. Entende-se por estrutura as características relativamente estáveis do programa, instrumentos e recursos, assim como as condições físicas e organizacionais e, por processo, as atividades desenvolvidas e a forma de funcionamento da rede¹⁵.

Foi realizado um estudo transversal com os responsáveis pelas ações de saúde mental dos municípios do estado. MG é o segundo estado mais populoso do Brasil (21.040.662 hab.), tendo a quarta maior área territorial (557.448,8 km²) e 853 municípios, sendo que 78,4% deles têm menos de 20.000 hab. e 91,7% deles menos de 50.000 hab.¹⁶. Para gerenciamento das ações em saúde, o estado é dividido em 14 macrorregiões e estas divididas em 89 regiões de saúde, levando em consideração a base territorial de planejamento da atenção, em função das características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, da oferta de serviços, além das relações entre os municípios¹⁷.

Foram considerados elegíveis todos os municípios do estado cujos participantes aceitaram colaborar com a pesquisa. Com o intuito de selecionar como respondente o principal

responsável pelas ações de saúde mental de cada município, foi firmada uma parceria com a coordenação de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG) que auxiliou na operacionalização do estudo e colocou os pesquisadores em contato direto com as 28 referências técnicas regionais em saúde mental das Gerências Regionais da SES/MG. Com auxílio das referências regionais, foi realizada uma busca ativa para localizar os respondentes. Eles foram contatados pela equipe de pesquisa por meio telefônico ou por mensagens do *WhatsApp*®. Quando o município não tinha um coordenador específico para a saúde mental, o questionário foi enviado para o profissional ou gestor que tivesse o maior conhecimento dessas ações no âmbito municipal. Foi enfatizado que o anonimato do respondente seria garantido, a fim de obter o máximo de confiabilidade nas informações prestadas.

A coleta de dados foi realizada entre junho e agosto de 2020, por meio do Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS (IMAI-RAPS) validado previamente¹⁸. Como a coleta foi realizada no início da pandemia Covid-19, foi ressaltado aos respondentes que as informações deveriam ser referentes ao período pré pandêmico para evitar vieses. O questionário foi disponibilizado pelo *software* GoogleForms® e encaminhado eletronicamente aos respondentes. Para ter acesso ao questionário, foi necessária a prévia leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a aceitação em participar da pesquisa.

O IMAI-RAPS apresenta 55 questões objetivas com respostas estruturadas em uma escala Likert sobre as seguintes variáveis: (1) características profissionais e sociodemográficas do responsável pela saúde mental de cada município, (2) questões acerca das dimensões estrutura e processo da RAPS divididas em cinco componentes definidos no modelo teórico-lógico do programa¹⁸: Unidades Mínimas (Assistência à Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial), Conectividade (Articulação da Rede), Integração (Governança e Gestão do Cuidado), Normatividade (Política de Saúde Mental e Participação e Controle Social) e Estrutura (Serviços da RAPS implantados, Sistema logístico e Educação em Saúde).

Para análise da dimensão estrutural, além das questões presentes no IMAI-RAPS, foram coletados dados referentes a alguns serviços da RAPS (Estratégia de Saúde da Família – ESF, Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e Leitos Psicossociais em Hospitais Gerais – LHG) implantados no estado tendo como fontes bases de dados governamentais de livre acesso: DATASUS e e-GESTORab. Esses dados foram estruturados em indicadores para detalhamento da cobertura dos serviços em relação à população, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, conforme descrito em estudo prévio¹⁹.

O Grau de Implantação (GI) da RAPS em cada município foi definido por meio de um sistema de pontuação desenvolvido consensualmente pelos pesquisadores e especialistas da RAPS, participantes da pesquisa (*stakeholders*: membros da coordenação nacional de saúde mental, coordenação estadual de saúde mental de MG, coordenação municipal de saúde mental de Belo Horizonte - capital de MG, referências técnicas regionais da SES/MG e membros da comunidade acadêmica). Esse sistema de pontuação possui pesos diferentes para cada critério selecionado na matriz de análise e julgamento, de acordo com o nível de importância de cada um^{18,20}. Para o cálculo, foram determinados os valores observados (Σ dos pontos dos critérios) e o GI (Σ observados/ Σ dos pontos máximos esperados X 100) para cada componente, e, posteriormente, foi realizada a somatória dos componentes para o cálculo do GI total. Os escores obtidos a partir da soma dos pontos dos critérios de cada dimensão foram transformados em percentuais, com referência à pontuação máxima possível. A partir desses percentuais, o GI foi assim definido: 75% a 100% - Implantação adequada; 50% a 75% - Implantação parcialmente adequada; 25% a 50% - Implantação não adequada; até 25% - Implantação crítica.

Em relação às variáveis de contexto externo, que podem influenciar a implantação da RAPS, foram analisadas: (1) porte populacional dos municípios (menos de 20.000 hab.; 20.000 a 50.000 hab.; 50.000 a 99.999 hab.; 100.000 a 299.999 hab.; 300.000 a 499.999 hab.; e acima de 500.000 hab.), (2) densidade demográfica municipal e (3) Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS – índice trienal que agrega informações relativas às dimensões saúde, educação, vulnerabilidade social, segurança pública, saneamento e meio ambiente, cultura e esporte de cada município de MG). O IMRS mais recente e utilizado neste estudo foi realizado com dados dos anos de 2017, 2018 e 2019²¹. A hipótese para escolha dessas variáveis foi a de que municípios de menor porte populacional poderiam apresentar pior GI da RAPS devido à falta de capacidade de gestão e recursos, tanto materiais quanto humanos. Em relação à densidade populacional, MG é composta por municípios diversos entre si quanto à extensão territorial, densidade demográfica e características socioeconômicas. Dessa maneira, muitos municípios do estado possuem grande extensão territorial e pequeno contingente populacional e podem apresentar grandes distâncias entre os diversos serviços da RAPS além de possíveis dificuldades logísticas e disponibilidade de recursos humanos qualificados, ao passo que municípios com grandes densidades demográficas, caracterizados por aglomerados e conurbações urbanas, podem possuir serviços mais amplamente implementados, mas sobrecarregados devido ao grande contingente populacional atendido²². Com relação ao IMRS, buscou-se um índice robusto que pudesse expressar numericamente a situação de cada município do estado em relação a sua situação socioeconômica e de saúde. Levantou-se a

hipótese de que os municípios com maior IMRS têm um maior GI da RAPS por estarem melhor estruturados também nesses outros parâmetros.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*®. Para o estudo de associação entre as variáveis qualitativas, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado ou Exato de Fisher e para análise das correlações entre as variáveis contínuas foi utilizado o Teste de Correlação de Spearman. Para análise e comparação das variáveis, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE: 77798217.1.0000.5545), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de MG (FAPEMIG) e faz parte da pesquisa de doutoramento da primeira autora. O anonimato dos respondentes foi garantido durante todo o processo.

Resultados

Dos 853 profissionais de saúde convidados a participar do estudo, 795 responderam ao IMAI-RAPS. Na análise preliminar, foram excluídos 10 municípios da amostra por apresentarem inconsistências nas respostas. Foram consideradas então 785 respostas para a análise estatística, amostra representativa de todos os municípios do estado (92%; $p < 0,01$). Conforme demonstrado na TABELA 1, a média de idade dos respondentes foi 39 anos, sendo a média de anos trabalhados no SUS 9 anos e, na saúde mental, 6 anos. Dentre eles, 81,3% são do sexo feminino, 48,3% ocupam o cargo de Referência Técnica Municipal de Saúde Mental e 54,3% são psicólogos. 67,8% dos profissionais afirmaram ter algum curso de pós-graduação; 18,9% concluíram alguma especialização específica em saúde mental.

A análise do Grau de Implantação (GI) da RAPS em MG demonstrou que 22,2% dos municípios apresentaram uma implantação adequada, 60,6% implantação parcialmente adequada, 15,9% implantação não adequada e 1,3% implantação crítica.

Na TABELA 2, observa-se que a dimensão estrutural apresentou uma implantação parcialmente adequada (67,3%), demonstrando, entretanto, grande variabilidade no GI de seus componentes. Nota-se que, apesar do componente Serviços Componentes da RAPS apresentar um GI de 77,6%, os Leitos Psicossociais em Hospitais Gerais (43,15%) ainda se encontram em níveis bem inferiores ao preconizado. Com relação ao Sistema Logístico (58,3%), destaca-se que a disponibilidade de um prontuário eletrônico único compartilhado pelos diversos serviços da RAPS em cada município está implantada inadequadamente. Já o componente Educação em Saúde (38,4%) apresentou uma implantação inadequada em todos os critérios avaliados.

A TABELA 3 detalha o GI da dimensão processos que, em conjunto, na média estadual, foi de 60,3%. No componente Unidades Mínimas, o subcomponente Assistência à Saúde Mental (66,7%) encontra-se melhor implementado do que o subcomponente Reabilitação Psicossocial (48,5%) em MG. Neste âmbito, as atividades melhor pontuadas foram Atendimento Multidisciplinar e Compartilhado dos Casos (68,2%) e Rodas de Conversa para Promoção de Saúde, Autocuidado, Uso adequado de Medicamentos e/ou Prevenção ao Uso Abusivo de Álcool ou Outras Drogas (70,5%). Por outro lado, as ações com pior GI foram Desinstitucionalização (36,0%) e Inclusão dos Usuários no Mercado de Trabalho (31,3%). Em relação ao Componente Conectividade, percebe-se que as atividades de Discussão de Casos pela Equipe que Acompanha o Usuário (74,4%) e presença de Matriciamento na RAPS municipal (74,8%), estão mais bem implantadas. Entretanto, quando analisados os critérios avaliativos que detalham as ações de matriciamento, observa-se que a Inclusão de Discussões de Casos ou atendimentos Compartilhados (59,8%) e a Frequência Semanal dos Matriciadores nas unidades matriciadas (37,8%) apresentam uma pontuação menor. Além disto, as Reuniões de Rede (41,0%) apresentam implantação não adequada. No componente Integração, observa-se que 46,3% dos municípios do estado têm uma coordenação específica para as ações de saúde mental. No que tange às Pactuações da RAPS Regional (78,2%), apesar de haver uma boa implantação, os respondentes avaliam que a maioria delas não é efetiva para um atendimento integral do usuário (45,5%) na região de saúde. No componente Normatividade, nota-se que o subcomponente Política de Saúde Mental apresentou GI de 63,5%. Entretanto a atividade de Avaliação e Monitoramento da RAPS municipal (35,7%) não se encontra implantada adequadamente. O subcomponente Participação e Controle Social (46,9%) também demonstrou implantação não adequada, sendo que a atividade de Assembleia de Usuários teve uma implantação crítica (20,7%).

Em relação à associação do GI da RAPS nos municípios de MG com as variáveis do contexto externo, observa-se na TABELA 4 uma correlação significativa e positiva entre o GI e os dados de contexto analisados: porte populacional (Valor-p 0,002; $r = 0,235$), densidade demográfica (Valor-p 0,015; $r = 0,121$) e IMRS (Valor-p 0,015; $r = 0,136$). Esse resultado corrobora a hipótese do grupo de pesquisa de que municípios mais populosos, densos e com melhor estrutura socioeconômica e dos serviços de saúde teriam uma melhor implantação da RAPS.

Na TABELA 5, nota-se que aproximadamente 92% da população do estado reside em municípios que tiveram o GI da RAPS classificado como adequado ou parcialmente adequado. Além disso, todos os municípios que foram avaliados como tendo implantação crítica e a

maioria dos que apresentaram implantação não adequada possuem população < 50.000 habitantes. Observa-se ainda na TABELA 5 que os municípios que têm CAPS, ou utilizam um CAPS pactuado com outro município da região, apresentam valores significativamente maiores em relação ao GI.

Discussão

Foi realizada uma pesquisa avaliativa da implantação da RAPS em uma amostra representativa de todos os municípios do estado de MG. As dimensões estudadas permitem uma análise detalhada da estrutura e de atividades específicas que constituem a imbricada gama de ações necessárias para uma satisfatória atenção psicossocial comunitária², demonstrando avanços na atenção psicossocial em MG e, ao mesmo tempo, limitações que podem comprometer a integralidade do cuidado e o processo de desinstitucionalização.

Uma implantação adequada de equipamentos (como ESF, NASF e CAPS) e de ações (como atendimentos multidisciplinares e compartilhados na atenção em saúde mental; atendimento dos transtornos mentais comuns pelas equipes de atenção primária em saúde (APS); atendimento às crises em CAPS; oferta de ações de promoção de saúde; discussão de casos pelas equipes e embasamento das ações municipais na Política Nacional de Saúde Mental) sinalizam a consolidação de uma forma de trabalho condizente com o proposto pelas diretrizes da RAPS no estado de MG^{6,8}.

Entretanto, apesar dos avanços observados nas ações assistenciais baseadas em uma clínica ampliada, uma rede comunitária de atenção em saúde mental deve se concentrar não apenas no manejo dos sintomas de adoecimento psíquico, mas também no desenvolvimento das capacidades dos usuários para que possam ter uma posição ativa na produção do cuidado e na validação de suas aspirações para maximizar sua qualidade de vida e cumprir papéis sociais valorizados^{2,23}. Nesse sentido, detectou-se dificuldades na RAPS de MG para implantar ações de reabilitação psicossocial, intervenções psicossociais, inclusão produtiva e protagonismo do usuário.

Essa constatação é condizente com o encontrado em outras regiões brasileiras^{12,24-26} e no cenário internacional^{2,27}, refletindo a manutenção de desafios para superação de uma lógica puramente assistencial em direção a uma perspectiva emancipatória necessária ao cuidado comunitário em saúde mental^{2,23,28}. Nesse sentido, uma transição paradigmática que possibilite romper com os constructos positivistas e da psiquiatria tradicional e construir novas ações relacionadas ao cuidado psicossocial exige mudanças no modo de trabalho clássico dos profissionais de saúde que ultrapassem o limite tradicional do setor e incorporem uma ação, no

território, de mobilização dos recursos comunitários para tecer relações dos indivíduos com a vida da cidade^{23,24}.

A construção coletiva do protagonismo do usuário vem ocorrendo no Brasil por meio de diversas iniciativas de reinvenção da cidadania, como: associações de usuários e familiares, cooperativas sociais e grupos de economia solidária, projetos de arte e cultura, participação em fóruns de formulação de políticas e conselhos de saúde e muitos outros modos de promoção dos direitos humanos e de diversidade cultural²³. Entretanto, a análise da implantação dos critérios avaliativos contidos nos subcomponentes Reabilitação Psicossocial e Participação e Controle Social desta pesquisa exemplificam como essas práticas ainda são escassas na RAPS de MG. Da mesma maneira, a promoção de atividades esportivas e culturais pelos municípios, importantes como alternativas de lazer não vinculadas ao uso de substâncias, além de outras estratégias de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, também precisam ser potencializadas.

Recentes pesquisas qualitativas que analisaram a perspectiva dos usuários da RAPS^{28,29} demonstraram processos existenciais ainda marcados pela discriminação e limitações na participação social no cenário nacional. Na relação com os serviços da RAPS e com outros setores sociais, a inserção social tem ocorrido pela condição patológica e de necessidade de tutela. Esses estudos demonstram também desafios na implementação de ações de saúde mental na atenção primária em saúde (APS) e em outros pontos da RAPS, além de fragilidade na articulação e na efetivação de cuidados integrados nos serviços, mantendo as demandas de saúde mental centralizadas nos serviços especializados. Nos dados encontrados no presente estudo também se observa que o acompanhamento de usuários com transtornos mentais graves ou secundários ao uso de álcool ou outras drogas pela APS ainda se encontra aquém do desejado em MG. Um maior GI da rede em municípios que têm CAPS ou utilizam o serviço de um município pactuado pode indicar que este equipamento ocupa um lugar de articulador do cuidado em saúde mental e uma dificuldade de apropriação da atenção psicossocial por outros serviços da RAPS. Da mesma forma, observa-se que, apesar da “definição de um (ou mais) profissional(is) de referência responsável(eis) pelo usuário ao longo de seu acompanhamento” e da “elaboração do projeto terapêutico singular” terem sido atividades avaliadas como parcialmente implantadas, quando se analisa a “conexão das ações entre os distintos serviços da RAPS”, a “existência de fluxos estruturados para a circulação dos usuários pelos diversos serviços de saúde da RAPS local”, a “existência de discussão entre os profissionais para articulação de um projeto compartilhado de cuidado na transição entre os serviços da RAPS” e a “existência de corresponsabilização dos profissionais de diferentes serviços no acompanhamento do caso”, o grau de implantação foi menor.

Nesse contexto, a coordenação do cuidado é um dos grandes desafios da instituição de redes de atenção em saúde tanto no Brasil quanto em outros países³⁰. Nos sistemas de saúde públicos descentralizados, como no caso brasileiro, causas constantes de preocupação incluem limitada comunicação e troca de dados clínicos entre profissionais dos vários níveis de atenção, barreiras de acesso nos encaminhamentos e divergências sobre tratamentos entre profissionais de serviços diversos³¹. No que tange à RAPS, esse processo pode ser ainda mais complexo, tendo em vista que a estruturação de uma rede integrada com ações que vão desde o atendimento aos transtornos mentais leves até o manejo das crises, além de serviços e ações de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, supõe o desenvolvimento de instrumentos refinados de coordenação, regulação e planejamento³².

Para superação desses impasses, o modelo de cuidados colaborativos (*collaborative care*), como o proposto pelo apoio matricial no Brasil, mostrou em estudos anteriores potencializar não somente a integração e coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde, mas também a capacitação dos profissionais¹³. Essa proposta, coerente com o trabalho em redes, visa um novo modo de organização da saúde com processos de trabalho que envolvem diferentes equipes no cuidado aos usuários, numa perspectiva de corresponsabilização pelos casos, integrando diferentes especialidades e níveis de cuidado^{30,33,34}. Nessa perspectiva, os resultados aqui encontrados demonstram uma implantação adequada do critério avaliativo “ações de matriciamento em saúde mental na RAPS municipal”. Entretanto, quando se analisam detalhadamente as ações que seriam esperadas nesta proposta (“inclusão de discussões de caso ou atendimento compartilhado nas ações de matriciamento”, “frequência semanal do matriciador na unidade matriciada”, “reuniões de rede”, “existência de discussão entre os profissionais para articulação de um projeto compartilhado de cuidado na transição entre os serviços da RAPS”, dentre outros), os resultados encontrados sinalizam uma menor implantação, podendo indicar dificuldades práticas para operacionalização desse modelo de cuidados na RAPS de MG; como também já demonstrado em outras localidades do território nacional³⁴. A análise dos dados demonstra que os espaços de discussões conjuntas entre profissionais ocorrem (“discussões de casos pela equipe que acompanha o usuário”), mas dentro do âmbito da equipe de saúde mental e, dessa maneira, acabam não englobando outras instâncias da rede que, justamente por não serem especializadas, são as que mais necessitam de ações que potencializem sua capacidade de atuação em saúde mental por meio de espaços de aprendizado no e pelo trabalho. Além disso, pôde-se perceber uma baixa presença nos municípios de estímulo para que seus profissionais participem de atividades de capacitação em saúde mental e uma falta de prioridade para contratação de profissionais com experiência prévia

ou capacitação na área para trabalho na RAPS. Esses resultados podem sugerir profissionais com poucos recursos para lidar com problemas altamente complexos como os que geralmente chegam para atendimento na RAPS³³.

À essas dificuldades acresce-se a detecção, neste estudo, de poucos municípios possuírem um prontuário eletrônico único para os serviços de saúde, fato que permitiria uma melhor coordenação informacional na rede³⁵, além de pouca participação do médico psiquiatra na discussão e compartilhamento das decisões acerca dos casos. Em outros contextos nacionais e internacionais³⁶, também foi demonstrado que apenas uma minoria dos médicos especializados se percebe como corresponsáveis pelos pacientes em sua trajetória nos diferentes níveis de atenção e/ou participam de outras ações que não atendimentos individuais aos usuários. A relevância desta questão no cenário internacional levou os editores da principal revista médica, *The Lancet*, em publicação recente¹⁰, a pedir aos médicos e governos que façam mais (do que só prescrever psicotrópicos) para abordar os transtornos mentais. Eles argumentam que é necessária uma abordagem integradora e holística que dê conta mais plenamente dos determinantes sociais da doença mental para avançar no campo da psiquiatria, pois, conforme ressaltado anteriormente, os tratamentos clássicos, incluindo medicamentos e terapia oral, têm suas limitações na clínica em saúde mental. A própria existência de uma pergunta específica em relação aos psiquiatras no questionário utilizado na pesquisa aqui relatada demonstra uma concepção ainda centrada na figura do médico e partiu de pesquisas anteriores que evidenciaram que esta questão ainda está presente na RAPS mineira e precisava ser quantificada^{37,38}. Todavia, para que se alcance o engajamento necessário dos profissionais de saúde, médicos ou não, no novo processo de trabalho em saúde mental, pode ser necessário abordar fatores como a supervalorização pela gestão dos atendimentos individuais em detrimento dos espaços de discussão conjunta para condução do caso; a falta de delineamentos claros sobre as estratégias para prática do matriciamento, coordenação dos casos e seguimento longitudinal; a falta de conhecimentos e/ou habilidades e/ou formação específicas para o desenvolvimento do trabalho a ser realizado, falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho, falta de interesse dos profissionais e condições de trabalho inseguras que contribuem para que esses profissionais vejam o atendimento ao paciente como um ato isolado^{29,31,34,36,39}.

Em relação ao manejo das crises, chama a atenção o GI do critério avaliativo “Manejo das crises sem necessidade de encaminhamento para o hospital psiquiátrico” ter sido próximo a 50%, apesar da cobertura de CAPS no estado estar até acima do estipulado pelo ministério da saúde (GI: 144%) e dos respondentes terem relatado atendimento das crises naqueles serviços. Em relação a este ponto, pesquisas anteriores ressaltaram a escassez de CAPS com

funcionamento 24 horas e voltados à populações específicas (CAPS AD – álcool e drogas e CAPSi – infanto-juvenis), assim como ratificaram a insuficiente implantação de leitos psicossociais em hospitais gerais para atendimento comunitário integral às crises, tanto em MG^{19,37,40,41} quanto em outras regiões brasileiras^{25,26,42}. De maneira semelhante, o critério “discussões de casos entre a equipe que acompanha o usuário e a equipe hospitalar quando os usuários estão internados (por motivos relacionados à saúde mental)” apresentou um grau de implantação de 51,3%, demonstrando mais uma fragilidade da rede no acompanhamento dos casos nos momentos de crise. Esses dados podem refletir as demais dificuldades encontradas neste trabalho para incorporação pela RAPS de MG de uma clínica que ultrapasse a supressão dos sintomas e possa aprofundar a reflexão sobre a vivência subjetiva da crise em seus aspectos sociais, familiares e relacionais. Além disso, conforme ressaltado por Martins (2017)⁴³, a falta de preparo dos profissionais pode comprometer o manejo das crises, pois o que aparece nesses momentos são não só sintomas ligados à agudização psiquiátrica, mas também aspectos que causam estranheza e perturbação social. Essa concepção perpassa não apenas os profissionais de saúde, mas também o ideal de normalidade ainda presente em nossa sociedade e evidencia novamente a dificuldade para efetivação de uma transformação da relação social com a loucura e a diferença.

A confirmação das hipóteses levantadas pelo grupo de pesquisa em relação aos fatores contextuais analisados, demonstrando uma melhor implantação da RAPS em cidades mais populosas, densas demograficamente e com maior IMRS evidencia a importância da estruturação regional da RAPS e do compartilhamento de serviços que são inviáveis para cidades pequenas, pois elas constituem a grande maioria dos municípios de MG. Entretanto, menos da metade dos respondentes julgaram que as pactuações regionais de serviços, apesar de existentes, são adequadas para o atendimento integral dos usuários da RAPS. Essa dificuldade na regionalização da atenção psicossocial já foi relatada em estudos anteriores em MG^{19,37} e em outros estados do país^{25,26,31} e está ligada possivelmente à insuficiência de recursos e à dificuldade de colaboração entre os municípios, às barreiras burocráticas de acesso aos recursos federais para o aprimoramento da regionalização da saúde, interesses políticos partidários, falta de qualificação e visão regional dos profissionais responsáveis por essas funções no âmbito municipal, além de dificuldades do governo estadual e federal para planejar e organizar o funcionamento coordenado das redes em âmbito regional.

Conforme ressaltado, as práticas de avaliação da RAPS são escassas em todo o território brasileiro e a baixa implantação do critério avaliativo “Ações de avaliação e monitoramento da atenção prestada em saúde mental no âmbito municipal” aqui encontrada ressalta a necessidade

de ampliação dessas práticas não somente no âmbito científico, mas também nas práticas cotidianas dos diversos níveis de gestão em MG.

As opções metodológicas utilizadas neste estudo visaram a realização de uma primeira investigação avaliativa neste molde em MG, não sendo possível, entretanto, compreender toda a complexidade e todos os tensionamentos envolvidos no desenvolvimento do cuidado ampliado em saúde mental. Elementos como composição da equipe técnica multidisciplinar em cada município, condições de trabalho, rotatividade profissional, estrutura física dos serviços, mapeamento de outros serviços componentes da rede (centros de convivência, residências terapêuticas, unidades de acolhimento, dentre outros) e inclusão de usuários e outros atores da rede na avaliação devem ser contemplados em investigações posteriores. Destaca-se, entretanto, o valor de uma análise avaliativa e a utilização de um instrumento validado para análise da RAPS em uma amostra representativa dos municípios do segundo estado mais populoso do Brasil.

Considerações finais

A construção de uma rede comunitária de atenção em saúde mental no Brasil está em conformidade com o proposto por organizações internacionais. Contudo, especialmente após as mudanças no cenário político brasileiro e no direcionamento da política nacional de saúde mental, é imperativa a realização de estudos que possam avaliar as ações implantadas com a alteração do modelo de atenção em saúde mental no país. Dessa maneira, este trabalho encontrou resultados na RAPS de MG que se aproximam da conjuntura internacional evidenciada pelo Atlas de Saúde Mental 2017 da Organização Mundial de Saúde (OMS)²⁷. De acordo com esse documento, persistem, na maior parte dos países, dificuldades como: diminuta capacitação profissional; fragilidades no desenvolvimento de políticas alinhadas às necessidades da população e às convenções de direitos humanos; limitada participação social e tímidas estratégias de promoção e prevenção em saúde mental. Por outro lado, pôde-se constatar avanços importantes na implementação de uma clínica psicossocial na RAPS mineira e espera-se que os dados gerados possam auxiliar a gestão estratégica do SUS na oferta de uma atenção integral em saúde mental.

Referências Bibliográficas

1. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saude Publica* 2019; 35: :e00129519.

2. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018; 392: 1553–1598.
3. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007; 370: 1061–1077.
4. Moreira LMC, Ferré F, Andrade EIG. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22: 1245–1256.
5. Brasil. 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*, 31 dez 2010.
6. Brasil. 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 (SUS). *Diário Oficial da União*, 30 dez 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12. Informativo Eletrônico. Brasília, 2015.
8. Brasil. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 21 dez 2017.
9. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saude Publica* 2019; e00156119.
10. The Lancet. Brain health and its social determinants. *Lancet* 2021; 398: 1021.
11. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet* 2015; 20(10): 3243–3253.
12. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015.
13. Fagundes GS, Campos MR, Fortes SLCL. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. *Cien Saude Colet* 2021; 26: 2311–2322.

14. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise da implantação. In: Avaliação: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011, p. 292.
15. Donabedian A. The quality of medical care. *Science* (80-) 1978; 200: 856–864.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE - Cidades e Estados. IBGE 2019; Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-e>.
17. Governo do Estado de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013, de 23 de outubro de 2019. Aprova o Ajuste/2019 do Plano Diretor de Regionalização PDR/SUSMG e dá outras providências, 2019.
18. Coelho VAA, Pauferro ALM, Silva MA, Guimarães DA, Modena CM, Gama CAP et al. Rede de Atenção Psicossocial: desenvolvimento e validação de um instrumento multidimensional para avaliação da implantação (IMAI-RAPS). *Physis Rev Saúde Coletiva*. (Em prelo).
19. Coelho VAA, Andrade LI, Guimarães DA, Pereira LSM, Modena CM, Guimarães EAA et al. Regionalização da atenção psicossocial Uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais/Brasil. *Cien Saude Colet*. [Em prelo] Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/regionalizacao-da-atencao-psicossocial-uma-visao-panoramica-da-rede-de-atencao-psicossocial-de-minas-geraisbrasil/18131>.
20. Samico I, Felisberto E, Frias PG, Santo ACGE, Hartz Z. Formação profissional e avaliação em saúde - Volume 1: Desafios da implantação de programas. 1ª edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2015.
21. Coordenação de Indicadores Sociais–CIS/FJP. Índice Mineiro de Responsabilidade Social. Fundação João Pinheiro, <http://imrs.fjp.mg.gov.br/> (accessed 8 April 2021).
22. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2016; 25: 767–776.
23. Amarante P, Torre EHG. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev Adm Pública* 2018; 52: 1090–1107.
24. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica* 2021; 37: e00042620.
25. Macedo JP, Abreu MM de, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde

- mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Soc* 2017; 26(1): 155–170.
26. Fernandes CJ, Lima AF de, Oliveira PRS, Santos WA. Healthcare Coverage Index in the Psychosocial Care Network (iRAPS) as a tool for critical analysis of the Brazilian psychiatric reform. *Cad Saude Publica* 2020; 36(4): e00049519.
 27. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2017*. Geneva, 2018.
 28. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários. *Interface - Comun Saúde, Educ* 2021; 25: 1–19.
 29. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Soc* 2017; 26: 462–474.
 30. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Bertolotto F, López-Vázquez J, et al. Can care coordination across levels be improved through the implementation of participatory action research interventions? Outcomes and conditions for sustaining changes in five Latin American countries. *BMC Health Serv Res* 2020; 20: 940.
 31. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* 2016; 31: 736–748.
 32. Amaral CEM, Bosi MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saúde e Soc* 2017; 26: 424–434.
 33. Emerich BF, Onocko-Campos R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface - Comun Saúde, Educ* 2019; 23: e170521.
 34. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface - Comun Saúde, Educ* 2019; 23: e180617.
 35. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica* 2010; 26: 286–298.
 36. Vázquez M-L, Vargas I, Garcia-Subirats I, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med* 2017; 182: 10–19.
 37. Gama CAP, Guimarães DA, Coelho VAA, Carvalho RC, Campos CG, Fraga AMS. A

- implantação da rede de atenção psicossocial na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais-BR. *Cad Saúde Coletiva* 2020; 28: 278–287.
38. Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e200438
 39. Teixeira DP. Atuação do psicólogo nos serviços substitutivos de urgência em saúde mental: desafios para a formação. 2018; 3: 72–90.
 40. Coelho VAA, Volpe FM, Diniz SSL, Silva EM, Cunha CF. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. *Cien Saude Colet* 2014; 19: 3605–3616.
 41. Coelho VAA, Costa-val A, Silva RA, Cunha CF. Navegar é preciso , viver é (im) preciso. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 2016, pp. 99–112.
 42. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cien Saude Colet* 2011; 16: 4579–4589.
 43. Martins AG. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Psicologia Social] Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposição de um estudo avaliativo da RAPS exigiu o enfrentamento de dois temas complexos: o campo teórico da reforma psiquiátrica e o vasto campo da avaliação em saúde. A construção dessa interface não foi fácil, tendo em vista os aspectos subjetivos que permeiam a atenção psicossocial, a escassez de estudos avaliativos da RAPS e a imbricada rede de serviços e ações dessa rede que se concretizam de maneira singular em cada um dos 853 municípios de um Estado extenso e diverso como Minas Gerais.

Nesse sentido, a metodologia de avaliação da implantação de programas se mostrou interessante, considerando-se a possibilidade de análise da estrutura e dos processos da rede por meio do detalhamento padronizado das ações que pretendíamos averiguar em cada âmbito municipal. Essa escolha reflete a opção de se manter a análise da RAPS como um todo em todo o Estado, entretanto inviabilizou outras análises que seriam permitidas com uma metodologia qualitativa. Todavia, apesar de perder em profundidade, o percurso escolhido possibilitou a construção de uma visão panorâmica dos serviços da rede, com a elaboração de indicadores que podem ser úteis no monitoramento do programa em Minas Gerais e em outros territórios brasileiros. Ademais, a análise dos processos permitiu um detalhamento das principais atividades previstas na RAPS para uma atenção psicossocial integral, possibilitando uma visão do grau de implantação de cada componente analisado nos âmbitos estadual, regional e municipal, e abrindo espaço para análises futuras que possam detalhar os achados encontrados.

A realização das etapas sequenciais exigidas pela metodologia escolhida possibilitou um conhecimento aprofundado da operacionalização do programa, por meio do contato com os *stakeholders* e pela análise detalhada de documentos oficiais e da literatura. Permitiu também a constituição do modelo lógico da rede, ferramenta construída em conjunto com outros membros da comunidade acadêmica e com os *stakeholders*, o que foi essencial para a localização dos pontos principais a serem avaliados, podendo facilitar futuras pesquisas avaliativas dessa rede. O processo de validação do instrumento por meio da Técnica Delphi permitiu que ele fosse avaliado e comentado por diversos estudiosos, gestores e trabalhadores da RAPS de vários Estados brasileiros, fato que aumentou sobremaneira seu poder analítico. Da mesma forma, a construção e a validação do instrumento gerado (IMAI-RAPS), que alcançou mais de 90% dos Municípios mineiros, possibilitarão a realização futura de avaliações sequenciais da RAPS de Minas Gerais, podendo ser utilizado, com pequenas alterações, em outras regiões do país, o que possibilita avaliações padronizadas da rede no território nacional.

A aplicação do IMAI-RAPS constituiu um desafio, pois necessitou de uma exaustiva busca ativa pelas pessoas que tivessem o maior conhecimento das ações em saúde mental de cada um dos 853 municípios. A grande rotatividade profissional e a dominância do Estado por pequenos Municípios, que, na maioria das vezes, não possuem uma pessoa especificamente designada para gerir a saúde mental, demandou do grupo de pesquisa esforços no contato com as referências regionais de saúde mental e contatos diretos com membros de cada gestão municipal, por meio telefônico ou por mensagens de *Whatsapp*. Esse processo, entretanto, resultou em um contato mais próximo dos pesquisadores com os respondentes e permitiu uma maior taxa de respostas. Dessa maneira, o financiamento da pesquisa pela FAPEMIG se mostrou de extrema valia, permitindo um engajamento de bolsistas de apoio técnico e iniciação científica na operacionalização do trabalho.

Em práticas avaliativas, diz-se que, quanto mais uma avaliação é bem-sucedida, mais ela abrirá espaço para novas perguntas. Dessa maneira, ela é vista como uma atividade dinâmica que necessita envolver diversos atores e metodologias, pois suscita dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente. Esta tese, portanto, não objetivou e nem seria capaz de englobar todos os aspectos envolvidos na estruturação de uma rede de saúde que engloba desde o tratamento de transtornos mentais leves ao manejo das crises psíquicas, além de ações de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização.

Sabe-se que seria necessária a participação de outros autores presentes na RAPS para uma avaliação mais completa da realidade analisada, entretanto a operacionalização do projeto não permitiu a aplicação do instrumento em outros profissionais ou gestores de cada âmbito municipal, fato que pode enviesar os resultados. Da mesma forma, não foram incluídos usuários, familiares e membros da comunidade na construção realizada. Entende-se que essas são limitações do trabalho que devem ser sanadas em estudos posteriores, pois usuários dos serviços, representantes da população, profissionais de saúde e gestores dos serviços têm objetivos e percepções distintas em relação aos serviços de saúde e, geralmente, dão prioridade a aspectos diferentes quando avaliam as ações.

Outro aspecto não abordado foi a análise do componente *Subjetividade* presente no modelo lógico. Nesse componente, que perpassa todos os demais, estão incluídos os protagonismos, os sentidos, os valores e os vínculos afetivos que circulam na rede. Sabe-se que o desempenho de muitas ações em saúde pode ser atribuído à implicação de indivíduos ou grupos específicos de maneira ativa na construção do trabalho, tornando este um componente instituinte da organização e do funcionamento da rede em cada local. Entretanto, justamente

por sua característica, esse aspecto não pôde ser englobado neste estudo e deve ser investigado posteriormente.

Alguns resultados da pesquisa podem indicar uma dificuldade da RAPS mineira na incorporação de atividades cotidianas que ultrapassem a mera supressão sintomática e apontem para a inserção dos usuários na vida comunitária, tal como proposto pelo projeto da reforma psiquiátrica. Dessa maneira, foram detectadas deficiências na implementação de ações de reabilitação psicossocial, práticas matriciais, intervenções psicossociais, inclusão produtiva e protagonismo do usuário. Pode-se refletir que essas constatações apontam para uma dificuldade de mudança na perspectiva social em relação à loucura. Para ultrapassar as compreensões restritivas de normal-patológico e construir uma *práxis* centrada no sujeito inserido em um contexto sociocultural, é necessário um esforço não somente no âmbito da RAPS, mas também na transformação do lugar social do sofrimento mental, por meio de modificações no imaginário social. As práticas produtoras de autonomia necessitam avançar e serem capazes de romper as armadilhas da tutela que limitam o desenvolvimento da independência do usuário na construção de saídas adequadas para suas vivências. Penso que esse ponto deveria ser o de maior atenção dos pesquisadores, gestores e profissionais da RAPS para que o propósito da reforma psiquiátrica brasileira de superação de práticas de disciplinarização dos corpos e da concepção das pessoas em sofrimento mental como perigosas e destituídas de saber sobre si não se perpetue.

Entendemos que a avaliação deve possibilitar a apropriação pelos gestores dos conhecimentos gerados em sua realização, além de viabilizar e ampliar a utilização de seus resultados na melhoria do SUS. Nesse sentido, a constatação da diversidade presente nas várias regiões do Estado em relação aos indicadores de serviços componentes da RAPS e ao grau de implantação de cada processo analisado possibilita uma intervenção direcionada da gestão nas dificuldades particulares da atenção psicossocial de cada região de saúde.

Para o compartilhamento do conhecimento produzido e a potencialização da possibilidade de apropriação pela gestão dos resultados encontrados, foram realizadas devolutivas, nas quais o relatório técnico foi enviado e discutido em reuniões on-line com os gestores estaduais e as referências técnicas regionais em saúde mental de Minas Gerais. Vale ressaltar também que recebemos retorno de vários respondentes e referências técnicas regionais dizendo que o ato de responder ao questionário, em si, potencializou as ações municipais em saúde mental, por detalhar e divulgar no contexto municipal as ações esperadas. Nesse sentido, a própria aplicação do instrumento atuou como um componente educativo, reforçando o fato de que o processo de pesquisa, na avaliação, transforma o objeto avaliado.

Evidenciou-se que a avaliação e o monitoramento da RAPS encontram-se incipientes e necessitam urgentemente ser incorporados, tanto pela gestão quanto pelo meio acadêmico, para que os avanços na implantação de ações e serviços comunitários em saúde mental não sofram um retrocesso. Acreditamos que o compartilhamento deste trabalho por meio de artigos científicos, apresentações em congressos e discussões dos resultados com os gestores possa incentivar a ampliação das práticas avaliativas tão necessárias para a consolidação e a melhoria da RAPS.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. AKERMAN, M.; FURTADO, J. (Orgs.). Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, J. M. C. DE. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. e00129519, 2019.
- ALMEIDA, P. F. DE. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental**: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/Rj. 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 424-434, jun. 2017a.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 424-434, jun. 2017b.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- ASHWOOD, J. S. *et al.* Evaluation of the Mental Health Services Act in Los Angeles County. **Rand health quarterly**, v. 8, n. 1, p. 4-7, 2018.
- AZEVEDO, D. M. de; SALVETTI, M. D. G.; TORRES, G. V. de. Qualidade da assistência em saúde mental: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p. e1685, 2017.
- BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000.
- BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. da. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 124-132, 2012.
- BARBUI, C.; PAPOLA, D.; SARACENO, B. Forty years without mental hospitals in Italy. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 12, n. 1, p. 43, 2018.
- BASTOS, F. I. Políticas de drogas no Brasil contemporâneo: aportes da ciência, da clínica e do liberalismo moderno. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. e00125519, 2019.
- BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica**: História e estrutura do saber psiquiátrico. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Metodológica**, 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental No SUS: Os Centros De Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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 (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, Seção 1, 2011.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados** - 12, ano 10, nº 12. Informativo Eletrônico. Brasília: [s.n.].

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 21 dez. 2017.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 09 abril 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 jan.2019.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. Brasília, DF, n. 18, Seção 1, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, 2017, , 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 jan.2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 11 jan. 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde. SAPS. **Modalidades NASF**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/modalidades/>>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção Primária À Saúde. **e-Gestor Atenção Básica** - Informação e Gestão na Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CALDAS DE ALMEIDA, J. M. Mental health services development in Latin America and

the Caribbean: achievements, barriers and facilitating factors. **International Health**, v. 5, n. 1, p. 15-18, mar. 2013.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 767-776, 2016.

CAMPOS, R. O. Pesquisa em Saúde Mental no Brasil: through the looking-glass. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2032–2032, 2011.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394 (10195), n. 10195, p. 345-356, 2019.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Framework for Program Evaluation in Public Health. **Morbidity and mortality weekly report**, v. 48, n. 11, p. 1-58, 1999.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise da implantação. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as intervenções. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 61-74b.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação Evaluating the institutionalization of evaluation. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006a.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006b.

COORDENAÇÃO DE INDICADORES SOCIAIS – CIS/FJP. **Índice Mineiro de Responsabilidade Social**. Disponível em: <<http://imrs.fjp.mg.gov.br/>>. Acesso em: 8 abr. 2021.

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 345-359, 2017a.

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 345-359, 2017b.

COSTA, P. H. A. da; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, 2015.

CRAIG, P.; CAMPBELL, M. **Evaluability Assessment** : a systematic approach to deciding whether and how to evaluate programmes and policies: a What Works Scotland Working Paper. Glasgow: What Works Scotland, 2015.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, 2019.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz,

1999.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

FERNANDES, C. J. *et al.* Healthcare Coverage Index in the Psychosocial Care Network (iRAPS) as a tool for critical analysis of the Brazilian psychiatric reform. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 4, p. e00049519, 2020.

FIGUEIREDO, T. A.; ANGULO-TUESTA, A.; HARTZ, Z. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, 2019.

FIOCRUZ. Fundação Calouste Gulbenkian. **Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de Teixeira Coelho. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

FURTADO, J. P. *et al.* A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 102-110, 2013.

FURTADO, J. P. *et al.* Construção de indicadores para avaliação de CAPS. In: TANAKA, O. Y. (Ed.). **Avaliação em Saúde - Contribuições para Incorporação no Cotidiano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

GOULART, M. S. B. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. SPE, p. 194-213, 2015.

HARTZ, Z. M. DE A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HOUSTON, R. A. Asylums: the historical perspective before, during, and after. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 354-362, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE - Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg.html>>. Acesso em: 2

set. 2020.

JACOB, K. S. *et al.* Mental health systems in countries: where are we now? **The Lancet**, v. 370, n. 9592, p. 1061-1077, 2007.

JONES, A. *et al.* Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature. **PloS one**, v. 13, n. 6, p. e0198427, 2018.

JÜNGER, S. *et al.* Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. **Palliative Medicine**, v. 31, n. 8, p. 684-706, 2017.

KOHN, R. *et al.* Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e165, 2018.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MONTGOMERY, L. *et al.* An evaluation of mental health service provision in Northern Ireland. **Health and Social Care in the Community**, v. 27, n. 1, p. 105-114, 2019.

MOREIRA, D. DE J.; BOSI, M. L. M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 1-22, 2019.

NEISI, L. *et al.* A review of the world health organization assessment instrument for mental health system: WHO-AIMS. **Quarterly Journal of Nursing Management**, v. 6, n. 3, p. 66-77, 2005.

NUNES, M. de O. *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019.

OLIVEIRA, M. A. F. de *et al.* Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 368-378, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e113, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 11, p. e00156119, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

PATEL, V. *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **The Lancet**, v. 392, n. 10157, p. 1553-1598, 2018.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

REGIÃO E REDES. **Região e Redes**: banco de indicadores regionais e tipologias. Disponível em: <<http://indicadores.resbr.net.br/view/>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

REWORÊDO, L. DA S. *et al.* O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 2, p. 16-21, 2015.

ROMERO-LÓPEZ-ALBERCA, C. *et al.* Standardised description of health and social care: A systematic review of use of the ESMS/DESDE (European Service Mapping Schedule/Description and Evaluation of Services and DirectoriEs). **European Psychiatry**, v. 61, p. 97-110, 2019.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation**: a systematic approach. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999.

ROTOLI, A. *et al.* Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery**, v. 23(2), n. 2, p. 1-8, 2019.

SALVADOR-CARULLA, L. *et al.* Developing a tool for mapping adult mental health care provision in Europe: The REMAST research protocol and its contribution to better integrated care. **International Journal of Integrated Care**, v. 15, 2015.

SAMICO, I. *et al.* **Formação profissional e avaliação em saúde** - Volume 1: Desafios da implantação de programas. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2015.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. 1-19, 2021.

SARACENO, B.; FRATTURA, L.; BERTOLOTE, J. M. Evaluation of Psychiatric Services: Hard and Soft Indicators. *In: Innovative Approaches in Service Evaluations*: Consumer Contribution to Qualitative Evaluation – Soft Indicators. Geneva: WHO/MND/93.19, 1993. p.

37-52.

SHEN, G. C.; SNOWDEN, L. R. Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 8, n. 1, p. 47, 2014.

SILVA, L. M. V. DA; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994.

SOUZA, E. C. de; GUIMARÃES, J. M. X.; SILVA, M. R. F. Estudos de Avaliabilidade de Políticas e Programas de Saúde no Brasil: revisão integrativa. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 2, p. 85-92, 2018.

SOUZA, P. J. C. **Resposta à Crise: A experiência de Belo Horizonte. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O Cotidiano de uma Utopia.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Coordenação de Saúde Mental, 2008.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

THORNICROFT, G.; DEB, T.; HENDERSON, C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. **World Psychiatry**, v. 15, n. 3, p. 276-286, 2016.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: Lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

VIANA, A. L. D. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00237219, 2020.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. **Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 171-178, 2016.

WHOLEY, J. S. Evaluability assessment. In: RUTMAN, L. (Ed.). **Evaluation research methods: a base guide.** Beverly Hills CA: Sage, 1977. p. 41-56.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2017.** Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2011.** **World Health Organization**, p. 1-81, 2011.

ZHOU, W. *et al.* Policy development and challenges of global mental health: a systematic review of published studies of national-level mental health policies. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 138, 2018.

APÊNDICE 1 – IMAI-RAPS: Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS

Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS (IMAI-RAPS)		
Nome:	Telefone institucional:	Celular:
Sexo: O F O M O Outro	Data de nascimento:	E-mail:
Cargo (permitido marcar mais de uma resposta)	O Coordenador municipal de saúde mental	O Trabalhador da rede municipal de saúde mental
	O Referência técnica municipal em saúde mental	O Secretário Municipal de Saúde
	O Coordenador (gerente) de outra área da saúde	O Outro:
Formação profissional (permitido marcar mais de uma resposta)	O Psicólogo(a)	O Terapeuta Ocupacional
	O Enfermeiro(a)	O Farmacêutico(a)
	O Médico(a)	O Técnico(a) de Enfermagem
	O Assistente Social	O Outro:
	O Fisioterapeuta	
Pós-graduação:	O Sim	O Não
Você possui pós-graduação? (permitido marcar mais de uma resposta)	O Não	O Sim, Pós-Graduação Latu Senso em outras áreas fora do campo da saúde
	O Sim, Pós-Graduação Latu Senso em Saúde Mental	O Sim, Especialização via EAD
	O Sim, Pós-Graduação Latu Senso em Gestão na área da Saúde	O Sim, Mestrado
	O Sim, Especialização em Saúde Pública	O Sim, Doutorado
	O Sim, Pós-Graduação Latu Senso em outra área da saúde	O Outro:
Tempo de serviço no SUS (em anos trabalhados):		
Tempo de serviço na Saúde Mental (em anos trabalhados):		
Município:		
I – Componente Unidades Mínimas		
Assistência à saúde mental		
No seu município, na assistência à saúde mental, é realizada:		
1. Atendimento multidisciplinar?		

Atendimento no qual profissionais com formações distintas atendem o usuário e compartilham decisões acerca do acompanhamento do caso O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
2. Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
3. Elaboração do Projeto Terapêutico Singular: Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade. Tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
4. (CONNECTIVIDADE) Discussão de casos pela equipe que acompanha o usuário? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
5. (CONNECTIVIDADE) Discussões de casos entre equipes de distintos serviços da RAPS? Por meio do NASF ou diretamente entre as equipes envolvidas O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
6. O psiquiatra (municipal ou de outro município pactuado) costuma discutir o caso com os outros profissionais não médicos, sendo aberto a construções conjuntas para o manejo do caso? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
7. (GESTÃO DO CUIDADO) Existe fila de espera para atendimento ambulatorial com psiquiatra, psicólogo ou outro profissional de saúde mental? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
8. Em seu município, são oferecidas rodas de conversas, grupos, oficinas ou outras ações sobre promoção de saúde? Auto-cuidado, uso adequado de medicamentos, hábitos de vida: atividade física, alimentação, consequências do uso prejudicial de álcool ou outras drogas O Sim O Não O Não sei O Não se aplica
No seu município, na atenção primária em saúde:
9. Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde realizam o acompanhamento de usuários com Transtornos Mentais Comuns: Por ex: queixas depressivas, ansiosas, somatoformes O Sim O Na maioria das vezes — acompanha de maneira integral os usuários estabilizados O Na maioria das vezes — realiza atendimentos clínicos quando demandado pela equipe de saúde mental O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
10. Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam acompanhamento de usuários com transtornos graves em saúde mental? O Sim O Na maioria das vezes — acompanha de maneira integral os usuários estabilizados O Na maioria das vezes — realiza atendimentos clínicos quando demandado pela equipe de saúde mental O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
11. Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico secundário ao uso de álcool ou outras drogas? O Sim O Na maioria das vezes — acompanha de maneira integral os usuários estabilizados O Na maioria das vezes — realiza atendimentos clínicos quando demandado pela equipe de saúde mental O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
Em seu município, o atendimento à crise em saúde mental:

Situações que envolvem momentos de desestabilização do usuário como, por exemplo: grave sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura das relações familiares e/ou sociais; recusa do tratamento; situações de alarme e risco no contexto familiar e/ou social; risco de suicídio
12. É realizado em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) municipal ou CAPS pactuado com municípios da região? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
13. Os pacientes são encaminhados para hospital psiquiátrico? Por exemplo: 1) o paciente é atendido na Unidade de Pronto atendimento (UPA) municipal e encaminhado para o hospital psiquiátrico logo que possível; OU 2) o paciente é abordado pelo SAMU e levado diretamente para o hospital psiquiátrico mais próximo; OU 3) o paciente é abordado pelo CAPS, mas devido a falta de permanência noturna ou leitos em hospitais gerais, ele é encaminhado ao hospital psiquiátrico. O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
Em seu município, em relação à assistência aos portadores de sofrimento psíquico secundário ao uso de álcool ou outras drogas:
14. Os casos graves são atendidos em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) municipal ou CAPS pactuado com outro município da região? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
15. É realizada em Comunidades Terapêuticas? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
16. As crianças e adolescentes portadores de sofrimento psíquico recebem atendimento em serviços municipais? O Sempre, em CAPS infante-juvenil (ou outro serviço específico para esse atendimento) ou Unidade Básica de Saúde dependendo da gravidade de cada caso. O Na maioria das vezes, em CAPS infante-juvenil (ou outro serviço específico para esse atendimento) ou Unidade Básica de Saúde dependendo da gravidade de cada caso. O Algumas vezes, em CAPS infante-juvenil (ou outro serviço específico para esse atendimento) ou Unidade Básica de Saúde dependendo da gravidade de cada caso. O Algumas vezes, em serviços não específicos da rede de saúde O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
17. O município promove atividades esportivas e/ou culturais para a população? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
18. Em seu município são realizadas estratégias para prevenção ao uso prejudicial de álcool ou outras drogas? O Sim O Não O Não sei O Não se aplica
Se sim na pergunta anterior (18), quais?
Reabilitação psicossocial:
Conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades sociais do sujeito auxiliando sua integração social.
Em relação às atividades de reabilitação psicossocial realizadas em seu município:
19. São realizadas oficinas nas quais os produtos sejam comercializados? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
20. São realizadas intervenções psicossociais para integrar o usuário às redes sociais, por exemplo, estímulo à participação do usuário em grupos familiares, comunitários, etc. O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
21. São realizadas ações para inserção do usuário da RAPS no mercado de trabalho? O Sim O Não O Não sei O Não se aplica
22. Os profissionais da RAPS incentivam os usuários na criação e/ou participação em cooperativas ou empreendimentos solidários que facilitem sua inserção produtiva? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
23. Os profissionais da RAPS realizam ações para o aumento da autonomia dos usuários?

<p>Por exemplo: auxílio na realização de carteiras de identidade, carteira de trabalho, confecção de currículos profissionais, regularização de questões bancárias, dentre outros</p> <p>O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>24. Ocorrem ações para desinstitucionalização de usuários de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou outras instituições?</p> <p>Por exemplo: inserção em Serviços Residenciais Terapêuticos; rearticulação de vínculos familiares e/ou sociais; ações que propiciem a interação das pessoas internadas com seus familiares e pessoas da cidade, com criação de espaços para promoção de encontros dentro do hospital e nos territórios da cidade.</p> <p>O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>II – Componente Conectividade</p>
<p>Sobre as relações entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de seu município:</p>
<p>25. Os diversos serviços atuam de maneira independente, sem contato uns com os outros?</p> <p>O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>26. O seu município conta com ações de matriciamento em saúde mental?</p> <p>Trabalho em conjunto entre uma equipe especializada em saúde mental e equipes responsáveis pelos cuidados básicos em saúde, cuidados hospitalares ou pelas ações de urgência/emergência com o intuito de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Estas ações podem ocorrer por meio do NASF ou independentes dele</p> <p>O Sim O Não O Não sei O Não se aplica</p>
<p>27. As ações de matriciamento incluem discussões de casos ou atendimentos compartilhados?</p> <p>O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>28. Os profissionais matriciadores vão às unidades matriciadas com qual frequência?</p> <p>O Semanal O Quinzenal O Mensal O Bimensal ou mais O Não sei O Não se aplica</p>
<p>29. Ocorrem ações de matriciamento em saúde mental da atenção primária em saúde?</p> <p>O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>30. Ocorrem ações de matriciamento em saúde mental da rede de urgência e emergência?</p> <p>O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>31. Ocorrem ações de matriciamento em saúde mental da rede hospitalar de referência?</p> <p>Hospitais locais ou regionais que recebam os usuários da saúde mental</p> <p>O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>32. Os profissionais de saúde mental de seu município desenvolvem ações em conjunto com outros setores da administração municipal</p> <p>Lazer, justiça, educação, esportes, serviço social, conselho tutelar, etc.</p> <p>O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>Em relação à articulação da RAPS em seu município, informe com qual frequência as atividades são realizadas:</p>
<p>33. Discussões de casos entre a equipe que acompanha o usuário e a equipe hospitalar quando os usuários estão internados (por motivos relacionados a saúde mental)</p> <p>O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>34. Reuniões de rede</p> <p>Contando com a participação de representantes de vários serviços da RAPS</p> <p>O Mensal ou mais frequente O Bimensal</p> <p>O Frequência variável, segundo demanda (periodicidade maior que bimensal)</p> <p>O Não são realizadas O Não sei O Não se aplica</p>
<p>III – Componente Integração</p>
<p>Governança</p>

<p>35. O município possui um coordenador específico para a saúde mental? O Sim O Não O Não sei O Não se aplica</p>
<p>36. Seu município possui pactuações com outros municípios regionais para o compartilhamento de serviços da RAPS? Seja recebendo ou enviando usuários O Sim O Não O Não sei O Não se aplica</p>
<p>37. Se sim na questão anterior (36), você avalia que as pactuações das quais participa são adequadas para a atendimento dos usuários da RAPS? Por exemplo, existem municípios que possuem pactuação para utilização do CAPS de um município vizinho, mas, na prática, não há transporte disponível ou as distâncias não justificam que o paciente vá para a permanência dia O Muito efetiva O Efetiva O Razoavelmente efetiva O Pouco efetiva O Não efetiva O Não sei O Não se aplica</p>
Gestão do cuidado
Em relação ao acompanhamento dos usuários da saúde mental, no seu município:
<p>38. Existe a definição de um (ou mais) profissional (is) de referência responsável (eis) pelo usuário ao longo de seu acompanhamento? Aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato principal com a rede familiar, comunitária, laboral O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>39. Existem fluxos pactuados para a circulação dos usuários pelos diversos serviços de saúde da RAPS local? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>40. Na transição entre serviços, existe uma discussão entre os profissionais para articulação de um projeto compartilhado de cuidado? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>41. Ao longo do percurso do usuário pelos serviços da RAPS existe uma corresponsabilização dos profissionais de diferentes serviços no acompanhamento do caso? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
IV – Componente Normatividade
Política de Saúde Mental
<p>42. As ações em saúde mental de seu município são embasadas nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>43. Os profissionais de saúde mental de seu município conhecem o funcionamento da RAPS de sua região? Fluxos, demandas, protocolos de atendimento O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>44. No seu município, ocorrem ações de avaliação e monitoramento da atenção prestada em saúde mental? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica</p>
<p>Se sempre, na maioria das vezes ou algumas vezes na questão anterior (44): Como são realizadas estas ações?</p>
Participação e controle social

45. Os usuários da RAPS de seu município participam de colegiados, conselhos, comissões, fóruns ou outros espaços de discussão coletiva em saúde mental? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
46. Nos serviços de saúde mental de seu município ocorrem assembleias de usuários? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
47. Se sempre, na maioria das vezes ou algumas vezes na questão anterior: As assembleias de usuários são deliberativas (quer dizer, tem poder decisório após consulta ou reflexão)? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
48. Os usuários e/ou seus familiares participam nas decisões acerca de seu tratamento? Por exemplo: tendo espaço para opinar sobre quais medicamentos tomar, quais oficinas frequentar, qual familiar acionar O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
49. Os profissionais da RAPS de seu município participam de colegiados, comissões, fóruns ou outros espaços de discussões coletivas em saúde mental? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
V — Dimensão estrutural
Educação em Saúde
Em relação às ações para educação em saúde dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de seu município:
50. O município oferece atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
51. O município incentiva a participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas? Por exemplo: dando incentivos salariais à conclusão de pós graduação, diárias para deslocamento, liberação de carga horária parcial ou total, progressão na carreira O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
52. Na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no seu município, é levada em conta a experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente? Por exemplo: especialização latu senso em saúde mental, cursos O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
Sistema Logístico
53. A atenção em saúde mental de seu município possui veículo disponível para transporte de usuários ou disponibiliza mecanismos para seu transporte até o serviço, como vale transporte, por exemplo? O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
54. A atenção em saúde mental de seu município possui veículo para transporte de profissionais em serviço? Por exemplo: para atendimentos domiciliares, aplicação de medicação, ações de matriciamento O Sempre O Na maioria das vezes O Algumas vezes O Raramente O Nunca O Não sei O Não se aplica
55. Em seu município, existe um prontuário eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde? O Sim O Não O Não sei O Não se aplica

APÊNDICE 2 – Matriz de Análise e Julgamento

Componentes	Sub-componentes	Processos	Critério avaliativo	Máximo de pontos	Máximo de pontos por processos	% para nota final
Unidades mínimas	Assistência à saúde mental	Atendimento multidisciplinar e compartilhado dos casos	Atendimento multidisciplinar?	10	56	34%
			O psiquiatra (municipal ou de outro município pactuado) costuma discutir o caso com os outros profissionais não médicos, sendo aberto a construções conjuntas para o manejo do caso?	6		
			Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde realizam o acompanhamento de usuários com Transtornos Mentais Comuns?	10		
			Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam acompanhamento de usuários com transtornos graves em saúde?	10		
			Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico secundário ao uso de álcool ou outras drogas?	10		
			As crianças e adolescentes portadores de sofrimento psíquico recebem atendimento em serviços municipais?	10		
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais?	10	10	
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular	8	8	
		Manejo das situações de crise	É realizado em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) municipal ou CAPS pactuado com municípios da região?	10		
			Os pacientes são encaminhados para hospital psiquiátrico?	10	30	
	Os casos graves são atendidos em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) municipal ou CAPS pactuado com outro município da região?	10				

		Rodas de conversas e/ou outras abordagens para promoção de saúde, autocuidado, uso adequado de medicamentos e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	Em seu município, são oferecidas rodas de conversas, grupos, oficinas ou outras ações sobre promoção de saúde?	6			
					14		
		Promoção de alternativas de lazer como atividades esportivas e culturais	Em seu município são realizadas estratégias para prevenção ao uso prejudicial de álcool ou outras drogas?	8			
			O município promove atividades esportivas e/ou culturais para a população?	6	6		
	Reabilitação psicossocial	Desinstitucionalização	Ocorrem ações para desinstitucionalização de usuários de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou outras instituições?	8	8		
		Intervenções psicossociais	São realizadas intervenções psicossociais para integrar o usuário às redes sociais, por exemplo, estímulo à participação do usuário em grupos familiares, comunitários, etc	10	10		
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	Os profissionais da RAPS realizam ações para o aumento da autonomia dos usuários?	10	10		
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	São realizadas ações para inserção do usuário da RAPS no mercado de trabalho?	8	8		
Conectividade	Articulação da rede		Discussão de casos pela equipe que acompanha o usuário?	10			
			Reuniões de equipes, reuniões de rede, matriciamento das equipes de atenção básica, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência	Discussões de casos entre equipes de distintos serviços da RAPS?	10		
				Os diversos serviços atuam de maneira independente, sem contato uns com os outros?	10		
				O seu município conta com ações de matriciamento em saúde mental?	10		
				As ações de matriciamento incluem discussões de casos ou atendimentos compartilhados?	10		
				Os profissionais matriciadores vão às unidades matriciadas com qual frequência?	6		
					74	18%	

		Discussões de casos entre a equipe que acompanha o usuário e a equipe hospitalar quando os usuários estão internados (por motivos relacionados a saúde mental)	8		
		Reuniões de rede	10		
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde (ex: justiça, lazer, educação, esportes, serviço social)	Os profissionais de saúde mental de seu município desenvolvem ações em conjunto com outros setores da administração municipal?	10	10
Integração	Governança	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	O município possui um coordenador específico para a saúde mental?	8	8
		Pactuação da RAPS regional	Seu município possui pactuações com outros municípios regionais para o compartilhamento de serviços da RAPS?	10	18
	Se sim na questão anterior (36), você avalia que as pactuações das quais participa são adequadas para a atendimento dos usuários da RAPS?		8	11%	
	Gestão do cuidado	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	Existem fluxos pactuados para a circulação dos usuários pelos diversos serviços de saúde da RAPS local?	8	8
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	Existe a definição de um (ou mais) profissional (is) de referência responsável (eis) pelo usuário ao longo de seu acompanhamento? Na transição entre serviços, existe uma discussão entre os profissionais para articulação de um projeto compartilhado de cuidado?	8 6	14

	Co-responsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	Ao longo do percurso do usuário pelos serviços da RAPS existe uma corresponsabilização dos profissionais de diferentes serviços no acompanhamento do caso?	6	6		
Normatividade	Política de saúde mental	Conhecimento e apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para atenção em saúde mental	As ações em saúde mental de seu município são embasadas nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental?	10	16	
			Os profissionais de saúde mental de seu município conhecem o funcionamento da RAPS de sua região?	6		
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	No seu município, ocorrem ações de avaliação e monitoramento da atenção prestada em saúde mental?	8	8	
		Assembleia de usuários	Nos serviços de saúde mental de seu município ocorrem assembleias de usuários?	8	8	11%
	Participação e controle social	Abordagens que coloquem as necessidades expressas dos usuários no cerne de seus cuidados	Os usuários e/ou seus familiares participam nas decisões acerca de seu tratamento?	8	8	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em colegiados, comissões, fóruns ou outros espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	Os usuários da RAPS de seu município participam de colegiados, conselhos, comissões, fóruns ou outros espaços de discussão coletiva em saúde mental?	6	12	
		Os profissionais da RAPS de seu município participam de colegiados, comissões, fóruns ou outros espaços de discussões coletivas em saúde mental?	6			
Estrutura	Serviços componentes da RAPS	iCAPS		20	80	
		iNASF		20		
		iESF		20		
		iLHG		20		
	Sistema Logístico	A atenção em saúde mental de seu município possui veículo disponível para transporte de usuários ou disponibiliza mecanismos para seu transporte até o serviço, como vale transporte, por exemplo?	6	18	26%	

	A atenção em saúde mental de seu município possui veículo para transporte de profissionais em serviço?	6	
	Em seu município, existe um prontuário eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde?	6	
Educação permanente	O município oferece atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS?	8	24
	O município incentiva a participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas?	8	
	Na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no seu município, é levada em conta a experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente?	8	

APÊNDICE 3 – Relatório técnico da pesquisa



AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) EM MINAS GERAIS

Relatório técnico

Carlos Alberto Pegolo da Gama, Vívian Andrade Araújo Coelho, Denise Alves
Guimarães, Eliete Albano de Azevedo Guimarães, Celina Maria Modena

APRESENTAÇÃO

Esse relatório técnico é um produto do projeto intitulado “A implantação da Rede de Atenção Psicossocial nas Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais-BR”, do **EDITAL 007/2017 - PROGRAMA DE PESQUISA PARA O SUS - PPSUS**”, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de São João del-Rei (NEPPS/UFSJ), em parceria com a Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. O projeto foi coordenado pelo professor Carlos Alberto Pegolo da Gama.

REFERÊNCIA

Gama, Carlos Alberto Pegolo; Guimarães, Denise Alves; Coelho, Vívian Andrade Araújo; Guimarães, Eliete Albano de Azevedo; Modena, Celina Maria.

Relatório técnico referente à avaliação da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Minas Gerais

Núcleo de Estudos e Pesquisas Psicossociais (NEPPS) do curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei – Campus Centro Oeste Dona Lindu, Divinópolis
UFSJ-CCO. 147 p.:1ª ed.

SUMÁRIO

Sumário

1.	<u>Objetivo do relatório técnico</u>	168
2.	<u>Justificativa</u>	168
3.	<u>Metodologia de coleta dos resultados apresentados</u>	168
3.1	<u>Cálculo dos indicadores nas Macrorregiões e Regiões de Saúde (RS)</u>	168
3.2	<u>Questionário eletrônico</u>	170
4.	<u>Resultados: mapeamento dos serviços da RAPS no estado de Minas Gerais</u>	172
4.1	<u>Resultados: Grau de Implantação da RAPS no estado de Minas Gerais</u>	176
4.1.1	<u>Caracterização dos respondentes da pesquisa</u>	176
5.	<u>Resultados: Processo de implantação da RAPS nas macrorregiões e RS de MG</u>	183
5.1	<u>Macrorregião Norte:</u>	184
5.2	<u>Macrorregião Nordeste</u>	196
5.3	<u>Macrorregião Noroeste:</u>	207
5.4	<u>Macrorregião Jequitinhonha</u>	212
5.5	<u>Macrorregião Triângulo Norte</u>	216
5.6	<u>Macrorregião Triângulo Sul</u>	222
5.7	<u>Macrorregião Sul</u>	227
5.8	<u>Macrorregião Centro Sul</u>	241
5.9	<u>Macrorregião Sudeste</u>	246
5.10	<u>Macrorregião Centro</u>	257
5.11	<u>Macrorregião Oeste</u>	270
5.12	<u>Macrorregião Leste</u>	279
5.13	<u>Macrorregião Leste do Sul</u>	289
6.	<u>Considerações finais</u>	294

1. Objetivo do relatório técnico

O presente relatório tem por objetivo a apresentação dos resultados da pesquisa “A implantação da Rede de Atenção Psicossocial nas Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais-BR.”. Nosso objetivo é apresentar uma análise da situação da Saúde Mental no Estado de Minas Gerais, permitindo que os diferentes níveis de gestão (municipal, regional e estadual) possam ter acesso aos resultados da pesquisa, refletir sobre os achados e considerá-los dentro do planejamento e das ações desenvolvidas no processo de implantação da RAPS em Minas Gerais.

O relatório tem uma primeira parte que apresenta aspectos da implantação dos serviços da RAPS no Estado e uma segunda parte que discute a implantação dos processos e das ações propostos pela RAPS:

- a) análise de implantação dos Serviços de Saúde Mental na RAPS;
- b) análise das ações de Saúde Mental nos Serviços Implantados.

2. Justificativa

Percebem-se diversos avanços na implementação da política de Saúde Mental no Brasil, no entanto, as recentes transformações vêm ocorrendo com escasso acompanhamento epidemiológico e limitada avaliação dos processos. Compreende-se que um diagnóstico da rede é fundamental para o planejamento estratégico do SUS. Com relação à avaliação da gestão pública, sabe-se que sua pouca utilização produz diversos efeitos negativos, tais como: dificuldade em captar e administrar os recursos; impasses para o planejamento de novas estratégias e revisão das experiências; vulnerabilidade a críticas oriundas de diversos setores etc. Entendemos que a avaliação, nesse cenário, deve possibilitar a apropriação pelos gestores dos conhecimentos gerados em sua realização, além de viabilizar e ampliar a utilização de seus resultados na melhoria do SUS.

3. Metodologia de coleta dos resultados apresentados

3.1 Cálculo dos indicadores nas Macrorregiões e Regiões de Saúde (RS)

Foi realizado um estudo transversal dos serviços da RAPS de Minas Gerais (MG) tendo as macrorregiões e microrregiões (Regiões de Saúde – RS) como unidades de análise. As

informações foram coletadas em maio de 2019, a partir de bases de dados governamentais (DATASUS e e-GESTORab) e consulta direta à Coordenação Nacional de Saúde Mental (janeiro/2020). Em seguida, os dados coletados foram reconstruídos a partir da plataforma Regiões e Redes, de modo a relacionar os 853 municípios mineiros, organizados em 13 macrorregiões e 77 microrregiões.

Após a organização dos dados em um banco único, foram produzidos indicadores a partir do número de serviços em relação à população. A estimativa populacional foi utilizada com base em 1º de julho do ano anterior, último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de acordo com a estimativa realizada pelo e-Gestor. O cálculo dos índices foi realizado considerando-se o valor máximo de cobertura em cada serviço ofertado.

O Índice CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), aqui chamado de iCAPS, foi calculado à semelhança do indicador CAPS/100.000 hab. Para tanto, foram considerados os critérios para o financiamento desse serviço, que estabelecem: CAPS I: mais de 15 mil hab.; CAPS II, CAPS AD (álcool e drogas) e CAPSi (infanto-juvenil): mais de 70 mil hab.; e CAPS III e CAPS ADIII: mais de 150 mil hab. O Índice NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), tratado por iNASF, foi calculado considerando as modalidades I, II e III, com o máximo de cobertura em cada uma delas, ou seja, 9 eSF, 4 eSF e 2 eSF, respectivamente, sendo que cada equipe atende até 3.450 hab. O Índice LHG (Leitos Psicossociais em Hospitais Gerais), chamado iLHG, foi calculado considerando-se o valor estipulado pelo Ministério da Saúde de um leito para cada 23 mil habitantes. O Índice ESF (Estratégia de Saúde da Família), tratado por iESF, foi calculado considerando-se a população que é coberta por tal serviço e a população total. Por fim, o cálculo do Índice RAPS foi realizado como um índice geral de implantação dos serviços na RAPS em Minas Gerais:

$$iRAPS = \frac{iCAPS + iNASF + iLHG + iESF}{4}$$

Posteriormente, os resultados encontrados de estruturação regional da RAPS em Minas Gerais foram comparados com as tipologias estabelecidas por Viana (2015). Essas tipologias estratificam as RS brasileiras em relação ao desenvolvimento socioeconômico e à oferta e complexidade dos serviços de saúde em cada contexto regional. Assim, essa estratificação classifica as RS em cinco grupos, a saber: Grupo 1: baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; Grupo 2: médio ou alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; Grupo 3: médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de

serviços; Grupo 4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; e Grupo 5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços.

A estratificação por porte populacional baseou-se na classificação dos municípios nas categorias: pequeno porte 1: menos de 20.000 hab; pequeno porte 2: menos de 50.000 hab; médio pequeno porte: 50.000 a 99.999; médio porte: 100.000 a 299.999; médio grande porte: 300.000 a 499.999; e grande porte: acima de 500.000.

3.2 Questionário eletrônico

Para a avaliação do grau de implantação da RAPS-MG, além das informações sobre a implantação dos serviços, foi elaborado o Instrumento Multidimensional para Avaliação da Implantação da RAPS (IMAI-RAPS). Trata-se de um questionário eletrônico composto por 55 questões referentes aos diversos componentes da RAPS e cuja elaboração se deu a partir de um estudo metodológico transversal de abordagem quantitativa, segundo as dimensões de estrutura e processo. A execução do estudo ocorreu em três etapas. Primeiramente, foi realizado um Estudo de Avaliabilidade (EA), que resultou na construção de um Modelo Teórico da Avaliação da RAPS que embasou a etapa seguinte, na qual foi desenvolvido o instrumento. Por fim, foi aplicada a técnica Delphi para a validação de conteúdo e aparência das questões.

O EA foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, baseada no sistema dos sete elementos proposto por Thurston e Ramaliu (2005). Segundo os autores, as etapas que devem compor um EA são: a) identificação e revisão dos documentos disponíveis; b) descrição do programa, identificando as metas, os objetivos e as atividades que o constituem; c) construção do modelo lógico: representação gráfica dos recursos disponíveis, das atividades pretendidas, dos impactos esperados e das conexões causais presumidas; d) obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera; e) desenvolvimento de um Modelo Teórico da Avaliação; f) identificação de usuários e outros principais interessados na avaliação (*stakeholders*); e g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento avaliativo.

Primeiramente, foi realizada a descrição do programa, para a qual foram coletadas informações a partir de documentos técnicos e do arcabouço legal disponíveis em sites governamentais. A construção de um modelo lógico, bem como a obtenção de um entendimento preliminar sobre o funcionamento do programa foram realizadas em parceria com a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), com a Coordenação Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte/MG e com a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

O Modelo Teórico da Avaliação da RAPS foi desenvolvido a partir do referencial analítico conceitual de redes de saúde desenvolvido por Amaral e Bosi (2017), considerando-se as suas cinco dimensões: unidades mínimas, conectividade, integração, normatividade e subjetividade. Para este estudo, foram consideradas as cinco dimensões citadas como componentes, que foram subdivididos em subcomponentes. Para cada subcomponente, foram elencadas as atividades (processos) necessárias para se alcançar os resultados esperados (curto e médio prazos), mediante os recursos empregados (estrutura). Neste relatório, os subcomponentes serão tratados por suas siglas, sendo elas: ASM (Assistência à saúde mental), RP (Reabilitação psicossocial), AR (Articulação da rede), G (Governança), GC (Gestão do cuidado), PSM (Política de saúde mental), PCS (Participação e controle social), EP (Educação permanente), SL (Sistema Logístico) e SCR (Serviços componentes da RAPS).

Para a realização da validação de conteúdo e aparência do IMAI-RAPS, foi aplicada a técnica Delphi. Para tanto, foram convidados 90 especialistas para compor o Painel de Juízes. Os critérios para a escolha dos profissionais foram: possuir título de mestre, doutor ou livre docente e apresentar atuação e/ou produção científica na área nos últimos cinco anos ou ser especialista atuante na área. Para a coleta de dados, inicialmente, foi estabelecido um contato prévio via e-mail com os juízes selecionados, para apresentar os objetivos e a metodologia do estudo, a justificativa do processo de validação e a solicitação da participação na pesquisa. Posteriormente, foi enviado, por intermédio do software Google Forms®, um formulário que continha as questões elaboradas e solicitava que cada um deles ponderasse as perguntas quanto aos critérios relevância, objetividade e clareza. A aplicação dos formulários ocorreu em quatro tentativas, no período de 19 de novembro de 2019 a 20 de dezembro de 2019.

Dos 90 juízes convidados, 44 realizaram a avaliação das questões. Posteriormente, foi realizado o tratamento estatístico dos resultados de concordância das respostas dos juízes, bem como uma análise de suas sugestões. Assim, o questionário foi validado com 55 questões distribuídas em: Unidades mínimas: 21; Conectividade: 12; Integração: 8; Normatividade: 8; e Estrutura: 7 questões.

A partir da aplicação do IMAI-RAPS e do cálculo dos indicadores decorrentes do mapeamento da RAPS mineira, foi permitido organizar um banco de dados. Através do IMAI-RAPS, foi possível coletar, por meio de questões objetivas, informações sobre as características profissionais e sociodemográficas dos responsáveis pela saúde mental de cada município participante e as atividades necessárias para a implantação da RAPS segundo os cinco componentes. Somando a isso, a dimensão Estrutura foi analisada a partir de questões presentes

no IMAI-RAPS e de dados dos indicadores calculados previamente, ou seja, iCAPS, iNASF, iLHG e iESF.

Assim, foi possível calcular o Grau de Implantação (GI) da RAPS em cada município mineiro. Esse cálculo foi definido por meio de um sistema de pontuação que designa pesos diferentes para cada critério selecionado, segundo o nível de importância de cada um. Tal sistema foi desenvolvido pelos pesquisadores e especialistas da RAPS participantes da pesquisa por meio da técnica de consenso. Desse modo, para o cálculo do GI, foram determinados os valores observados (Σ dos pontos dos critérios) e calculado o GI (Σ observados/ Σ dos pontos máximos esperados X 100) para cada componente. Posteriormente, foi realizada a somatória dos componentes para o cálculo do GI total. A partir desses percentuais, o GI foi definido como: 75% a 100%: Implantação adequada; 50% a 75%: Implantação parcialmente adequada; 25% a 50%: Implantação não adequada; e até 25%: Implantação crítica. Concomitantemente, foram analisadas variáveis de contexto, como o porte populacional, a densidade demográfica e o Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) de cada município.

4. Resultados: mapeamento dos serviços da RAPS no Estado de Minas Gerais

A **TABELA 1** permite observar a distribuição dos componentes da RAPS pelo Estado, por macrorregião e RS, além de apresentar o porte populacional dos municípios de Minas Gerais. Através dela, é possível perceber que a cobertura de ESF no Estado é próxima de 80%. Já em relação aos CAPS, observa-se que, até o ano de 2019, foram implantados 369 dispositivos em Minas Gerais, considerando-se suas diversas modalidades. Percebe-se que a implantação das Equipes de Consultório de Rua (ECR) e das Unidades de Acolhimento Transitório (UAA e UAI) ainda é incipiente em Minas Gerais.

Com relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), foram implantadas 118 unidades, sendo que a capital Belo Horizonte comporta cerca de 30,5% delas. Identificaram-se 385 Leitos Psicossociais em Hospital Geral (LHG) no Estado, com grandes diferenças de implantação entre as macrorregiões e RS, sendo que a maior parte dos leitos está situada em municípios de pequeno porte, seguida pelos de médio pequeno porte.

seja, as macrorregiões e RS de Minas Gerais são melhor representadas por esse único indicador, o que o torna válido.

A partir da **TABELA 2**, é possível perceber que as macrorregiões com melhores indicadores do Estado são Jequitinhonha, Leste do Sul, Nordeste e Norte, apesar de terem a maioria de suas RS classificadas no Grupo 1 e, portanto, apresentarem menor *status* socioeconômico e menor oferta de serviços gerais de saúde. A região do Jequitinhonha se destaca também por ser a única macrorregião de Minas Gerais que tem o iLHG maior do que 1. Tendo isso com base, observa-se que esse componente da RAPS é o que possui pior implantação em Minas Gerais. Isso também pode ser ilustrado pelo fato de que a macrorregião Noroeste, que comporta 700 mil hab., não possui LHG. As macrorregiões Triângulo do Norte e Triângulo do Sul, apesar de contarem com RS classificadas como Grupo 3, 4 ou 5, chamam a atenção por terem iESF e iNASF bem abaixo do índice das demais macrorregiões e do Estado, denotando uma fragilidade regional nesse ponto de atenção da RAPS. O índice NASF estadual foi de 0,94 e encontra-se próximo ou maior do que 1 na maioria das outras macrorregiões. Com relação ao índice CAPS, Minas Gerais apresentou iCAPS geral de 1,41, e todas as macrorregiões apresentam índices acima de 1.

Na análise das RS agrupadas pela tipologia de Viana *et al.* (2015), percebem-se dados interessantes em Minas Gerais. As RS do Grupo 1 possuem iRAPS estatisticamente superior às RS de grupos caracterizados por melhores condições socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde. Foi observada também uma correlação estatística negativa entre a densidade populacional da RS e os valores do iRAPS. Ao analisar os pontos de atenção da RAPS nas RS, identificamos que todas elas têm pelo menos dois pontos de Atenção, isto é, APS (ESF ou NASF) e Atenção Psicossocial Especializada (CAPS independente da modalidade), sendo que 61% delas contam com três pontos de cobertura da RAPS (APS, CAPS e LHG).

Na análise dos CAPS em suas diversas modalidades, observa-se que, das 68 RS que têm em seu território uma população maior do que 70 mil hab. e atenderiam ao critério de implantação para o CAPS II, o CAPS i e o CAPS AD, 19 (27,9%) não contam com o CAPS II, 38 (55,9%) não têm o CAPS i e 32 (47%) não possuem o CAPS AD. Com relação aos CAPSi, percebem-se também duas macrorregiões sem cobertura. Nesse sentido, a implantação de CAPS III e CAPS AD III mostra-se ainda mais incipiente: das 48 RS que têm mais de 150 mil hab., somente nove (18,7%) contam com o CAPS III e 10 (20,8%) com o CAPS AD III.

Tabela 2: Indicadores e Grupos por Macrorregiões e Regiões de Saúde de Minas Gerais em 2019

Macrorregião / Região de Saúde	iESF	iNASF	iCAPS	iLHG	iRAPS	Grupo	Macrorregião / Região de Saúde	iESF	iNASF	iCAPS	iLHG	iRAPS	Grupo
Centro	0,74	0,89	1,18	0,23	0,76		Jequitinhonha	0,99	1,31	1,35	1,09	1,19	
Belo Horizonte / Nova Lima / Caeté	0,73	1	0,96	0,09	0,69	5	Diamantina	0,98	1,01	0,88	0,94	0,95	1
Betim	0,74	0,73	1,39	0,13	0,75	3	Minas Novas / Turmalina / Capelinha	1	1,71	2	1,29	1,5	1
Contagem	0,7	0,64	1,03	0,26	0,66	4	Leste	0,83	1,17	1,36	0,39	0,94	
Curvelo	0,88	1,18	1,08	0,62	0,94	2	Caratinga	0,94	1,29	2,47	0	1,18	1
Guanhães	0,93	1,26	1,3	0,2	0,92	1	Coronel Fabriciano / Timóteo	0,66	0,64	1,3	0	0,65	3
Itabira	0,93	0,86	1,91	0,58	1,07	4	Governador Valadares	0,84	1,37	0,82	0,54	0,89	3
João Monlevade	0,7	0,32	1,08	0,17	0,57	3	Ipatinga	0,77	1,05	0,96	0,61	0,85	3
Ouro Preto	0,86	0,67	3,24	1,24	1,5	4	Mantena	1	1,68	2,86	0	1,38	1
Sete Lagoas	0,74	1,03	0,79	0,72	0,82	3	Resplendor	0,96	1,24	2,24	1,29	1,43	1
Vespasiano	0,75	0,69	2,31	0	0,94	3	Santa Maria do Suaçuí / São João Eva	0,94	1,33	1,48	0	0,94	1
Centro Sul	0,82	1,13	1,59	0,64	1,04		Nordeste	1	1,48	2,22	0,7	1,35	
Barbacena	0,75	1,29	1,47	1,35	1,22	3	Águas Formosas	1	1,56	4,2	0,77	1,88	1
Conselheiro Lafaiete / Congonhas	0,85	1,24	1,94	0,52	1,13	3	Almenara	1	1,71	2,2	0,88	1,45	1
São João del Rei	0,85	0,83	1,25	0,1	0,76	3	Araçuaí	1	1,5	2,79	1,03	1,58	1
Leste do Sul	0,94	1,34	1,87	0,6	1,19		Itaobim	0,98	1,32	3,7	0,57	1,64	1
Manhuacu	0,95	1,4	2,32	0,53	1,3	1	Nanuque	1	0,65	0,73	0	0,6	2
Ponte Nova	0,93	1,17	1,18	0	0,82	1	Padre Paraíso	1	1,71	1,6	0,37	1,17	1
Viçosa	0,93	1,45	1,82	1,67	1,47	3	Pedra Azul	1	1,98	4,64	0	1,91	1
Sudeste	0,77	0,74	1,5	0,98	1		Teófilo Otoni / Malacacheta / Itambac	1	1,42	1,38	0,85	1,16	1
Além Paraíba	0,8	1,02	1,75	0,4	0,99	3	Noroeste	0,83	0,86	1,07	0	0,69	
Carangola	0,98	1,18	3,11	1,61	1,72	1	João Pinheiro	0,73	0,79	0,67	0	0,55	2
Juiz de Fora / Lima Duarte / Bom Jard	0,65	0,25	0,8	1,07	0,69	5	Patos de Minas	0,92	1,12	1,55	0	0,9	3
Leopoldina / Cataguases	0,88	1	2,19	1,01	1,27	3	Unai	0,73	0,54	0,55	0	0,46	2
Muriáe	0,99	1,87	2,3	1,06	1,55	3	Norte	0,98	1,18	1,67	0,55	1,09	
Santos Dumont	0,9	0	0,99	0	0,47	3	Brasília de Minas / São Francisco	0,99	1,52	2,23	0	1,18	1
São João Nepomuceno / Bicas	0,85	0,57	0,69	0	0,53	3	Coração de Jesus	1	1,38	1,05	1,45	1,22	1
Ubá	0,71	0,96	1,75	0,95	1,09	3	Francisco Sá	1	1,72	2,02	1,86	1,65	1
Sul	0,77	0,79	1,35	0,36	0,82		Janaúba / Monte Azul	1	1,8	2,16	0,66	1,41	1
Alfenas / Machado	0,83	0,73	0,47	0	0,51	3	Januária	0,86	0,89	1,73	0	0,87	1
Guaxupé	0,85	0,69	0,62	0	0,54	3	Manga	1	1,99	0,88	0	0,97	1
Itajubá	0,75	0,88	1,28	0	0,73	3	Montes Claros / Bocaiúva	0,99	0,27	0,89	0,91	0,77	3
Lavras	0,66	0,45	1,91	0	0,76	3	Pirapora	0,99	1,13	2,39	0	1,13	2
Passos / Piumhi	0,83	1,23	1,72	0,16	0,98	3	Salinas / Taiobeiras	1	1,83	1,93	0,33	1,27	1
Poços de Caldas	0,69	0,94	1,07	0,79	0,87	5	Oeste	0,81	1,02	1,82	0,02	0,92	
Pouso Alegre	0,77	0,53	0,82	0,63	0,69	3	Bom Despacho	0,99	1,55	1,4	0	0,99	3
São Lourenço	0,91	1,28	2,29	0,44	1,23	3	Divinópolis / Santo Antônio do Mont	0,65	0,65	1,16	0,05	0,63	3
São Sebastião do Paraíso	0,93	1,32	2,79	0,18	1,3	3	Formiga	0,93	1,42	1,9	0	1,06	3
Três Corações	0,8	0,49	1,88	0,17	0,84	3	Itaúna	0,84	0,48	2,84	0	1,04	3
Três Pontas	0,59	0,83	1,2	2,2	1,2	3	Pará de Minas	0,79	1,08	1,81	0	0,92	2
Varginha	0,6	0,31	1,75	0	0,66	5	Santo Antônio do Amparo / Campo Be	1	1,59	2,94	0	1,38	1
Triângulo do Sul	0,6	0,54	1,41	0,18	0,68		Triângulo do Norte	0,57	0,62	1,12	0,89	0,8	
Araxá	0,64	0,44	1,87	0	0,74	4	Ituiutaba	0,64	0,6	0,77	0	0,5	3
Frutal / Iturama	0,65	0,56	1,39	0	0,65	3	Patrocínio / Monte Carmelo	0,85	1,01	1,8	1,77	1,36	2
Uberaba	0,56	0,57	1,2	0,33	0,67	5	Uberlândia / Araguari	0,49	0,53	1,05	0,89	0,74	5
Minas Gerais	0,79	0,94	1,41	0,42	0,89								

4.1 Resultados: Grau de Implantação da RAPS no Estado de Minas Gerais

4.1.1 Caracterização dos respondentes da pesquisa

O questionário foi respondido por 785 profissionais de saúde, sendo 81% do sexo feminino. Os questionários foram respondidos, na sua maioria, pelas referências técnicas de saúde mental dos municípios (48%), seguida pelos coordenadores de saúde mental dos municípios (20%). O restante foi respondido por profissionais da rede de saúde mental (14%), coordenadores de outra área da saúde (12%) e coordenadores de serviço específico de saúde mental (1%). Percebe-se que a região Centro é a que tem maior número de respostas oriundas do coordenador de saúde mental, seguida da região Oeste (29%), Norte (25%) e Triângulo do

Norte (24%). As regiões Triângulo do Norte (28%) e Triângulo do Sul (26%) são as que apresentam maior número de respostas de trabalhadores de saúde mental.

Do total de respondentes, 54% foram psicólogos, 29% enfermeiros, 8% assistentes sociais e o restante terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem. Na região Centro Sul, 86% foram respondidos por psicólogos e, na região Nordeste, 46% por enfermeiros. Com relação à pós-graduação e especialização, somente 19% dos profissionais possuem pós-graduação *latu-senso* na área de saúde mental e 33% têm em outra área da saúde. Somente 5% têm mestrado e 32% não têm outra formação além da graduação. A Região Jequitinhonha (48%), Nordeste (39%), Norte (36%) e Triângulo do Norte (36%) possuem mais respondentes somente com a graduação. A idade média dos respondentes foi 39 anos, sendo que a média de anos trabalhados no SUS foi nove e de seis na Saúde Mental (**TABELA 3**).

Tabela 3. Caracterização dos profissionais respondentes do questionário

		Frequência absoluta	Frequência relativa
Sexo	Feminino	638	81,30%
	Masculino	146	18,60%
	Outro	1	0,10%
Cargo	Coordenador municipal de saúde mental	155	19,70%
	Coordenador de serviço específico da saúde mental	10	1,30%
	Referência técnica municipal em saúde mental	379	48,30%
	Trabalhador da rede municipal de saúde mental	113	14,40%
	Coordenador (gerente) de outra área da saúde	92	11,70%
	Secretário Municipal de Saúde	36	4,60%
Formação	Assistente Social	63	8,00%
	Enfermeiro (a)	224	28,50%
	Farmacêutico (a)	4	0,50%
	Fisioterapeuta	5	0,60%
	Médico (a)	2	0,30%
	Outras áreas da saúde	10	1,30%
	Outras fora da área da saúde	19	2,40%
	Psicólogo (a)	426	54,30%
	Técnico (a) de enfermagem	14	1,80%
	Terapeuta ocupacional	18	2,30%
Pós-Graduação	Não	253	32,20%
	Sim	532	67,80%
	Doutorado	2	0,30%
	Mestrado	38	4,80%
	Especialização em saúde mental	148	18,90%
	Especialização em outra área da saúde	260	33,10%
	Especialização fora da área da saúde	58	7,40%
	Especialização via EAD	26	3,30%
Média (anos)			
Idade dos entrevistados	37,74		
Tempo de serviço no SUS	8,8		
Tempo de serviço na Saúde Mental	6		

A análise do Grau de Implantação (GI) da RAPS em Minas Gerais demonstrou que a média geral de implantação do Estado é parcialmente adequada (63,0%). Municípios cuja implantação foi considerada adequada somam 22,2%, 60,6% apresentaram uma implantação parcialmente adequada, outros 15,9% obtiveram implantação não adequada e, por fim, 1,3% foram classificados por implantação crítica.

A dimensão estrutural apresentou-se parcialmente adequada (67,3%), mas demonstrou grande variabilidade no GI de seus subcomponentes, como pode ser visto na **TABELA 4**. Destaca-se, ainda, que, apesar de o subcomponente Serviços Componentes da RAPS apresentar uma implantação adequada, os Leitos em Hospital Geral (iLHG) ainda se encontram em níveis bem inferiores ao esperado. Já no tocante ao subcomponente Sistema Logístico, observa-se que a existência de prontuário eletrônico único ocorre em somente 34,2% dos municípios do Estado.

A dimensão processos apresentou uma média estadual de 60,3%. No componente Unidades Mínimas, o subcomponente Assistência à Saúde Mental (66,7%) encontra-se mais bem implementado em Minas Gerais do que o subcomponente Reabilitação Psicossocial (48,5%). Em relação ao Componente Conectividade, percebe-se que as atividades de Discussão de Casos pela Equipe que Acompanha o Usuário (74,4%) e o Matriciamento na RAPS municipal (74,8%) estão mais bem implantados. No entanto, quando analisados os critérios avaliativos que detalham as ações de matriciamento, observa-se que a Inclusão de Discussões de Casos ou Atendimentos Compartilhados (59,8%) e a Frequência Semanal dos Matriciadores às unidades matriciadas (37,8%) apresentam uma pontuação expressivamente menor. No componente Integração, observa-se que 46,3% dos municípios do Estado possuem uma coordenação específica para as ações de saúde mental e que, apesar de a atividade Pactuação da RAPS Regional (78,2%) demonstrar uma implantação adequada, os respondentes avaliam que as pactuações existentes, em sua maioria, não são adequadas (45,5%). No componente Normatividade, nota-se que, apesar de o subcomponente Política de Saúde Mental apresentar uma implantação parcialmente adequada (63,5%), a atividade de Avaliação e Monitoramento da RAPS municipal (35,7%) apresenta uma implantação não adequada. O subcomponente Participação e Controle Social (46,9%) também demonstrou implantação não adequada, sendo que a atividade de Assembleia de Usuários teve uma implantação crítica (20,7%).

O GI referente aos componentes, subcomponentes, atividades e critérios avaliativos elencados no questionário para o Estado de Minas Gerais podem ser vistos na **TABELA 4**:

Tabela 4. GI da RAPS em Minas Gerais segundo o componente, o subcomponente, a atividade e o critério avaliativo

Componente Unidades mínimas GI 62,9%				
Subcomponente	Atividade	Critério avaliativo	Máximo de pontos	Grau de implantação (GI)
Assistência à saúde mental GI 66,7%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado dos casos GI 68,2%	Atendimento multidisciplinar na assistência à saúde mental municipal	10	74,10%
		Participação do psiquiatra (municipal ou de outro município pactuado) na discussão do caso	6	50,90%
		Acompanhamento integral de usuários com Transtornos Mentais Comuns pela UBS	10	77,20%
		Acompanhamento de usuários com Transtornos Mentais Graves pela UBS	10	69,50%
		Acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico secundário ao uso de álcool ou outras drogas pela UBS	10	64,20%
		Atendimento das crianças e adolescentes portadores de sofrimento psíquico em serviços municipais	10	66,30%
	Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais GI 61,7%	Presença de oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais na assistência municipal em saúde mental	10	61,70%
	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular GI 61,7%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular	8	61,70%
	Manejo das situações de crise GI 65,3%	Atendimento às crises em CAPS municipal ou pactuado com outros municípios da região	10	70,40%
		Encaminhamento de usuários para hospital psiquiátrico	10	56,50%
		Atendimento aos casos graves de sofrimento psíquico secundário ao uso de álcool ou outras drogas em CAPS municipal ou pactuado com outro município da região	10	68,90%
	Rodas de conversas e/ou outras abordagens para promoção de saúde, autocuidado, uso adequado de medicamentos e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas GI 70,5%	Oferta de rodas de conversas, grupos, oficinas ou outras ações sobre promoção de saúde	6	82,40%
		Estratégias para prevenção ao uso prejudicial de álcool ou outras drogas	8	61,50%
Promoção de alternativas de lazer como atividades esportivas e culturais GI 65,2%	Promoção de atividades esportivas e/ou culturais para a população pelo município	6	65,20%	
Reabilitação psicossocial GI 48,6%	Desinstitucionalização GI 36,1%	Ações para desinstitucionalização de usuários de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou outras instituições	8	36,10%
	Intervenções psicossociais GI 55,1%	Intervenções psicossociais para integração do usuário às redes de apoio comunitário	10	55,10%
	Ações para aumento da autonomia dos usuários GI 52,3%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	10	57,30%
	Inclusão dos usuários no mercado de trabalho GI 31,3%	Ações para inserção do usuário no mercado de trabalho	8	31,30%

Componente Conectividade GI 61,7%				
Subcomponente	Atividade	Critério avaliativo	Máximo de pontos	Grau de implantação (GI)
Articulação da rede GI 61,7%	Reuniões de equipes, reuniões de rede, matriciamento das equipes de atenção básica, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência GI 61,5%	Discussão de casos pela equipe que acompanha o usuário	10	74,40%
		Discussões de casos entre equipes de distintos serviços da RAPS	10	62,70%
		Conexão das ações entre os distintos serviços da RAPS	10	57,20%
		Ações de matriciamento em saúde mental na RAPS municipal	10	74,80%
		Inclusão de discussões de casos ou atendimentos compartilhados nas ações de matriciamento	10	59,80%
		Frequência semanal dos profissionais matriciadores às unidades matriciadas	6	37,80%
		Discussões de casos entre a equipe que acompanha o usuário e a equipe hospitalar quando os usuários estão internados (por motivos relacionados a saúde mental)	8	51,30%
	Reuniões de rede (envolvendo profissionais de diversos serviços da RAPS municipal)	10	41,00%	
Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde (ex: justiça, lazer, educação, esportes, serviço social) GI 60,8%	Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração municipal	10	60,80%	
Componente Integração GI 61,7%				
Subcomponente	Atividade	Critério avaliativo	Máximo de pontos	Grau de implantação (GI)
Governança GI 60,0%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal GI 46,2%	Presença de coordenador específico para a saúde mental no âmbito municipal	8	46,20%
	Pactuação da RAPS regional GI 64,0%	Pactuação do município com outros municípios regionais para o compartilhamento de serviços da RAPS	10	78,20%
		Se sim na questão anterior: as pactuações das quais o município participa são adequadas para a atendimento dos usuários da RAPS?	8	45,50%
Gestão do cuidado GI 62,2%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS GI 55,4%	Existência de fluxos estruturados para a circulação dos usuários pelos diversos serviços de saúde da RAPS local	8	55,40%
	Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS GI 64,3%	Definição de um (ou mais) profissional(is) de referência responsável(ais) pelo usuário ao longo de seu acompanhamento	8	68,50%
		Existência de discussão entre os profissionais para articulação de um projeto compartilhado de cuidado na transição entre os serviços da RAPS	6	57,30%
	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS GI 58,6%	Existência de corresponsabilização dos profissionais de diferentes serviços no acompanhamento do caso	6	58,60%

Componente Normatividade GI 54,8%				
Subcomponente	Atividade	Critério avaliativo	Máximo de pontos	Grau de implantação (GI)
Política de saúde mental GI 63,5%	Conhecimento e apropriação pelos profissionais das diretrizes, e linhas guias governamentais para atenção em saúde mental GI 77,6%	Embasamento das ações em saúde mental do município nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental	10	81,80%
		Conhecimento pelos profissionais de saúde mental do município acerca do funcionamento da RAPS	6	68,90%
	Avaliação e monitoramento GI 35,7%	Ações de avaliação e monitoramento da atenção prestada em saúde mental no âmbito municipal	8	35,70%
Participação e controle social GI 47,0%	Assembleia de usuários GI 20,8%	Existência de assembleia de usuários nos serviços de saúde mental municipais	8	20,80%
	Abordagens que coloquem as necessidades expressas dos usuários no cerne de seus cuidados GI 65,4%	Participação dos usuários e/ou seus familiares nas decisões acerca do projeto terapêutico	8	65,40%
	Participação dos profissionais, usuários e familiares em colegiados, comissões, fóruns ou outros espaços de discussões coletivas sobre saúde mental GI 46,4%	Participação dos usuários em espaços de discussão coletiva em saúde mental	6	35,60%
		Participação dos profissionais da RAPS municipal em espaços de discussão coletiva em saúde mental	6	53,30%

Componente Estrutura GI 67,3%				
Subcomponente		Crítério avaliativo	Máximo de pontos	Grau de implantação (GI)
Serviços Componentes da RAPS GI 77,6%	iESF ^b		20	80,15%
	iNASF ^c		20	95,91%
	iLHG ^d		20	43,15%
	iCAPS ^e		20	143,56%
Sistema Logístico GI 58,3%		Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	6	66,31%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	6	74,20%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	6	34,27%
Educação permanente GI 38,4%		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	8	35,00%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	8	40,89%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	8	36,78%

5. Resultados: Processo de implantação da RAPS nas Macrorregiões e RS de Minas Gerais

O índice de implantação do Estado de Minas Gerais ficou em 63,05. A Macrorregião Triângulo do Norte apresentou o maior índice de implantação, com 69,20%. Em seguida, estão as macrorregiões Nordeste (67,60%) e Centro Sul (67,25%). O menor índice de implantação foi verificado na Macro Noroeste (55,83).

A região que tem maior porcentagem da população vivendo em municípios com implantação adequada é a Macro Centro, com 71,39% da população, seguida da região Centro Sul (47,99%). A região com menor porcentagem da população vivendo em municípios com implantação adequada é a Triângulo do Sul (3,51%), seguida da Macro Noroeste (6,17%). Constata-se que 91,92% da população do Estado de Minas Gerais vivem em municípios com implantação adequada ou parcialmente adequada. Mais informações sobre a adequação da implantação da RAPS em Minas Gerais e em suas macrorregiões podem ser vistas na **TABELA 5**:

Tabela 5. Grau de adequação da implantação da RAPS em Minas Gerais segundo a Macrorregião e a população assistida

Macro	Classificação										p-valor
	Implantação adequada		Implantação parcialmente adequada		Implantação não adequada		Implantação crítica		Dados amostrais sociodemográficos		
	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	
Centro	26,73%	71,39%	52,48%	25,68%	19,80%	2,86%	0,99%	0,08%	101	6.297.178	0,000
Centro Sul	20,00%	47,99%	78,00%	51,60%	2,00%	0,41%	0,00%	0,00%	50	783.650	
Jequitinhonha	28,57%	46,52%	47,62%	39,19%	23,81%	14,29%	0,00%	0,00%	21	282.483	
Leste	17,81%	29,36%	64,38%	62,86%	16,44%	7,29%	1,37%	0,50%	73	1.303.865	
Leste do Sul	20,75%	27,95%	66,04%	65,72%	13,21%	6,33%	0,00%	0,00%	53	693.810	
Nordeste	29,51%	45,14%	65,57%	52,60%	4,92%	2,26%	0,00%	0,00%	61	868.989	
Noroeste	6,67%	6,17%	60,00%	37,79%	33,33%	56,04%	0,00%	0,00%	30	678.032	
Norte	27,78%	27,76%	58,33%	63,27%	12,50%	8,16%	1,39%	0,81%	72	1.541.779	
Oeste	16,33%	17,10%	71,43%	79,50%	12,24%	3,39%	0,00%	0,00%	49	1.270.234	
Sudeste	28,24%	26,65%	58,82%	70,59%	12,94%	2,76%	0,00%	0,00%	85	1.591.927	
Sul	16,67%	23,07%	55,07%	60,53%	23,19%	13,00%	5,07%	3,40%	138	2.598.934	
Triângulo do Norte	44,00%	43,11%	48,00%	51,63%	8,00%	5,26%	0,00%	0,00%	25	603.633	
Triângulo do Sul	3,70%	3,51%	70,37%	83,55%	25,93%	12,94%	0,00%	0,00%	27	781.789	
Total	174	7.970.129	476	9.768.161	125	1.445.785	10	112.228	785	19.296.303	

A seguir, serão disponibilizadas tabelas com informações mais detalhadas sobre as características demográfica, de estrutura de saúde, índices de implantação, adequação da implantação e GI para cada uma das macrorregiões e regiões de saúde do Estado. Com isso, objetiva-se que os gestores possam apropriar-se desses dados para que, somados às vivências e

conhecimentos sobre a realidade da rede, os dados possam ser interpretados e utilizados como embasamento para a proposição de políticas públicas voltadas ao fortalecimento da RAPS.

5.1 Macrorregião Norte

A Macrorregião Norte apresenta uma população de 1.676.413 habitantes e é composta por 86 municípios. Destes, 66 são classificados como pequeno porte 1, 15 como pequeno porte 2, 4 como médio pequeno porte e 1 como médio grande porte. Em sua composição, estão 9 microrregiões. São elas: Brasília de Minas, Coração de Jesus, Francisco Sá, Janaúba, Januária, Manga, Montes Claros, Pirapora e Salinas. A Macrorregião conta também com Microrregiões classificadas nas tipologias 1, 2 e 3 propostas por Viana *et al.* (2015), havendo um predomínio da tipologia 1.

A RS mais populosa da macro Norte é a micro Montes Claros, responsável por cerca de 30% da população da macro. A micro Coração de Jesus, por sua vez, é a que comporta o menor aporte populacional da macrorregião, conforme se vê na **TABELA 6**:

Tabela 6. Caracterização das Microrregiões componentes da Macrorregião Norte, da Macrorregião Norte e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o número de municípios, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Brasília de Minas	247.070	16	81,25%	12,50%	6,25%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Coração de Jesus	47.598	5	80,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Francisco Sá	74.267	6	83,33%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Janaúba	277.581	15	66,67%	26,67%	6,66%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Januária	115.906	5	80,00%	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Manga	57.099	5	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Montes Claros	503.206	11	81,82%	9,09%	0,00%	0,00%	9,09%	0,00%	3
Micro Pirapora	146.345	7	57,14%	28,57%	14,29%	0,00%	0,00%	0,00%	2
Micro Salinas	207.341	16	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Macro Norte	1.676.413	86	76,74%	17,44%	4,65%	0,00%	1,16%	0,00%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 7. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Norte e da Macrorregião Norte segundo a estrutura em saúde

	CAP S I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UA A	UA I	SR T	ESF
Microrregião Brasília de Minas	4	1	0	0	1	1	17	0	0	0	0	98
Microrregião Coração de Jesus	1	0	0	0	0	0	5	3	0	0	0	22
Microrregião Francisco Sá	3	0	0	0	0	0	6	6	0	0	0	28
Microrregião Janaúba	3	1	1	2	0	0	21	8	0	1	0	117
Microrregião Januária	2	1	0	0	0	0	5	0	0	0	0	35
Microrregião Manga	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	25
Microrregião Montes Claros	1	1	0	1	2	0	11	20	1	0	1	171
Microrregião Pirapora	3	0	0	1	1	0	8	0	0	0	0	48
Microrregião Salinas	2	2	0	1	0	0	19	3	0	0	0	93
Macro Norte	20	6	1	5	4	1	97	40	1	1	1	637

Tabela 8. Índices de implantação das Microrregiões que compõem a Macrorregião Norte, da Macrorregião Norte e do Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Microrregião Brasília de Minas	2,23	1,52	0,00	0,99	1,18
Microrregião Coração de Jesus	1,05	1,38	1,45	1,00	1,22
Microrregião Francisco Sá	2,02	1,72	1,86	1,00	1,65
Microrregião Janaúba	2,16	1,80	0,66	1,00	1,41
Microrregião Januária	1,73	0,89	0,00	0,86	0,87
Microrregião Manga	0,88	1,99	0,00	1,00	0,97
Microrregião Montes Claros	0,89	0,27	0,91	0,99	0,77
Microrregião Pirapora	2,39	1,13	0,00	0,99	1,13
Microrregião Salinas	1,93	1,83	0,33	1,00	1,27
Macro Norte	1,67	1,18	0,55	0,98	1,09
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Norte possui 27,76% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 63,25% por uma implantação parcialmente adequada, 8,16% por uma implantação não adequada e 0,81% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Norte e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 9. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Norte

População: 1.541.779 hab. (2019)		Norte		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 65,31%
Unidades Mínimas 66,58%	Assistência à Saúde Mental 70,05%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		71,83%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		60,07%
	Reabilitação Psicossocial 53,48%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		58,33%
		Manejo das situações de crise		72,69%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		74,21%
		Promoção de alternativas de lazer		62,85%
Conectividade 62,34%	Articulação da Rede 62,52%	Desinstitucionalização		39,93%
		Intervenções psicossociais		57,29%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		61,11%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		41,67%
	Articulação da Rede 62,52%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência		62,52%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		56,94%
Integração 63,19%	Governança 65,12%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		45,83%
		Pactuação da RAPS regional		72,53%
	Gestão do Cuidado 65,12%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		53,82%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		61,90%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		54,86%
		Política de Saúde Mental 66,61%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	
Participação e Controle Social 46,49%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		37,15%	
		Assembleia de usuários	Participação dos usuários	
Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental			Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado	
			Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	
Sistema Logístico 52,89%			Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	
			Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	
Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais			27,78%	
Estrutura 69,54%	Educação em Saúde 37,56%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		34,72%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		40,63%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		34,38%
		Serviços Componentes da RAPS 82,37%	iESF	
			iNASF	
		iCAPS		167,02%
		iLHG		54,88%

Tabela 10. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Brasília de Minas/São Francisco

Macro: Norte		Brasília de Minas / São Francisco		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 61,48%
Unidades Mínimas 63,58%	Assistência à Saúde Mental 67,67%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		69,70%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		48,44%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		51,56%
		Manejo das situações de crise		74,48%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		68,75%
		Promoção de alternativas de lazer		65,63%
	Reabilitação Psicossocial 48,39%	Desinstitucionalização		35,94%
		Intervenções psicossociais		45,31%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		54,69%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		50,00%
Conectividade 59,01%	Articulação da Rede 59,90%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		59,90%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		48,44%
Integração 62,46%	Governança 67,31%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		37,50%
		Pactuação da RAPS regional		80,56%
	Gestão do Cuidado 67,31%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		59,38%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		54,69%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		53,13%
Normatividade 52,47%	Política de Saúde Mental 66,67%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		84,38%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		31,25%
	Participação e Controle Social 40,06%	Assembleia de usuários		14,06%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		46,88%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		52,34%
Estrutura 63,67%	Sistema Logístico 55,21%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		57,81%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		76,56%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		31,25%
	Educação em Saúde 38,02%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		29,69%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		46,88%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		32,81%
	Serviços Componentes da RAPS 72,59%	iESF		99,11%
		iNASF		152,20%
		iCAPS		222,61%
		iLHG		0,00%

Tabela 11. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Coração de Jesus

Macro: Norte		Francisco Sá		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 67,58%
Unidades Mínimas 67,31%	Assistência à Saúde Mental 69,76%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		64,46% 55,00% 65,00% 85,00% 80,00% 50,00%
	Reabilitação Psicossocial 58,89%	Desinstitucionalização Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		55,00% 60,00% 60,00% 60,00%
Conectividade 62,90%	Articulação da Rede 61,78%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da Rede de Urgência e Emergência e dos serviços hospitalares de		61,78%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		70,00%
Integração 57,04%	Governança 56,92%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		20,00% 73,33%
	Gestão do Cuidado 56,92%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		45,00% 62,86% 60,00%
Normatividade 56,63%	Política de Saúde Mental 66,67%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		87,50% 25,00%
	Participação e Controle Social 48,51%	Assembleia de usuários Assembleia de usuários Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		8,33% 25,00% 65,00% 55,00%
Estrutura 79,67%	Sistema Logístico 46,67%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		60,00% 80,00% 0,00%
	Educação em Saúde 36,67%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		40,00% 25,00% 45,00%
	Serviços Componentes da RAPS 100,00%	iESF iNASF iCAPS iLHG		100,00% 171,88% 201,97% 185,82%

Tabela 12. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Francisco Sá

Macro: Norte		Francisco Sá	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 67,58%
Unidades Mínimas 67,31%	Assistência à Saúde Mental 69,76%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	64,46%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	55,00%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	65,00%
		Manejo das situações de crise	85,00%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	80,00%
		Promoção de alternativas de lazer	50,00%
	Reabilitação Psicossocial 58,89%	Desinstitucionalização	55,00%
		Intervenções psicossociais	60,00%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	60,00%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	60,00%
Conectividade 62,90%	Articulação da Rede 61,78%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	61,78%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	70,00%
Integração 57,04%	Governança 56,92%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	20,00%
		Pactuação da RAPS regional	73,33%
	Gestão do Cuidado 56,92%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	45,00%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	62,86%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	60,00%
Normatividade 56,63%	Política de Saúde Mental 66,67%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	87,50%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	25,00%
	Participação e Controle Social 48,51%	Assembleia de usuários	25,00%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	65,00%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	55,00%
Estrutura 79,67%	Sistema Logístico 46,67%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	60,00%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	80,00%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	0,00%
	Educação em Saúde 36,67%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	40,00%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	25,00%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	45,00%
	Serviços Componentes da RAPS 100,00%	iESF	100,00%
		iNASF	171,88%
		iCAPS	201,97%
		iLHG	185,82%

Tabela 13. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Janaúba/Monte Azul

Macro: Norte		Janaúba / Monte Azul	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 67,27%
Unidades Mínimas 68,65%	Assistência à Saúde Mental 70,97%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	76,56%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	56,25%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	60,42%
		Manejo das situações de crise	73,61%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	66,67%
		Promoção de alternativas de lazer	54,17%
	Reabilitação Psicossocial 60,88%	Desinstitucionalização	52,08%
		Intervenções psicossociais	70,83%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	66,67%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	41,67%
Conectividade 58,54%	Articulação da Rede 59,49%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	59,49%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	50,00%
Integração 64,48%	Governança 62,68%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	41,67%
		Pactuação da RAPS regional	70,37%
	Gestão do Cuidado 62,68%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	62,50%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	64,88%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	60,42%
Normatividade 59,48%	Política de Saúde Mental 73,61%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	89,58%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	41,67%
	Participação e Controle Social 47,17%	Assembleia de usuários	18,75%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	70,83%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	40,63%
Estrutura 74,98%	Sistema Logístico 56,94%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	72,92%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	64,58%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	33,33%
	Educação em Saúde 31,25%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	35,42%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	31,25%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	27,08%
	Serviços Componentes da RAPS 91,57%	iESF	100,00%
		iNASF	180,22%
		iCAPS	216,15%
		iLHG	66,29%

Tabela 14. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Januária

Macro: Norte		Januária	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 62,25%
Unidades Mínimas 65,59%	Assistência à Saúde Mental 70,00%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	69,46%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	75,00%
	Reabilitação Psicossocial 49,68%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	45,00%
		Manejo das situações de crise	71,67%
Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		77,14%	
Promoção de alternativas de lazer		75,00%	
Conectividade 56,95%	Articulação da Rede 57,75%	Desinstitucionalização	30,00%
		Intervenções psicossociais	65,00%
Integração 66,85%	Governança 76,92%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	55,00%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	20,00%
	Gestão do Cuidado 76,92%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	57,75%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	50,00%
Normatividade 59,23%	Política de Saúde Mental 67,08%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	80,00%
		Pactuação da RAPS regional	75,56%
	Participação e Controle Social 52,50%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	60,00%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	57,14%
Estrutura 60,57%	Sistema Logístico 38,33%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	55,00%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	80,63%
		Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	40,00%
	Educação em Saúde 40,83%	Assembleia de usuários	25,00%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	65,00%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	62,50%
Serviços Componentes da RAPS 70,88%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	30,00%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	65,00%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	20,00%
	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	40,00%
Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		50,00%	
		iESF	85,53%
		iNASF	89,30%
		iCAPS	172,55%
		ILHG	0,00%

Tabela 15. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Manga

Macro: Norte		Manga	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 56,18%
Unidades Mínimas 57,73%	Assistência à Saúde Mental 65,00%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	56,25% 75,00% 60,00% 71,67% 77,14% 75,00%
	Reabilitação Psicossocial 27,98%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	25,00% 25,00% 50,00% 0,00%
Conectividade 54,01%	Articulação da Rede 52,78%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	52,78%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	55,00%
Integração 63,56%	Governança 66,15%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	40,00% 77,78%
	Gestão do Cuidado 66,15%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	30,00% 63,57% 35,00%
Normatividade 39,81%	Política de Saúde Mental 43,75%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	58,13% 15,00%
	Participação e Controle Social 36,43%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	5,00% 40,00% 55,00%
Estrutura 57,93%	Sistema Logístico 38,33%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	45,00% 70,00% 0,00%
	Educação em Saúde 20,83%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	15,00% 15,00% 25,00%
	Serviços Componentes da RAPS 71,89%	iESF iNASF iCAPS iLHG	100,00% 199,39% 87,57% 0,00%

Tabela 16. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Montes Claros/Bocaiúva

Macro: Norte		Montes Claros / Bocaiúva		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 66,35%
Unidades Mínimas 63,39%	Assistência à Saúde Mental 66,18%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		74,78%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		43,75%
	Reabilitação Psicossocial 53,79%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		53,13%
		Manejo das situações de crise		58,33%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		75,00%
		Promoção de alternativas de lazer		59,38%
Conectividade 65,63%	Articulação da Rede 64,50%	Desinstitucionalização		28,13%
		Intervenções psicossociais		50,00%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		65,63%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		50,00%
	Governança 63,25%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		64,50%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		71,88%
Integração 61,34%	Gestão do Cuidado 63,25%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		62,50%
		Pactuação da RAPS regional		61,11%
	Política de Saúde Mental 61,20%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		43,75%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		66,96%
Normatividade 53,20%	Participação e Controle Social 46,65%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		59,38%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		74,61%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		37,50%
		Assembleia de usuários		28,13%
	Sistema Logístico 58,33%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		62,50%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		48,44%
Estrutura 76,36%	Educação em Saúde 41,67%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		78,13%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		71,88%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		25,00%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		37,50%
	Serviços Componentes da RAPS 90,82%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		50,00%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		37,50%
		iESF		98,99%
		iNASF		27,42%
		iCAPS		89,43%
		iLHG		91,41%

Tabela 17. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Pirapora

Macro: Norte		Pirapora	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 69,93%
Unidades Mínimas 73,81%	Assistência à Saúde Mental 75,58%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	74,11% 78,57% 82,14% 76,19% 83,67% 53,57%
	Reabilitação Psicossocial 66,27%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	39,29% 67,86% 75,00% 57,14%
Conectividade 73,13%	Articulação da Rede 73,36%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	73,36%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	71,43%
Integração 75,95%	Governança 73,87%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	71,43% 71,43%
	Gestão do Cuidado 73,87%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	67,86% 77,55% 78,57%
Normatividade 64,59%	Política de Saúde Mental 73,81%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	83,93% 53,57%
	Participação e Controle Social 56,73%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	42,86% 64,29% 53,57%
Estrutura 62,23%	Sistema Logístico 40,48%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	46,43% 60,71% 14,29%
	Educação em Saúde 41,67%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	50,00% 32,14% 42,86%
	Serviços Componentes da RAPS 73,29%	iESF iNASF iCAPS iLHG	99,16% 113,16% 239,16% 0,00%

Tabela 18. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Salinas/Taiobeiras

Macro: Norte		Salinas / Taiobeiras	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 68,15%
Unidades Mínimas 69,64%	Assistência à Saúde Mental 72,69%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	77,60%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	68,18%
	Reabilitação Psicossocial 57,47%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	56,82%
		Manejo das situações de crise	71,21%
Conectividade 69,78%	Articulação da Rede 70,34%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	71,43%
		Promoção de alternativas de lazer	65,91%
Integração 57,98%	Gestão do Cuidado 59,29%	Desinstitucionalização	50,00%
		Intervenções psicossociais	63,64%
Normatividade 55,81%	Política de Saúde Mental 63,07%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	63,64%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	45,45%
Estrutura 72,91%	Governança 59,29%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	70,34%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	54,55%
Estrutura 72,91%	Participação e Controle Social 51,00%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	36,36%
		Pactuação da RAPS regional	67,68%
Estrutura 72,91%	Sistema Logístico 67,42%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	47,73%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	59,74%
Estrutura 72,91%	Educação em Saúde 39,77%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	43,18%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	75,28%
Estrutura 72,91%	Serviços Componentes da RAPS 83,32%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	38,64%
		Assembleia de usuários	20,45%
Estrutura 72,91%	Educação em Saúde 39,77%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	68,18%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	45,45%
Estrutura 72,91%	Educação em Saúde 39,77%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	70,45%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	77,27%
Estrutura 72,91%	Educação em Saúde 39,77%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	54,55%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	29,55%
Estrutura 72,91%	Educação em Saúde 39,77%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	45,45%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	38,64%
Estrutura 72,91%	Serviços Componentes da RAPS 83,32%	iESF	100,00%
		iNASF	183,03%
Estrutura 72,91%	Serviços Componentes da RAPS 83,32%	iCAPS	192,92%
		iLHG	33,28%

5.2 Macrorregião Nordeste

A Macrorregião Nordeste apresenta uma população de 922.509 habitantes e é composta por 63 municípios. Destes, 51 são classificados como pequeno porte 1, 11 como pequeno porte 2 e 1 município médio porte. É composta por 8 Microrregiões. São elas: Águas Formosas, Almenara, Araçuaí, Itaobim, Nanuque, Padre Paraíso, Pedra Azul e Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri. A Macrorregião é composta quase integralmente por Microrregiões classificadas no grupo 1, com exceção de uma Microrregião classificada no grupo 2, segundo as tipologias propostas por Viana *et al.* (2015).

A Microrregião Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri é a mais populosa da Macrorregião, comportando cerca de 35% da população total. A Microrregião de Almenara comporta aproximadamente 19,73% da população, sendo a segunda mais populosa da macro Nordeste.

Tabela 19. Caracterização das Microrregiões componentes da Macrorregião Nordeste, da Macrorregião Nordeste e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o número de municípios, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Águas Formosas	59.577	8	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Almenara	182.042	15	86,67%	13,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Araçuaí	89.680	6	83,33%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Itaobim	80.974	6	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Nanuque	68.531	3	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2
Micro Padre Paraíso	62.685	4	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Pedra Azul	53.880	4	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Teófilo Otoni/ Malacacheta/ Itambacuri	325.140	17	82,35%	11,77%	0,00%	5,88%	0,00%	0,00%	1
Macro Nordeste	922.509	63	80,95%	17,46%	0,00%	1,59%	0,00%	0,00%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 20. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Nordeste e da Macrorregião Nordeste segundo a estrutura em saúde

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Micró Águas Formosas	1	1	0	0	1	0	8	2	0	0	0	24
Micró Almenara	6	0	0	1	0	0	16	7	0	0	0	67
Micró Araçuaí	1	1	0	0	1	0	6	4	0	0	1	35
Micró Itaobim	2	0	0	1	1	0	4	2	0	0	0	29
Micró Nanuque	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	23
Micró Padre Paraíso	2	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	23
Micró Pedra Azul	3	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	22
Micró Teófilo Otoni/ Malacacheta/ Itambacuri	3	1	0	1	1	0	22	12	0	0	0	111
Macro Nordeste	19	3	0	3	5	0	66	28	0	0	1	334

Tabela 21. Índices de implantação nas Microrregiões que compõem a Macrorregião Nordeste, a Macrorregião Nordeste e o Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micró Águas Formosas	4,20	1,56	0,77	1,00	1,88
Micró Almenara	2,20	1,71	0,88	1,00	1,45
Micró Araçuaí	2,79	1,50	1,03	1,00	1,58
Micró Itaobim	3,70	1,32	0,57	0,98	1,64
Micró Nanuque	0,73	0,65	0,00	1,00	0,60
Micró Padre Paraíso	1,60	1,71	0,37	1,00	1,17
Micró Pedra Azul	4,64	1,98	0,00	1,00	1,91
Micró Teófilo Otoni/ Malacacheta/ Itambacuri	1,38	1,42	0,85	1,00	1,16
Macro Nordeste	2,22	1,48	0,70	1,00	1,35
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Nordeste possui 45,14% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 52,60% por uma implantação parcialmente adequada, 2,26% por uma implantação não adequada e 0% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Nordeste e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 22. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Nordeste

População: 868.989 hab. (2019)		Nordeste		Grau de implantação	
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 67,60%		
Unidades Mínimas 65,94%	Assistência à Saúde Mental 70,51%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	72,31%		
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	69,67%		
	Reabilitação Psicossocial 48,86%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	60,25%		
		Manejo das situações de crise	69,54%		
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	73,77%		
		Promoção de alternativas de lazer	65,98%		
Conectividade 67,39%	Articulação da Rede 67,28%	Desinstitucionalização	37,70%		
		Intervenções psicossociais	57,79%		
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	58,61%		
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	26,23%		
	Articulação da Rede 67,28%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência	67,28%		
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	67,21%		
Integração 64,16%	Governança 59,72%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	44,26%		
		Pactuação da RAPS regional	63,75%		
	Gestão do Cuidado 59,72%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	59,84%		
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	68,79%		
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	65,16%		
Normatividade 53,78%	Política de Saúde Mental 66,73%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	80,02%		
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	40,16%		
	Participação e Controle Social 42,04%	Assembleia de usuários	10,25%		
		Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado	61,07%		
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	45,29%		
Estrutura 76,80%	Sistema Logístico 56,69%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	69,67%		
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	75,82%		
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	24,59%		
	Educação em Saúde 41,12%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	37,30%		
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	43,44%		
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	42,62%		
	Serviços Componentes da RAPS 91,67%	iESF	99,76%		
		iNASF	148,10%		
		iCAPS	222,22%		
		ILHG	69,81%		

Tabela 23. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Águas Formosas

Macro: Nordeste		Águas Formosas	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 63,40%
Unidades Mínimas 65,56%	Assistência à Saúde Mental 73,03%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	79,13% 43,75% 50,00% 86,46% 67,86% 40,63%
	Reabilitação Psicossocial 37,52%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	28,13% 43,75% 34,38% 25,00%
Conectividade 54,16%	Articulação da Rede 56,19%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	56,19%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	40,63%
Integração 56,47%	Governança 47,65%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	25,00% 52,78%
	Gestão do Cuidado 47,65%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	56,25% 58,48% 59,38%
Normatividade 38,65%	Política de Saúde Mental 58,85%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	67,97% 40,63%
	Participação e Controle Social 21,00%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	6,25% 40,63% 17,19%
Estrutura 79,93%	Sistema Logístico 54,17%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	71,88% 78,13% 12,50%
	Educação em Saúde 47,92%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	43,75% 65,63% 34,38%
	Serviços Componentes da RAPS 94,30%	iESF iNASF iCAPS iLHG	100,00% 156,35% 419,63% 77,21%

Tabela 24. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Almenara

Macro: Nordeste		Almenara	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 70,54%
Unidades Mínimas 66,93%	Assistência à Saúde Mental 70,08%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	71,49%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	75,00%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	70,00%
		Manejo das situações de crise	65,56%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	71,43%
		Promoção de alternativas de lazer	68,33%
	Reabilitação Psicossocial 56,31%	Desinstitucionalização	50,00%
		Intervenções psicossociais	61,67%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	66,67%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	33,33%
Conectividade 70,74%	Articulação da Rede 70,64%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	70,64%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	70,00%
Integração 65,58%	Governança 61,82%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	60,00%
		Pactuação da RAPS regional	60,00%
	Gestão do Cuidado 61,82%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	58,33%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	69,29%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	68,33%
Normatividade 58,18%	Política de Saúde Mental 69,44%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	80,83%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	46,67%
	Participação e Controle Social 48,69%	Assembleia de usuários	10,00%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	75,00%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	52,50%
Estrutura 81,77%	Sistema Logístico 62,78%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	76,67%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	85,00%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	26,67%
		Educação em Saúde 45,00%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS
	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		45,00%
	Serviços Componentes da RAPS 97,08%	Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	45,00%
		iESF	99,81%
		iNASF	170,57%
		iCAPS	219,73%
		iLHG	88,44%

Tabela 25. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Araçuai

Macro: Nordeste		Araçuai		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 73,93%	
Unidades Mínimas 68,81%	Assistência à Saúde Mental 73,99%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	68,45%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	83,33%	
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	66,67%	
		Manejo das situações de crise	83,33%	
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	71,43%	
		Promoção de alternativas de lazer	79,17%	
	Reabilitação Psicossocial 46,86%	Desinstitucionalização	41,67%	
		Intervenções psicossociais	62,50%	
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	50,00%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	16,67%	
Conectividade 72,41%	Articulação da Rede 72,16%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	72,16%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	75,00%	
Integração 76,70%	Governança 73,08%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	50,00%	
		Pactuação da RAPS regional	83,33%	
	Gestão do Cuidado 73,08%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	75,00%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	77,98%	
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	91,67%	
Normatividade 67,60%	Política de Saúde Mental 84,03%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	92,71%	
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	66,67%	
	Participação e Controle Social 52,74%	Assembleia de usuários	0,00%	
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	83,33%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	62,50%	
Estrutura 82,79%	Sistema Logístico 63,89%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	79,17%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	79,17%	
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	33,33%	
	Educação em Saúde 50,00%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	45,83%	
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	62,50%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	41,67%	
	Serviços Componentes da RAPS 95,83%	iESF	100,00%	
		iNASF	150,03%	
		iCAPS	278,77%	
		iLHG	102,59%	

Tabela 26. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Itaobim

Macro: Nordeste		Itaobim		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 71,19%	
Unidades Mínimas 69,25%	Assistência à Saúde Mental 72,72%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	76,93%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	54,17%	
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	41,67%	
		Manejo das situações de crise	72,22%	
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	90,48%	
		Promoção de alternativas de lazer	66,67%	
	Reabilitação Psicossocial 55,75%	Desinstitucionalização	50,00%	
		Intervenções psicossociais	75,00%	
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	75,00%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	0,00%	
Conectividade 76,48%	Articulação da Rede 75,57%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	75,57%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	83,33%	
Integração 78,62%	Governança 75,78%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	50,00%	
		Pactuação da RAPS regional	81,48%	
	Gestão do Cuidado 75,78%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	83,33%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	82,74%	
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	62,50%	
Normatividade 60,36%	Política de Saúde Mental 68,75%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	92,71%	
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	20,83%	
	Participação e Controle Social 52,38%	Assembleia de usuários	12,50%	
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	58,33%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	60,42%	
Estrutura 71,47%	Sistema Logístico 61,11%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	66,67%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	66,67%	
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	50,00%	
	Educação em Saúde 50,00%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	29,17%	
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	58,33%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	62,50%	
	Serviços Componentes da RAPS 80,24%	iESF	97,66%	
		iNASF	132,08%	
		iCAPS	370,49%	
		iLHG	56,81%	

Tabela 27. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Nanuque

Macro: Nordeste		Nanuque	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 57,10%
Unidades Mínimas 51,02%	Assistência à Saúde Mental 58,67%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	76,34% 62,50% 62,50% 16,67% 71,43% 62,50%
	Reabilitação Psicossocial 22,12%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	12,50% 50,00% 12,50% 0,00%
Conectividade 73,62%	Articulação da Rede 73,71%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	73,71%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	75,00%
Integração 40,92%	Governança 0,00%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	0,00% 0,00%
	Gestão do Cuidado 0,00%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	50,00% 83,93% 37,50%
Normatividade 54,71%	Política de Saúde Mental 77,08%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	78,13% 75,00%
	Participação e Controle Social 28,57%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	0,00% 62,50% 12,50%
Estrutura 61,76%	Sistema Logístico 37,50%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	50,00% 62,50% 0,00%
	Educação em Saúde 58,33%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	50,00% 50,00% 75,00%
	Serviços Componentes da RAPS 68,24%	iESF iNASF iCAPS iLHG	100,00% 65,44% 72,96% 0,00%

Tabela 28. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Padre Paraíso

Macro: Nordeste		Padre Paraíso		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 66,64%	
Unidades Mínimas 70,95%	Assistência à Saúde Mental 75,27%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	76,79%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	83,33%	
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	58,33%	
		Manejo das situações de crise	75,00%	
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	80,95%	
		Promoção de alternativas de lazer	58,33%	
	Reabilitação Psicossocial 53,31%	Desinstitucionalização	16,67%	
		Intervenções psicossociais	58,33%	
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	91,67%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	0,00%	
Conectividade 66,07%	Articulação da Rede 65,99%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	65,99%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	66,67%	
Integração 71,91%	Governança 79,49%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	66,67%	
		Pactuação da RAPS regional	85,19%	
	Gestão do Cuidado 79,49%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	66,67%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	66,67%	
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	58,33%	
Normatividade 49,55%	Política de Saúde Mental 66,67%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	83,33%	
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	33,33%	
	Participação e Controle Social 30,95%	Assembleia de usuários	0,00%	
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	58,33%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	29,17%	
Estrutura 66,12%	Sistema Logístico 44,44%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	50,00%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	83,33%	
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	0,00%	
	Educação em Saúde 22,22%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	33,33%	
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	16,67%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	16,67%	
	Serviços Componentes da RAPS 84,17%	iESF	100,00%	
		iNASF	170,61%	
		iCAPS	159,53%	
		iLHG	36,69%	

Tabela 29. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Pedra Azul

Macro: Nordeste		Pedra Azul		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 61,87%	
Unidades Mínimas 64,36%	Assistência à Saúde Mental 66,63%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	50,89%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	87,50%	
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	62,50%	
		Manejo das situações de crise	72,92%	
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	100,00%	
		Promoção de alternativas de lazer	75,00%	
	Reabilitação Psicossocial 55,06%	Desinstitucionalização	12,50%	
		Intervenções psicossociais	62,50%	
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	75,00%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	50,00%	
Conectividade 62,46%	Articulação da Rede 60,20%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	60,20%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	75,00%	
Integração 55,90%	Governança 55,34%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	25,00%	
		Pactuação da RAPS regional	63,89%	
	Gestão do Cuidado 55,34%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	50,00%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	58,93%	
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	50,00%	
Normatividade 57,69%	Política de Saúde Mental 65,10%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	78,91%	
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	37,50%	
	Participação e Controle Social 51,34%	Assembleia de usuários	31,25%	
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	50,00%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	65,63%	
Estrutura 61,78%	Sistema Logístico 52,08%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	68,75%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	62,50%	
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	25,00%	
	Educação em Saúde 25,00%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	18,75%	
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	25,00%	
	Serviços Componentes da RAPS 75,00%	Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	31,25%	
		iESF	100,00%	
		iNASF	198,50%	
		iCAPS	463,99%	
		iLHG	0,00%	

Tabela 30. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri

Macro: Nordeste		Teófilo Otoni / Malacacheta / Itambacuri	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 66,21%
Unidades Mínimas 64,31%	Assistência à Saúde Mental 69,14%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	73,32% 72,06% 60,29% 63,73% 66,39% 70,59%
	Reabilitação Psicossocial 46,80%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	38,24% 52,94% 55,88% 35,29%
Conectividade 66,33%	Articulação da Rede 66,00%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	66,00%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	66,18%
Integração 60,30%	Governança 57,72%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	41,18% 62,75%
	Gestão do Cuidado 57,72%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	51,47% 65,97% 64,71%
Normatividade 49,53%	Política de Saúde Mental 60,42%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	75,92% 29,41%
	Participação e Controle Social 40,00%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	13,24% 54,41% 42,65%
Estrutura 77,91%	Sistema Logístico 53,92%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	66,18%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	72,06% 23,53%
	Educação em Saúde 33,33%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	30,88% 27,94% 41,18%
Serviços Componentes da RAPS 96,22%	iESF iNASF iCAPS iLHG	100,00% 142,18% 138,40% 84,89%	

5.3 Macrorregião Noroeste

A Macrorregião Noroeste possui uma população de 701.605 habitantes e é composta por 33 municípios. Destes, 25 são classificados como pequeno porte 1, 5 como pequeno porte 2, 2 como médio pequeno porte e 1 como médio porte. A Macrorregião é composta por 3 Microrregiões. São elas: João Pinheiro, Unaí e Patos de Minas. As Microrregiões estão nos grupos 2 e 3 das tipologias propostas por Viana *et al.* (2015). A Microrregião Patos de Minas é a mais populosa, sendo responsável por mais de 50% da população da Macrorregião. Além disso, também comporta o único município de médio porte da macro.

Tabela 31. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Noroeste, da Macrorregião Noroeste e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro João Pinheiro	74.336	3	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2
Micro Patos de Minas	354.781	18	77,78%	16,67%	0,00%	5,55%	0,00%	0,00%	3
Micro Unaí	272.488	12	75,00%	8,33%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	2
Macro Noroeste	701.605	33	75,76%	15,15%	6,06%	3,03%	0,00%	0,00%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 32. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Noroeste e da Macrorregião Noroeste segundo a estrutura em saúde

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Micro João Pinheiro	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	17
Micro Patos de Minas	4	1	0	0	1	1	21	0	0	0	0	109
Micro Unaí	3	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	69
Macro Noroeste	8	1	0	0	1	1	32	0	0	0	0	195

Tabela 33. Índices de implantação das Microrregiões que compõem a Macrorregião Noroeste, da Macrorregião Noroeste e do Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro João Pinheiro	0,67	0,79	0,00	0,73	0,55
Micro Patos de Minas	1,55	1,12	0,00	0,92	0,90
Micro Unaí	0,55	0,54	0,00	0,73	0,46
Macro Noroeste	1,07	0,86	0,00	0,83	0,69
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Noroeste possui 6,17% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 37,79% por uma implantação parcialmente adequada, 56,04% por uma implantação não adequada e 0% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Noroeste e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 34. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Noroeste

População: 678.032 hab. (2019)		Noroeste		Grau de implantação	
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 55,83%		
Unidades Mínimas 55,87%	Assistência à Saúde Mental 60,09%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	63,13%		
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	60,83%		
	Reabilitação Psicossocial 40,62%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	59,17%		
		Manejo das situações de crise	52,50%		
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	62,86%		
		Promoção de alternativas de lazer	63,33%		
Conectividade 59,25%	Articulação da Rede 59,34%	Desinstitucionalização	30,83%		
		Intervenções psicossociais	51,67%		
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	48,33%		
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	23,33%		
	Governança 56,67%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência	59,34%		
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	55,83%		
Integração 56,68%	Gestão do Cuidado 56,67%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	46,67%		
		Pactuação da RAPS regional	58,15%		
	Política de Saúde Mental 57,01%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	50,00%		
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	54,52%		
Normatividade 48,65%	Participação e Controle Social 41,46%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	55,83%		
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	73,44%		
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	25,83%		
		Assembleia de usuários	19,17%		
	Sistema Logístico 50,28%	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado	64,17%		
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	33,33%		
Estrutura 55,19%	Educação em Saúde 29,72%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	54,17%		
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	60,00%		
	Serviços Componentes da RAPS 63,61%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	36,67%		
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	30,83%		
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	28,33%		
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	30,00%		
		IESF	82,66%		
		iNASF	86,05%		
		iCAPS	106,90%		
		iLHG	0,00%		

Tabela 35. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião João Pinheiro

Macro: Noroeste		João Pinheiro	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 57,59%
Unidades Mínimas 65,50%	Assistência à Saúde Mental 71,77%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	71,43%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	75,00%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	83,33%
		Manejo das situações de crise	52,78%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	100,00%
		Promoção de alternativas de lazer	83,33%
	Reabilitação Psicossocial 39,81%	Desinstitucionalização	41,67%
		Intervenções psicossociais	41,67%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	41,67%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	33,33%
Conectividade 52,64%	Articulação da Rede 54,60%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	54,60%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	25,00%
Integração 47,99%	Governança 43,59%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	33,33%
		Pactuação da RAPS regional	48,15%
	Gestão do Cuidado 43,59%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	41,67%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	53,57%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	41,67%
Normatividade 63,78%	Política de Saúde Mental 70,14%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	88,54%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	41,67%
	Participação e Controle Social 63,10%	Assembleia de usuários	33,33%
		Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado	75,00%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	33,33%
Estrutura 48,66%	Sistema Logístico 30,56%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	50,00%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	41,67%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	0,00%
	Educação em Saúde 25,00%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	25,00%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	8,33%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	41,67%
	Serviços Componentes da RAPS 58,23%	iESF	73,05%
		iNASF	78,90%
		iCAPS	67,26%
		iLHG	0,00%

Tabela 36. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Patos de Minas

Macro: Noroeste		Patos de Minas		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 58,46%	
Unidades Mínimas 55,95%	Assistência à Saúde Mental 60,91%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	63,14%	63,14%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	62,50%	
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	63,89%	
		Manejo das situações de crise	54,63%	
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	64,29%	
		Promoção de alternativas de lazer	56,94%	
	Reabilitação Psicossocial 38,61%	Desinstitucionalização	27,78%	27,78%
		Intervenções psicossociais	48,61%	
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	50,00%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	16,67%	16,67%
Conectividade 63,17%	Articulação da Rede 63,34%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	63,34%	63,34%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	61,11%	61,11%
Integração 59,47%	Governança 58,69%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	55,56%	55,56%
		Pactuação da RAPS regional	56,79%	
	Gestão do Cuidado 58,69%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	54,17%	54,17%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	61,90%	
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	52,78%	
Normatividade 46,81%	Política de Saúde Mental 53,47%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	70,49%	70,49%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	19,44%	
	Participação e Controle Social 40,79%	Assembleia de usuários	18,06%	18,06%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	59,72%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	38,19%	
Estrutura 62,08%	Sistema Logístico 56,02%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	59,72%	59,72%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	58,33%	
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	50,00%	
	Educação em Saúde 36,11%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	36,11%	36,11%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	36,11%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	36,11%	
	Serviços Componentes da RAPS 71,24%	iESF	91,87%	91,87%
		iNASF	111,83%	
		iCAPS	155,03%	
		iLHG	0,00%	

Tabela 37. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Unaí

Macro: Noroeste		Unaí		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 49,99%	
Unidades Mínimas 52,50%	Assistência à Saúde Mental 54,57%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	60,32%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	52,78%	
Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	41,67%			
Manejo das situações de crise	48,15%			
Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	47,62%			
Promoção de alternativas de lazer	69,44%			
	Reabilitação Psicossocial 44,91%	Desinstitucionalização	33,33%	
		Intervenções psicossociais	61,11%	
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	47,22%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	33,33%	
Conectividade 53,62%	Articulação da Rede 52,90%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	52,90%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	55,56%	
Integração 54,01%	Governança 56,98%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	33,33%	
		Pactuação da RAPS regional	64,20%	
	Gestão do Cuidado 56,98%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	44,44%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	40,08%	
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	66,67%	
Normatividade 47,27%	Política de Saúde Mental 59,72%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	74,31%	
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	33,33%	
	Participação e Controle Social 35,59%	Assembleia de usuários	16,67%	
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	69,44%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	23,61%	
Estrutura 43,59%	Sistema Logístico 45,37%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	44,44%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	69,44%	
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	22,22%	
	Educação em Saúde 18,52%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	22,22%	
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	19,44%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	13,89%	
	Serviços Componentes da RAPS 50,15%	iESF	73,30%	
		iNASF	54,44%	
		iCAPS	55,05%	
		iLHG	0,00%	

5.4 Macrorregião Jequitinhonha

A Macrorregião Jequitinhonha apresenta uma população de 282.483 habitantes e é composta por 23 municípios. Destes, 18 são classificados como pequeno porte 1 e os outros 5 como pequeno porte 2. Em sua composição, estão 2 Microrregiões. São elas: Diamantina e Minas Novas/Turmalina/Capelinha. A Macrorregião é composta integralmente por municípios classificados no grupo 1, conforme proposto por Viana *et al.* (2015). As Microrregiões apresentam uma faixa populacional semelhante quanto ao número de habitantes, e a distribuição dos municípios, quanto ao porte populacional.

Tabela 38. Caracterização das Microrregiões componentes da Macrorregião Jequitinhonha, da Macrorregião Jequitinhonha e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o número de municípios, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Diamantina	157.657	15	80,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Minas Novas/Turmalina/Capelinha	124.826	8	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Macro Jequitinhonha	282.483	23	78,26%	21,74%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 39. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Jequitinhonha e da Macrorregião Jequitinhonha segundo a estrutura em saúde

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Micro Diamantina	1	1	0	0	0	0	9	7	0	0	0	63
Micro Minas Novas/Turmalina/Capelinha	3	0	0	0	1	0	10	7	0	0	2	45
Macro Jequitinhonha	4	1	0	0	1	0	19	14	0	0	2	108

Tabela 40. Índices de implantação das Microrregiões que compõem a Macrorregião Jequitinhonha, da Macrorregião Jequitinhonha e do Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro Diamantina	0,88	1,01	0,94	0,98	0,95
Micro Minas Novas/Turmalina/Capelinha	2,00	1,71	1,29	1,00	1,50
Macro Jequitinhonha	1,35	1,31	1,09	0,99	1,19
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Jequitinhonha possui 46,52% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 39,19% por uma implantação parcialmente adequada, 14,29% por uma

implantação não adequada e 0% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Jequitinhonha e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 41. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Jequitinhonha

População: 282.483 hab. (2019)		Jequitinhonha		Grau de implantação	
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 63,86%		
Unidades Mínimas 62,65%	Assistência à Saúde Mental 67,82%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	69,94%	Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	60,71%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	54,76%		Manejo das situações de crise
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	63,95%		
		Promoção de alternativas de lazer	70,24%		
	Reabilitação Psicossocial 43,54%	Desinstitucionalização	34,52%		
		Intervenções psicossociais	52,38%		
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	42,86%		
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	28,57%		
Conectividade 58,40%	Articulação da Rede 58,10%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência	58,10%		
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	60,71%		
Integração 58,98%	Governança 57,47%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	23,81%		
		Pactuação da RAPS regional	67,72%		
	Gestão do Cuidado 57,47%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	61,90%		
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	60,20%		
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	51,19%		
Normatividade 50,05%	Política de Saúde Mental 57,84%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	72,47%		
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	28,57%		
	Participação e Controle Social 42,95%	Assembleia de usuários	11,90%		
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	58,33%		
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	47,62%		
Estrutura 76,01%	Sistema Logístico 58,33%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	61,90%		
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	79,76%		
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	33,33%		
	Educação em Saúde 38,29%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	35,71%		
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	38,10%		
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	33,33%		
	Serviços Componentes da RAPS 90,75%	iESF	99,06%		
		iNASF	130,72%		
		iCAPS	135,32%		
		iLHG	108,93%		

Tabela 42. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Diamantina

Macro: Jequitinhonha		Diamantina		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 60,52%	
Unidades Mínimas 59,63%	Assistência à Saúde Mental 64,98%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	69,09%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	57,69%	
	Reabilitação Psicossocial 40,74%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	53,85%	
		Manejo das situações de crise	65,38%	
Conectividade 54,77%	Articulação da Rede 54,62%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	58,24%	
		Promoção de alternativas de lazer	67,31%	
Integração 54,47%	Gestão do Cuidado 54,37%	Desinstitucionalização	34,62%	
		Intervenções psicossociais	51,92%	
Normatividade 44,68%	Política de Saúde Mental 51,44%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	34,62%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	30,77%	
Estrutura 73,27%	Sistema Logístico 56,41%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	54,62%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	55,77%	
Estrutura 73,27%	Gestão do Cuidado 54,37%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	15,38%	
		Pactuação da RAPS regional	64,10%	
Estrutura 73,27%	Participação e Controle Social 38,64%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	51,92%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	56,59%	
Estrutura 73,27%	Educação em Saúde 44,87%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	48,08%	
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	64,66%	
Estrutura 73,27%	Serviços Componentes da RAPS 85,05%	Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	25,00%	
		Assembleia de usuários	15,38%	
Estrutura 73,27%	Educação em Saúde 44,87%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	50,00%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	43,27%	
Estrutura 73,27%	Educação em Saúde 44,87%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	59,62%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	71,15%	
Estrutura 73,27%	Educação em Saúde 44,87%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	38,46%	
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	36,54%	
Estrutura 73,27%	Educação em Saúde 44,87%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	44,23%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	44,23%	
Estrutura 73,27%	Serviços Componentes da RAPS 85,05%	iESF	98,38%	
		iNASF	101,01%	
Estrutura 73,27%	Serviços Componentes da RAPS 85,05%	iCAPS	87,84%	
		iLHG	94,28%	

Tabela 43. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Minas Novas/Turmalina/Capelinha

Macro: Jequitinhonha		Minas Novas / Turmalina / Capelinha		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 69,30%	
Unidades Mínimas 67,56%	Assistência à Saúde Mental 72,43%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	71,32%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	65,63%	
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	56,25%	
		Manejo das situações de crise	80,21%	
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	73,21%	
		Promoção de alternativas de lazer	75,00%	
	Reabilitação Psicossocial 48,09%	Desinstitucionalização	34,38%	
		Intervenções psicossociais	53,13%	
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	56,25%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	25,00%	
Conectividade 64,29%	Articulação da Rede 63,77%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	63,77%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	68,75%	
Integração 66,30%	Governança 62,50%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	37,50%	
		Pactuação da RAPS regional	73,61%	
	Gestão do Cuidado 62,50%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	78,13%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	66,07%	
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	56,25%	
Normatividade 58,79%	Política de Saúde Mental 68,23%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	85,16%	
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	34,38%	
	Participação e Controle Social 49,96%	Assembleia de usuários	6,25%	
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	71,88%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	54,69%	
Estrutura 80,47%	Sistema Logístico 61,46%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	65,63%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	93,75%	
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	25,00%	
		Educação em Saúde 27,60%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	34,38%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	28,13%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	15,63%	
	Serviços Componentes da RAPS 100,00%	iESF	100,00%	
		iNASF	171,36%	
		iCAPS	200,28%	
		iLHG	128,98%	

5.5 Macrorregião Triângulo do Norte

A Macrorregião Triângulo do Norte é composta por 27 municípios. Destes, 18 são classificados como pequeno porte 1, 5 como pequeno porte 2, 1 como médio pequeno porte, 2 como médio porte e 1 como grande porte. Em sua composição, estão 3 Microrregiões. São elas: Ituiutaba, Patrocínio/Monte Carmelo e Uberlândia/Araguari. A Macrorregião conta também com Microrregiões classificadas com as tipologias 3, 2 e 5, propostas por Viana *et al.* (2015).

A Microrregião com maior população é a de Uberlândia/Araguari, responsável por 905.848 habitantes, isto é, cerca de 69% da população da macro, abrigando municípios de pequeno porte 1, pequeno porte 2, médio porte e grande porte.

Tabela 44. Caracterização das Microrregiões componentes da Macrorregião Triângulo do Norte, da Macrorregião Triângulo do Norte e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o número de municípios, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Ituiutaba	194.570	9	88,89%	0,00%	0,00%	11,11%	0,00%	0,00%	3
Micro Patrocínio/Monte Carmelo	194.398	9	66,67%	22,22%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	2
Micro Uberlândia/Araguari	905.848	9	44,44%	33,33%	0,00%	11,11%	0,00%	11,11%	5
Macro Triangulo do Norte	1.294.816	27	66,67%	18,52%	3,70%	7,41%	0,00%	3,70%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 45. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Triângulo do Norte e da Macrorregião Triângulo do Norte segundo a estrutura em saúde

	CAP SI	CAP S II	CAP S III	CAP Si	CAP S AD	CAP S AD III	Equip e NASF	Leitos em hospital geral	UA A	UA I	SR T	ES F
Micro Ituiutaba	1	1	0	0	0	0	7	0	0	0	0	41
Micro Patrocínio/Monte Carmelo	2	1	0	0	0	1	11	15	0	0	0	49
Micro Uberlândia/Araguari	3	3	1	1	1	1	18	35	0	1	0	132
Macro Triângulo do Norte	6	5	1	1	1	2	36	50	0	1	0	222

Tabela 46. Índices de implantação das Microrregiões que compõem a Macrorregião Triângulo do Norte, da Macrorregião Triângulo do Norte e do Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro Ituiutaba	0,77	0,60	0,00	0,64	0,50
Micro Patrocínio/Monte Carmelo	1,80	1,01	1,77	0,85	1,36
Micro Uberlândia/Araguari	1,05	0,53	0,89	0,49	0,74
Macro Triângulo do Norte	1,12	0,62	0,89	0,57	0,80
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Triângulo do Norte possui 43,11% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 51,63% por uma implantação parcialmente adequada, 5,26% por uma implantação não adequada e 0% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Triângulo do Norte e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 47. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Triângulo do Norte

População: 603.633 hab. (2019)		Triângulo do Norte		Grau de implantação	
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 69,20%		
Unidades Mínimas 66,71%	Assistência à Saúde Mental 70,37%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	75,04%		
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	74,00%		
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	72,00%		
		Manejo das situações de crise	57,67%		
Reabilitação Psicossocial 53,72%	Reabilitação Psicossocial 53,72%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	74,29%		
		Promoção de alternativas de lazer	73,00%		
		Desinstitucionalização	53,00%		
		Intervenções psicossociais	63,00%		
Conectividade 71,71%	Articulação da Rede 72,10%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	56,00%		
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	40,00%		
		Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência	72,10%		
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	66,00%		
Integração 72,75%	Governança 72,38%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	56,00%		
		Pactuação da RAPS regional	80,44%		
	Gestão do Cuidado 72,38%	Gestão do Cuidado 72,38%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	68,00%	
			Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	73,29%	
Normatividade 64,22%	Política de Saúde Mental 73,42%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	68,00%		
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	85,13%		
	Participação e Controle Social 56,39%	Participação e Controle Social 56,39%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	50,00%	
			Assembleia de usuários	40,00%	
Estrutura 71,41%	Sistema Logístico 67,67%	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado	69,00%		
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	56,50%		
		Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	59,00%		
	Educação em Saúde 39,67%	Educação em Saúde 39,67%	Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	84,00%	
			Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	60,00%	
			Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	44,00%	
Serviços Componentes da RAPS 81,78%	Serviços Componentes da RAPS 81,78%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	35,00%		
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	40,00%		
		iESF	56,87%		
iNASF	61,55%				
iCAPS	111,99%				
iLHG	88,82%				

Tabela 48. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Ituiutaba

Macro: Triângulo do Norte		Ituiutaba	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 57,41%
Unidades Mínimas 59,21%	Assistência à Saúde Mental 63,17%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	69,25% 63,89% 66,67% 41,67% 80,95% 66,67%
	Reabilitação Psicossocial 44,44%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	41,67% 58,33% 41,67% 33,33%
Conectividade 62,90%	Articulação da Rede 62,49%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	62,49%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	58,33%
Integração 58,64%	Governança 53,18%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	22,22% 69,14%
	Gestão do Cuidado 53,18%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	61,11% 61,51% 52,78%
Normatividade 51,92%	Política de Saúde Mental 62,96%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	70,83% 47,22%
	Participação e Controle Social 42,46%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	41,67% 52,78% 36,11%
Estrutura 53,20%	Sistema Logístico 58,33%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	61,11% 69,44% 44,44%
	Educação em Saúde 30,56%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	36,11% 16,67% 38,89%
	Serviços Componentes da RAPS 58,84%	iESF iNASF iCAPS iLHG	63,51% 60,29% 77,09% 0,00%

Tabela 49. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo

Macro: Triângulo do Norte		Patrocínio / Monte Carmelo		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 76,12%
Unidades Mínimas 68,48%	Assistência à Saúde Mental 72,38%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		79,35%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		75,00%
	Reabilitação Psicossocial 55,03%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		75,00%
		Manejo das situações de crise		62,50%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		62,50%
		Promoção de alternativas de lazer		71,88%
Conectividade 77,46%	Articulação da Rede 79,05%	Desinstitucionalização		65,63%
		Intervenções psicossociais		56,25%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		59,38%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		37,50%
Integração 79,40%	Governança 81,73%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		79,05%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		65,63%
Normatividade 71,27%	Política de Saúde Mental 79,69%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		87,50%
		Pactuação da RAPS regional		79,17%
Estrutura 85,85%	Gestão do Cuidado 81,73%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		75,00%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		79,46%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		75,00%
Estrutura 85,85%	Participação e Controle Social 64,06%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		97,66%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		43,75%
		Assembleia de usuários		40,63%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		78,13%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		70,31%
Estrutura 85,85%	Sistema Logístico 80,21%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		59,38%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		93,75%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		87,50%
Estrutura 85,85%	Educação em Saúde 51,04%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		53,13%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		56,25%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		43,75%
		Serviços Componentes da RAPS 97,56%		iESF 84,79%
				iNASF 101,16%
				iCAPS 180,04%
				iLHG 177,47%

Tabela 50. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Uberlândia/Araguari

Macro: Triângulo do Norte		Uberlândia / Araguari	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 75,53%
Unidades Mínimas 73,40%	Assistência à Saúde Mental 76,46%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	77,23%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	84,38%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	75,00%
		Manejo das situações de crise	70,83%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	78,57%
		Promoção de alternativas de lazer	81,25%
	Reabilitação Psicossocial 62,85%	Desinstitucionalização	53,13%
		Intervenções psicossociais	75,00%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	68,75%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	50,00%
Conectividade 75,87%	Articulação da Rede 75,97%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	75,97%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	75,00%
Integração 81,97%	Governança 84,62%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	62,50%
		Pactuação da RAPS regional	94,44%
	Gestão do Cuidado 84,62%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	68,75%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	80,36%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	78,13%
Normatividade 71,01%	Política de Saúde Mental 78,91%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	88,67%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	59,38%
	Participação e Controle Social 64,38%	Assembleia de usuários	37,50%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	78,13%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	65,63%
Estrutura 77,47%	Sistema Logístico 65,63%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	56,25%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	90,63%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	50,00%
	Educação em Saúde 38,54%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	43,75%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	34,38%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	37,50%
	Serviços Componentes da RAPS 91,82%	iESF	49,45%
		iNASF	53,32%
		iCAPS	104,87%
		iLHG	88,87%

5.6 Macrorregião Triângulo do Sul

A Macrorregião Triângulo do Sul apresenta uma população de 781.789 habitantes e é composta por 27 municípios. Destes, 20 são classificados como pequeno porte 1, 4 como pequeno porte 2, 1 como médio pequeno porte, 1 como médio porte e 1 como médio grande porte. É composta por 3 Microrregiões. São elas: Araxá, Frutal/Iturama e Uberaba. A Macrorregião é composta por Microrregiões classificadas nos grupos 4, 3 e 5, segundo as tipologias propostas por Viana *et al.* (2015). A microrregião de Uberaba é responsável por 414.959, habitantes, o que corresponde a cerca de 53% da população da macro.

Tabela 51. Caracterização das Microrregiões componentes da Macrorregião Triângulo do Sul, da Macrorregião Triângulo do Sul e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o número de municípios, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Araxá	187.136	8	75,00%	12,50%	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	4
Micro Frutal/Iturama	179.694	11	81,82%	9,09%	9,09%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Uberaba	414.959	8	62,50%	25,00%	0,00%	0,00%	12,50%	0,00%	5
Macro Triângulo do Sul	781.789	27	74,07%	14,81%	3,70%	3,70%	3,70%	0,00%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 52. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Triângulo do Sul e da Macrorregião Triângulo do Sul segundo a estrutura em saúde

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Micro Araxá	1	1	0	1	1	0	5	0	0	0	0	36
Micro Frutal/Iturama	1	1	0	0	1	0	8	0	0	0	0	34
Micro Uberaba	2	2	0	1	1	0	10	6	0	0	1	69
Macro Triângulo do Sul	4	4	0	2	3	0	23	6	0	0	1	139

Tabela 53. Índices de implantação das Microrregiões que compõem a Macrorregião Triângulo do Sul, da Macrorregião Triângulo do Sul e do Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro Araxá	1,87	0,44	0,00	0,64	0,74
Micro Frutal/Iturama	1,39	0,56	0,00	0,65	0,65
Micro Uberaba	1,20	0,57	0,33	0,56	0,67
Macro Triângulo do Sul	1,41	0,54	0,18	0,60	0,68
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Triângulo do Sul possui 3,51% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 83,55% por uma implantação parcialmente adequada, 12,94% por uma implantação não adequada e 0% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Triângulo do Sul e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 54. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Triângulo do Sul

População: 781.789 hab. (2019)		Triângulo do Sul		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 56,06%	
Unidades Mínimas 56,45%	Assistência à Saúde Mental 62,38%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	66,90%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	54,63%	
	Reabilitação Psicossocial 33,25%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	50,00%	
		Manejo das situações de crise	56,79%	
Conectividade 57,11%	Articulação da Rede 56,38%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	68,25%	
		Promoção de alternativas de lazer	63,89%	
Integração 57,57%	Governança 56,00%	Desinstitucionalização	36,11%	
		Intervenções psicossociais	42,59%	
Normatividade 45,99%	Política de Saúde Mental 53,83%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	34,26%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	14,81%	
Estrutura 57,57%	Participação e Controle Social 39,58%	Reunões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência	56,38%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	57,41%	
Estrutura 57,57%	Gestão do Cuidado 56,00%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	37,04%	
		Pactuação da RAPS regional	62,96%	
Estrutura 57,57%	Sistema Logístico 59,88%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	47,22%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	60,32%	
Estrutura 57,57%	Educação em Saúde 35,80%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	47,22%	
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	67,48%	
Estrutura 57,57%	Serviços Componentes da RAPS 63,28%	Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	26,85%	
		Assembleia de usuários	22,22%	
Estrutura 57,57%	Educação em Saúde 35,80%	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado	53,70%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	34,26%	
Estrutura 57,57%	Educação em Saúde 35,80%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	65,74%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	73,15%	
Estrutura 57,57%	Educação em Saúde 35,80%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	40,74%	
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	29,63%	
Estrutura 57,57%	Educação em Saúde 35,80%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	38,89%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	37,04%	
Estrutura 57,57%	Serviços Componentes da RAPS 63,28%	iESF	59,79%	
		iNASF	53,84%	
Estrutura 57,57%	Serviços Componentes da RAPS 63,28%	iCAPS	140,70%	
		iLHG	17,65%	

Tabela 55. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Araxá

Macro: Triângulo do Sul		Araxá		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 56,43%	
Unidades Mínimas 58,03%	Assistência à Saúde Mental 66,58%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	66,85% 56,25% 43,75% 68,75% 80,36% 68,75%	
	Reabilitação Psicossocial 24,73%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	31,25% 34,38% 18,75% 12,50%	
Conectividade 57,74%	Articulação da Rede 57,01%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	57,01%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	59,38%	
Integração 61,74%	Governança 64,42%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	37,50% 76,39%	
	Gestão do Cuidado 64,42%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	46,88% 57,59% 50,00%	
Normatividade 43,63%	Política de Saúde Mental 52,52%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	66,80% 25,00%	
	Participação e Controle Social 35,75%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	21,88% 68,75% 21,88%	
Estrutura 55,57%	Sistema Logístico 50,00%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	53,13% 59,38% 37,50%	
	Educação em Saúde 46,88%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	31,25% 46,88% 62,50%	
	Serviços Componentes da RAPS 58,97%	iESF iNASF iCAPS iLHG	63,86% 44,25% 187,03% 0,00%	

Tabela 56. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Frutal/Iturama

Macro: Triângulo do Sul		Frutal / Iturama	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 56,02%
Unidades Mínimas 59,21%	Assistência à Saúde Mental 64,30%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	73,30%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	43,18%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	45,45%
		Manejo das situações de crise	64,39%
Conectividade 53,87%	Articulação da Rede 53,72%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	57,14%
		Promoção de alternativas de lazer	56,82%
		Desinstitucionalização	45,45%
		Intervenções psicossociais	50,00%
Integração 56,11%	Governança 55,24%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	40,91%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	18,18%
	Gestão do Cuidado 55,24%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	27,27%
		Pactuação da RAPS regional	67,68%
Normatividade 47,84%	Política de Saúde Mental 54,36%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	47,73%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	55,19%
	Participação e Controle Social 44,36%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	50,00%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	66,76%
Estrutura 55,30%	Sistema Logístico 65,91%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	29,55%
		Assembleia de usuários	18,18%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	54,55%
	Educação em Saúde 31,06%	Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	38,64%
		Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	70,45%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	81,82%
Serviços Componentes da RAPS 59,77%	iESF iNASF iCAPS iLHG	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	45,45%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	27,27%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	40,91%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	20,45%
			64,88%
			55,68%
			139,13%
			0,00%

Tabela 57. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Uberaba

Macro: Triângulo do Sul		Uberaba	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 55,77%
Unidades Mínimas 51,06%	Assistência à Saúde Mental 55,54%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	58,15% 68,75% 62,50% 34,38% 71,43% 68,75%
	Reabilitação Psicossocial 32,84%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	28,13% 40,63% 40,63% 12,50%
Conectividade 60,93%	Articulação da Rede 59,39%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	59,39%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	65,63%
Integração 55,39%	Governança 48,61%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	50,00% 43,06%
	Gestão do Cuidado 48,61%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	46,88% 70,09% 40,63%
Normatividade 45,79%	Política de Saúde Mental 54,43%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	69,14% 25,00%
	Participação e Controle Social 36,83%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	28,13% 37,50% 40,63%
Estrutura 62,69%	Sistema Logístico 61,46%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	71,88% 75,00% 37,50%
	Educação em Saúde 31,25%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	31,25% 28,13% 34,38%
	Serviços Componentes da RAPS 72,40%	iESF iNASF iCAPS iLHG	55,74% 57,37% 120,49% 33,26%

5.7 Macrorregião Sul

A Macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais possui um total de 2.788.768 habitantes e 153 municípios. Destes, 117 são classificados como pequeno porte 1, 25 como pequeno porte 2, 6 como médio pequeno porte e 5 com médio porte. Além disso, conta com 12 Microrregiões. São elas: Alfenas/Machado, Guaxupé, Itajubá, Lavras, Passos/Piumhi, Poços de Caldas, Pouso Alegre, São Lourenço, São Sebastião do Paraíso, Três Corações, Três Pontas e Varginha. A Macrorregião conta com Microrregiões pertencentes aos grupos 3 e 5, segundo proposto por Viana *et al.* (2015), com predomínio do grupo 3. Trata-se de uma região com uma população de 2.788.768 habitantes. A Microrregião mais populosa é a de Pouso Alegre, com cerca de 19% da população.

Tabela 58. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Sul, da Macrorregião Sul e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Alfenas / Machado	322.017	17	64,71%	29,41%	5,88%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Guaxupé	161.041	9	77,78%	11,11%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Itajubá	204.591	15	86,67%	6,67%	6,67%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Lavras	183.347	10	70,00%	20,00%	0,00%	10,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Passos / Piumhi	291.393	18	88,89%	5,56%	0,00%	5,56%	0,00%	0,00%	3
Micro Poços de Caldas	233.732	5	60,00%	20,00%	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%	5
Micro Pouso Alegre	546.879	33	75,76%	21,21%	0,00%	3,03%	0,00%	0,00%	3
Micro São Lourenço	262.449	24	87,50%	12,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro São Sebastião do Paraíso	125.578	6	66,67%	16,67%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Três Corações	132.728	6	83,33%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Três Pontas	125.199	5	60,00%	20,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Varginha	199.814	5	40,00%	40,00%	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%	5
Macro Sul	2.788.768	153	76,47%	16,34%	3,92%	3,27%	0,00%	0,00%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 59. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Sul e da Macrorregião Sul segundo a estrutura de saúde

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Micro Alfenas / Machado	3	0	0	0	0	0	11	0	0	0	7	82
Micro Guaxupé	2	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	46
Micro Itajubá	1	2	0	0	0	0	9	0	0	0	0	48
Micro Lavras	1	2	0	0	1	0	4	0	0	0	2	39
Micro Passos / Piumhi	2	2	0	0	2	0	20	2	0	0	0	79
Micro Poços de Caldas	1	1	0	0	1	0	9	8	0	1	0	48
Micro Pouso Alegre	5	1	0	0	1	0	16	15	0	0	0	143
Micro São Lourenço	5	1	0	1	0	1	20	5	0	1	0	86
Micro São Sebastião do Paraíso	1	1	0	1	1	0	8	1	0	0	0	39
Micro Três Corações	1	1	0	0	1	0	4	1	0	0	0	33
Micro Três Pontas	1	1	0	0	0	0	5	12	0	0	0	25
Micro Varginha	3	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	37
Macro Sul	26	12	0	3	8	1	114	44	0	2	9	705

Tabela 60. Índices de implantação nas Microrregiões que compõem a Macrorregião Sul, da Macrorregião Sul e do Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro Alfenas / Machado	0,47	0,73	0,00	0,83	0,51
Micro Guaxupé	0,62	0,69	0,00	0,85	0,54
Micro Itajubá	1,28	0,88	0,00	0,75	0,73
Micro Lavras	1,91	0,45	0,00	0,66	0,76
Micro Passos / Piumhi	1,72	1,23	0,16	0,83	0,98
Micro Poços de Caldas	1,07	0,94	0,79	0,69	0,87
Micro Pouso Alegre	0,82	0,53	0,63	0,77	0,69
Micro São Lourenço	2,29	1,28	0,44	0,91	1,23
Micro São Sebastião do Paraíso	2,79	1,32	0,18	0,93	1,30
Micro Três Corações	1,88	0,49	0,17	0,80	0,84
Micro Três Pontas	1,20	0,83	2,20	0,59	1,20
Micro Varginha	1,75	0,31	0,00	0,60	0,66
Macro Sul	1,35	0,79	0,36	0,77	0,82
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Sul possui 23,07% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 60,53% por uma implantação parcialmente adequada, 13% por uma implantação não adequada e 3,40% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Sul e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 61. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Sul

População: 2.598.934 hab. (2019)		Sul	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 58,77%
Unidades Mínimas 59,32%	Assistência à Saúde Mental 62,79%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	65,36%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	57,61%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	60,33%
		Manejo das situações de crise	60,02%
Reabilitação Psicossocial 46,08%	Desinstitucionalização	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	62,73%
		Promoção de alternativas de lazer	64,67%
		Intervenções psicossociais	50,91%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	55,98%
Conectividade 56,60%	Articulação da Rede 55,46%	Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	29,71%
		Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência	55,46%
Integração 59,73%	Governança 56,67%	Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	60,51%
		Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	45,65%
	Gestão do Cuidado 56,67%	Pactuação da RAPS regional	59,10%
		Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	53,62%
Normatividade 53,92%	Política de Saúde Mental 61,70%	Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	62,78%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	58,33%
	Participação e Controle Social 46,42%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	74,34%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	37,32%
Estrutura 59,96%	Sistema Logístico 59,06%	Assembleia de usuários	19,93%
		Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado	66,67%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	44,93%
	Educação em Saúde 35,18%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	66,30%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	73,19%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	37,68%
Serviços Componentes da RAPS 67,04%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	39,13%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	32,07%
		iESF	77,38%
		iNASF	79,20%
iCAPS	134,94%		
iLHG	36,41%		

Tabela 62. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Alfenas/Machado

Macro: Sul		Alfenas / Machado		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 46,72%
Unidades Mínimas 45,03%	Assistência à Saúde Mental 50,66%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		59,42%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		50,00%
	Reabilitação Psicossocial 24,91%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		43,18%
		Manejo das situações de crise		41,67%
Conectividade 42,77%	Articulação da Rede 41,75%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		38,96%
		Promoção de alternativas de lazer		52,27%
Integração 52,43%	Gestão do Cuidado 38,15%	Desinstitucionalização		20,45%
		Intervenções psicossociais		29,55%
Normatividade 48,43%	Política de Saúde Mental 55,05%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		31,82%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		9,09%
Estrutura 47,22%	Sistema Logístico 56,82%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		41,75%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		47,73%
Estrutura 47,22%	Gestão do Cuidado 38,15%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		45,45%
		Pactuação da RAPS regional		31,31%
Estrutura 47,22%	Participação e Controle Social 38,80%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		45,45%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		62,01%
Estrutura 47,22%	Educação em Saúde 37,12%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		56,82%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		71,59%
Estrutura 47,22%	Serviços Componentes da RAPS 47,66%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		29,55%
		Assembleia de usuários		18,18%
Estrutura 47,22%	Educação em Saúde 37,12%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		56,82%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		30,68%
Estrutura 47,22%	Educação em Saúde 37,12%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		52,27%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		63,64%
Estrutura 47,22%	Educação em Saúde 37,12%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		54,55%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		22,73%
Estrutura 47,22%	Educação em Saúde 37,12%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		43,18%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		38,64%
Estrutura 47,22%	Serviços Componentes da RAPS 47,66%	iESF		83,04%
		iNASF		72,85%
Estrutura 47,22%	Serviços Componentes da RAPS 47,66%	iCAPS		46,58%
		iLHG		0,00%

Tabela 63. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na

Macro: Sul		Guaxupé		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 46,65%
Unidades Mínimas 48,24%	Assistência à Saúde Mental 48,94%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		51,67%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		40,63%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		43,75%
		Manejo das situações de crise		36,46%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		62,50%
		Promoção de alternativas de lazer		75,00%
	Reabilitação Psicossocial 45,51%	Desinstitucionalização		37,50%
		Intervenções psicossociais		53,13%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		56,25%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		25,00%
Conectividade 44,22%	Articulação da Rede 41,74%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		41,74%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		59,38%
Integração 41,97%	Governança 37,29%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		37,50%
		Pactuação da RAPS regional		34,72%
	Gestão do Cuidado 37,29%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		31,25%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		47,32%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		43,75%
Normatividade 48,47%	Política de Saúde Mental 61,20%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		68,36%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		46,88%
	Participação e Controle Social 37,17%	Assembleia de usuários		9,38%
		Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		53,13%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		39,06%
Estrutura 47,11%	Sistema Logístico 43,75%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		50,00%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		56,25%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		25,00%
	Educação em Saúde 26,04%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		25,00%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		28,13%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		15,63%
	Serviços Componentes da RAPS 53,61%	iESF		85,03%
		iNASF		68,55%
		iCAPS		62,10%
		iLHG		0,00%

Microrregião Guaxupé

Tabela 64. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Itajubá

Macro: Sul		Itajubá		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 55,83%	
Unidades Mínimas 56,50%	Assistência à Saúde Mental 60,40%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	67,92%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		55,36%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	58,93%	
		Manejo das situações de crise	41,07%	
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	71,43%	
		Promoção de alternativas de lazer	71,43%	
	Reabilitação Psicossocial 40,59%	Desinstitucionalização	25,00%	
		Intervenções psicossociais	42,86%	
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	50,00%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	28,57%	
Conectividade 55,41%	Articulação da Rede 52,12%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	52,12%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	73,21%	
Integração 50,00%	Governança 46,89%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	42,86%	
		Pactuação da RAPS regional	41,27%	
	Gestão do Cuidado 46,89%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	35,71%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	50,77%	
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	57,14%	
Normatividade 52,49%	Política de Saúde Mental 53,57%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	66,96%	
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	26,79%	
	Participação e Controle Social 52,95%	Assembleia de usuários	8,93%	
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	71,43%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	58,93%	
Estrutura 58,42%	Sistema Logístico 71,43%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	66,07%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	83,93%	
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	64,29%	
	Educação em Saúde 43,75%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	33,93%	
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	50,00%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	41,07%	
	Serviços Componentes da RAPS 59,46%	iESF	75,00%	
		iNASF	88,50%	
		iCAPS	128,26%	
		iLHG	0,00%	

Tabela 65. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Lavras

Macro: Sul		Lavras		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 49,08%
Unidades Mínimas 54,69%	Assistência à Saúde Mental 57,17%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		57,94%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		52,78%
	Reabilitação Psicossocial 45,55%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		52,78%
		Manejo das situações de crise		61,11%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		55,56%
		Promoção de alternativas de lazer		47,22%
Conectividade 40,11%	Articulação da Rede 37,09%	Desinstitucionalização		27,78%
		Intervenções psicossociais		47,22%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		58,33%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		22,22%
Integração 49,87%	Governança 44,06%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		37,09%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		58,33%
	Gestão do Cuidado 44,06%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		33,33%
		Pactuação da RAPS regional		44,44%
	Política de Saúde Mental 53,47%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		47,22%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		56,35%
Normatividade 45,76%	Participação e Controle Social 38,10%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		50,00%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		60,76%
	Sistema Logístico 40,74%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		38,89%
		Assembleia de usuários		27,78%
	Educação em Saúde 35,19%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		55,56%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		30,56%
Estrutura 47,94%	Serviços Componentes da RAPS 52,53%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		50,00%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		61,11%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		11,11%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		30,56%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		38,89%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		33,33%
		iESF		66,40%
		iNASF		45,16%
		iCAPS		190,89%
		iLHG		0,00%

Tabela 66. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Passos/Piumhi

Macro: Sul		Passos / Piumhi		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 56,98%	
Unidades Mínimas 58,11%	Assistência à Saúde Mental 61,59%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	66,43% 68,33% 65,00% 47,78% 62,86% 66,67%	
	Reabilitação Psicossocial 44,43%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	26,67% 60,00% 55,00% 13,33%	
Conectividade 52,30%	Articulação da Rede 51,06%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	51,06%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	50,00%	
Integração 45,79%	Governança 37,09%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	26,67% 37,78%	
	Gestão do Cuidado 37,09%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	41,67% 55,00% 41,67%	
Normatividade 52,22%	Política de Saúde Mental 60,56%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	75,83% 31,67%	
	Participação e Controle Social 41,23%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	18,33% 55,00% 45,00%	
Estrutura 62,69%	Sistema Logístico 54,44%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	55,00% 68,33% 40,00%	
	Educação em Saúde 27,22%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	18,33% 30,00% 31,67%	
	Serviços Componentes da RAPS 74,44%	iESF iNASF iCAPS iLHG	82,69% 123,13% 171,59% 15,79%	

Tabela 67. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Poços de Caldas

Macro: Sul		Poços de Caldas	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 68,65%
Unidades Mínimas 66,92%	Assistência à Saúde Mental 68,45%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	64,96% 75,00% 87,50% 68,75% 71,43% 56,25%
	Reabilitação Psicossocial 62,45%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	12,50% 56,25% 75,00% 50,00%
Conectividade 73,66%	Articulação da Rede 75,17%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	75,17%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	62,50%
Integração 69,91%	Governança 73,08%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	50,00% 83,33%
	Gestão do Cuidado 73,08%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	56,25% 75,00% 62,50%
Normatividade 64,90%	Política de Saúde Mental 76,04%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	89,06% 50,00%
	Participação e Controle Social 55,36%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	37,50% 81,25% 50,00%
Estrutura 68,51%	Sistema Logístico 68,75%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	75,00% 81,25% 50,00%
	Educação em Saúde 20,83%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	6,25% 43,75% 0,00%
	Serviços Componentes da RAPS 82,06%	iESF iNASF iCAPS iLHG	68,79% 94,47% 106,96% 78,72%

Tabela 68. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Pouso Alegre

Macro: Sul		São Lourenço		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 63,01%
Unidades Mínimas 62,33%	Assistência à Saúde Mental 66,55%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		66,89%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		58,33%
	Reabilitação Psicossocial 47,32%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		61,46%
		Manejo das situações de crise		64,24%
Conectividade 58,91%	Articulação da Rede 57,48%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		77,98%
		Promoção de alternativas de lazer		68,75%
	Governança 71,97%	Desinstitucionalização		34,38%
		Intervenções psicossociais		47,92%
	Gestão do Cuidado 71,97%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		58,33%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		33,33%
	Política de Saúde Mental 58,94%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		57,48%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		64,58%
	Participação e Controle Social 42,59%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		70,83%
		Pactuação da RAPS regional		70,83%
Estrutura 68,75%	Sistema Logístico 59,38%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		53,13%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		60,71%
	Educação em Saúde 38,19%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		57,29%
Serviços Componentes da RAPS 78,94%		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		67,58%
	iESF	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		41,67%
iNASF		Assembleia de usuários		18,75%
	iCAPS	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		61,46%
iLHG		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		37,50%
	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		69,79%
Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais			70,83%	
Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		37,50%		
Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		39,58%		
Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		38,54%		
			33,33%	
			91,02%	
			127,51%	
			228,62%	
			43,82%	

Tabela 69. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião São Lourenço

Macro: Sul		São Lourenço		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 63,01%	
Unidades Mínimas 62,33%	Assistência à Saúde Mental 66,55%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	66,89%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	58,33%	
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	61,46%	
		Manejo das situações de crise	64,24%	
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	77,98%	
		Promoção de alternativas de lazer	68,75%	
	Reabilitação Psicossocial 47,32%	Desinstitucionalização	34,38%	
		Intervenções psicossociais	47,92%	
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	58,33%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	33,33%	
Conectividade 58,91%	Articulação da Rede 57,48%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	57,48%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	64,58%	
Integração 66,08%	Governança 71,97%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	70,83%	
		Pactuação da RAPS regional	70,83%	
	Gestão do Cuidado 71,97%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	53,13%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	60,71%	
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	57,29%	
Normatividade 50,33%	Política de Saúde Mental 58,94%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	67,58%	
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	41,67%	
	Participação e Controle Social 42,59%	Assembleia de usuários	18,75%	
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	61,46%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	37,50%	
Estrutura 68,75%	Sistema Logístico 59,38%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	69,79%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	70,83%	
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	37,50%	
	Educação em Saúde 38,19%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	39,58%	
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	38,54%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	33,33%	
	Serviços Componentes da RAPS 78,94%	iESF	91,02%	
		iNASF	127,51%	
		iCAPS	228,62%	
		iLHG	43,82%	

Tabela 70. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião São Sebastião do Paraíso

Macro: Sul		São Sebastião do Paraíso		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 67,05%
Unidades Mínimas 69,47%	Assistência à Saúde Mental 72,18%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		72,32%
		Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		83,33%
Conectividade 59,91%	Articulação da Rede 58,30%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		50,00%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		69,44%
Integração 71,91%	Governança 71,79%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		80,95%
		Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		75,00%
Normatividade 61,10%	Política de Saúde Mental 67,71%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		20,83%
		Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		79,17%
Estrutura 68,43%	Sistema Logístico 59,72%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		56,25%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		16,67%
		iESF iNASF iCAPS iLHG		79,17%
	Educação em Saúde 40,28%			25,00%
	Serviços Componentes da RAPS 78,15%			45,83%
				45,83%
				92,73%
				131,87%
				278,71%
				18,32%

Tabela 71. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Três Corações

Macro: Sul		Três Corações		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 60,22%
Unidades Mínimas 59,36%	Assistência à Saúde Mental 65,66%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		74,26% 41,67% 58,33% 66,67% 50,00% 66,67%
	Reabilitação Psicossocial 33,70%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		12,50% 37,50% 58,33% 0,00%
Conectividade 67,63%	Articulação da Rede 65,98%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		65,98%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		62,50%
Integração 79,48%	Governança 84,62%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		83,33% 85,19%
	Gestão do Cuidado 84,62%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		75,00% 76,19% 70,83%
Normatividade 40,64%	Política de Saúde Mental 56,02%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		70,83% 29,17%
	Participação e Controle Social 27,38%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		8,33% 41,67% 25,00%
Estrutura 54,58%	Sistema Logístico 48,61%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		70,83% 75,00% 0,00%
	Educação em Saúde 18,06%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		16,67% 29,17% 8,33%
	Serviços Componentes da RAPS 66,25%	iESF iNASF iCAPS iLHG		79,53% 49,39% 188,36% 17,33%

Tabela 72. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Três Pontas

Macro: Sul		Três Pontas		Grau de implantação	
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 71,09%		
Unidades Mínimas 66,56%	Assistência à Saúde Mental 67,42%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	71,25%		
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	60,00%		
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	75,00%		
		Manejo das situações de crise	61,67%		
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	68,57%		
		Promoção de alternativas de lazer	60,00%		
	Reabilitação Psicossocial 63,61%	Desinstitucionalização	65,00%		
		Intervenções psicossociais	65,00%		
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	80,00%		
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	40,00%		
Conectividade 75,60%	Articulação da Rede 76,35%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	76,35%		
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	70,00%		
Integração 70,56%	Governança 61,54%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	20,00%		
		Pactuação da RAPS regional	80,00%		
	Gestão do Cuidado 61,54%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	85,00%		
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	79,29%		
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	70,00%		
Normatividade 69,23%	Política de Saúde Mental 81,25%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	89,38%		
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	65,00%		
	Participação e Controle Social 58,93%	Assembleia de usuários	50,00%		
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	85,00%		
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	47,50%		
Estrutura 74,96%	Sistema Logístico 56,67%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	75,00%		
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	95,00%		
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	0,00%		
	Educação em Saúde 38,33%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	45,00%		
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	30,00%		
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	40,00%		
	Serviços Componentes da RAPS 90,07%	IESF	58,68%		
		INASF	82,67%		
		ICAPS	119,81%		
		ILHG	220,45%		

Tabela 73. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Varginha

Macro: Sul		Varginha		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 60,83%
Unidades Mínimas 68,63%	Assistência à Saúde Mental 75,08%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		73,57% 85,00% 90,00% 75,00% 57,14% 95,00%
	Reabilitação Psicossocial 45,04%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		30,00% 55,00% 60,00% 20,00%
Conectividade 59,00%	Articulação da Rede 58,70%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		58,70%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		55,00%
Integração 58,97%	Governança 48,89%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		40,00% 48,89%
	Gestão do Cuidado 48,89%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		50,00% 77,14% 55,00%
Normatividade 62,69%	Política de Saúde Mental 76,67%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		92,50% 45,00%
	Participação e Controle Social 50,71%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		25,00% 85,00% 45,00%
Estrutura 50,19%	Sistema Logístico 50,00%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		75,00% 75,00% 0,00%
	Educação em Saúde 50,00%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		40,00% 70,00% 40,00%
	Serviços Componentes da RAPS 50,29%	iESF iNASF iCAPS iLHG		59,62% 31,08% 175,16% 0,00%

5.8 Macrorregião Centro Sul

A Macrorregião Centro Sul é composta por 51 municípios. Destes, 44 são classificados como pequeno porte 1, 3 como porte 2, 2 como médio pequeno porte e 2 como médio porte.

Em sua composição, estão 3 Microrregiões. São elas: Barbacena, Conselheiro Lafaiete/Congonhas e São João del Rei. A Macrorregião é composta integralmente por municípios classificados na tipologia 3, segundo proposta de Viana *et al.* (2015).

Tabela 74. Caracterização das Microrregiões componentes da Macrorregião Centro Sul, da Macrorregião Centro Sul e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o número de municípios, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Barbacena	237.652	15	88,67%	6,67%	0,00%	6,67%	0,00%	0,00%	3
Micro Conselheiro Lafaiete/Congonhas	309.780	18	83,33%	5,56%	5,56%	5,56%	0,00%	0,00%	3
Micro São João del Rei	239.667	18	88,89%	5,56%	5,56%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Macro Centro Sul	787.099	51	86,27%	5,88%	3,92%	3,92%	0,00%	0,00%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 75. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Centro Sul e da Macrorregião Centro Sul segundo a estrutura em saúde

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em Hospital Geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Micro Barbacena	0	0	1	1	1	0	17	14	0	0	30	61
Micro Conselheiro Lafaiete/Congonhas	2	2	0	1	2	0	20	7	0	0	2	91
Micro São João del Rei	2	1	0	0	1	0	16	1	0	0	0	67
Macro Centro Sul	4	3	1	2	4	0	53	22	0	0	32	219

Tabela 76. Índices de implantação das Microrregiões que compõe a Macrorregião Centro Sul, Macrorregião Centro Sul e estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro Barbacena	1,47	1,29	1,35	0,75	1,22
Micro Conselheiro Lafaiete/Congonhas	1,94	1,24	0,52	0,85	1,13
Micro São João del Rei	1,25	0,83	0,10	0,85	0,76
Macro Centro Sul	1,59	1,13	0,64	0,82	1,04
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Centro Sul possui 47,99% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 51,60% por uma implantação parcialmente adequada, 0,41% por uma implantação não adequada e 0% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Centro Sul e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 77. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Centro Sul

População: 783.650 hab. (2019)		Centro Sul		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 67,25%
Unidades Mínimas 67,80%	Assistência à Saúde Mental 70,77%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		70,16%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		60,00%
	Reabilitação Psicossocial 56,50%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		64,00%
		Manejo das situações de crise		76,83%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		74,29%
		Promoção de alternativas de lazer		65,00%
		Desinstitucionalização		40,00%
		Intervenções psicossociais		65,50%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		66,00%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		36,00%
Conectividade 62,71%	Articulação da Rede 62,64%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência		62,64%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		62,50%
Integração 71,20%	Governança 69,66%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		46,00%
		Pactuação da RAPS regional		79,78%
	Gestão do Cuidado 69,66%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		69,00%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		75,00%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		65,00%
Normatividade 59,01%	Política de Saúde Mental 67,65%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		84,06%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		35,50%
	Participação e Controle Social 51,30%	Assembleia de usuários		18,50%
		Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		71,00%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		51,00%
Estrutura 70,92%	Sistema Logístico 64,50%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		78,00%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		71,50%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		44,00%
	Educação em Saúde 39,17%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		32,50%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		40,50%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		42,50%
	Serviços Componentes da RAPS 81,31%	iESF iNASF iCAPS iLHG		81,72%
				113,09%
				158,81%
				64,29%

Tabela 78. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Barbacena

Macro: Centro Sul		Barbacena		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 72,94%
Unidades Mínimas 68,61%	Assistência à Saúde Mental 73,04%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		71,94%
		Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		51,79%
Conectividade 71,27%	Articulação da Rede 72,18%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		80,36%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		82,14%
Integração 80,91%	Governança 79,67%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		73,47%
		Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		62,50%
Normatividade 56,89%	Política de Saúde Mental 68,45%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		41,07%
		Assembleia de usuários Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		57,14%
Estrutura 82,44%	Sistema Logístico 73,21%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		66,07%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		21,43%
		iESF iNASF iCAPS iLHG		41,07%
	Educação em Saúde 43,75%			44,64%
	Serviços Componentes da RAPS 94,63%			42,86%
				75,04%
				129,20%
				147,27%
				135,49%

Tabela 79. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Conselheiro Lafaiete/Congonhas

Macro: Centro Sul		Conselheiro Lafaiete / Congonhas	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 64,90%
Unidades Mínimas 66,63%	Assistência à Saúde Mental 68,62%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	72,64%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	45,59%
	Reabilitação Psicossocial 59,33%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	54,41%
		Manejo das situações de crise	74,51%
Conectividade 57,23%	Articulação da Rede 57,71%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	65,55%
		Promoção de alternativas de lazer	66,18%
Integração 63,96%	Gestão do Cuidado 58,72%	Desinstitucionalização	41,18%
		Intervenções psicossociais	72,06%
Normatividade 56,27%	Política de Saúde Mental 61,60%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	70,59%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	35,29%
Estrutura 71,36%	Governança 58,72%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	57,71%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	52,94%
Estrutura 71,36%	Participação e Controle Social 50,97%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	29,41%
		Pactuação da RAPS regional	70,59%
Estrutura 71,36%	Sistema Logístico 72,55%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	67,65%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	70,17%
Estrutura 71,36%	Educação em Saúde 32,35%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	57,35%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	79,41%
Estrutura 71,36%	Serviços Componentes da RAPS 82,36%	Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	27,94%
		Assembleia de usuários	23,53%
Estrutura 71,36%	Serviços Componentes da RAPS 82,36%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	69,12%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	48,53%
Estrutura 71,36%	Serviços Componentes da RAPS 82,36%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	85,29%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	79,41%
Estrutura 71,36%	Serviços Componentes da RAPS 82,36%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	52,94%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	23,53%
Estrutura 71,36%	Serviços Componentes da RAPS 82,36%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	32,35%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	41,18%
Estrutura 71,36%	Serviços Componentes da RAPS 82,36%	iESF	84,51%
		iNASF	123,62%
Estrutura 71,36%	Serviços Componentes da RAPS 82,36%	iCAPS	193,69%
		iLHG	51,97%

Tabela 80. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião São João del Rei

Macro: Centro Sul		São João del Rei	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 65,16%
Unidades Mínimas 68,25%	Assistência à Saúde Mental 71,03%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	66,64% 78,95% 60,53% 75,00% 82,71% 65,79%
	Reabilitação Psicossocial 57,95%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	38,16% 65,79% 61,84% 47,37%
Conectividade 61,30%	Articulação da Rede 60,02%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	60,02%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	69,74%
Integração 70,53%	Governança 72,06%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	47,37% 83,04%
	Gestão do Cuidado 72,06%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	64,47% 72,18% 63,16%
Normatividade 63,03%	Política de Saúde Mental 72,48%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	88,98% 39,47%
	Participação e Controle Social 54,96%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	14,47% 71,05% 61,84%
Estrutura 62,03%	Sistema Logístico 50,88%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	75,00% 61,84% 15,79%
	Educação em Saúde 41,89%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	34,21% 44,74% 43,42%
	Serviços Componentes da RAPS 70,54%	iESF iNASF iCAPS iLHG	84,73% 83,49% 125,17% 9,60%

5.9 Macrorregião Sudeste

A Macrorregião Sudeste é composta por 94 municípios. Destes, 83 são classificados como pequeno porte 1, 6 como pequeno porte 2, 2 como médio pequeno porte, 2 como médio

porte e 1 como grande porte. Em sua composição, estão 8 Microrregiões. São elas: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá. A Microrregião conta também com Microrregiões classificadas com as tipologias 1, 3 e 5, conforme proposta por Viana *et al.* (2015). A Microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas é a RS mais populosa da macro, abrangendo cerca de 41,22% dos habitantes. Trata-se também de uma macro classificada na tipologia 5.

Tabela 81. Caracterização das Microrregiões que compõem a Microrregião Sudeste, da Microrregião Sudeste e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Microrregião Além Paraíba	57.258	5	80,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Microrregião Carangola	128.433	11	81,82%	18,18%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Microrregião Juiz de Fora / Lima Duarte / Bom Jardim de Minas	687.734	25	96,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,00%	5
Microrregião Leopoldina / Cataguases	182.689	10	80,00%	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Microrregião Muriaé	173.744	11	90,91%	0,00%	0,00%	9,09%	0,00%	0,00%	3
Microrregião Santos Dumont	50.757	3	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Microrregião São João Nepomuceno / Bicas	72.807	9	88,89%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Microrregião Ubá	314.647	20	90,00%	5,00%	0,00%	5,00%	0,00%	0,00%	3
Macro Sudeste	1.668.069	94	88,30%	6,38%	2,13%	2,13%	0,00%	1,06%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 82. Caracterização das Microrregiões que compõem a Microrregião Sudeste e da Microrregião Sudeste segundo a estrutura em saúde

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Microrregião Além Paraíba	2	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	16
Microrregião Carangola	4	0	0	1	1	0	10	9	0	0	0	43
Microrregião Juiz de Fora / Lima Duarte / Bom Jardim de Minas	3	2	0	1	1	0	18	32	0	0	24	139
Microrregião Leopoldina / Cataguases	3	0	1	0	1	0	11	8	0	0	1	51
Microrregião Muriaé	3	1	0	0	0	1	16	8	1	0	0	60
Microrregião Santos Dumont	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Microrregião São João Nepomuceno / Bicas	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	22
Microrregião Ubá	4	1	0	1	0	1	21	13	0	0	4	82
Macro Sudeste	21	4	1	3	3	2	85	71	1	0	29	428

Tabela 83. Índices de implantação na Macrorregião Sudeste, nas suas Microrregiões e no Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro Além Paraíba	1,75	1,02	0,40	0,80	0,99
Micro Carangola	3,11	1,18	1,61	0,98	1,72
Micro Juiz de Fora / Lima Duarte / Bom Jardim de Minas	0,80	0,25	1,07	0,65	0,69
Micro Leopoldina / Cataguases	2,19	1,00	1,01	0,88	1,27
Micro Muriaé	2,30	1,87	1,06	0,99	1,55
Micro Santos Dumont	0,99	0,00	0,00	0,90	0,47
Micro São João Nepomuceno / Bicas	0,69	0,57	0,00	0,85	0,53
Micro Ubá	1,75	0,96	0,95	0,71	1,09
Macro Sudeste	1,50	0,74	0,98	0,77	1,00
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Sudeste possui 26,65% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 70,59% por uma implantação parcialmente adequada, 2,76% por uma implantação não adequada e 0% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Sudeste e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 84. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Sudeste

População: 1.591.927 hab. (2019)		Sudeste		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 66,77%
Unidades Mínimas 65,92%	Assistência à Saúde Mental 69,79%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		68,55%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		63,53%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		64,71%
		Manejo das situações de crise		73,82%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		74,79%
	Promoção de alternativas de lazer		66,76%	
Conectividade 62,72%	Articulação da Rede 62,57%	Desinstitucionalização		35,88%
		Intervenções psicossociais		56,76%
Integração 65,96%	Governança 66,55%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		61,76%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		37,65%
	Gestão do Cuidado 66,55%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência		62,57%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		61,76%
Normatividade 56,39%	Política de Saúde Mental 65,92%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		51,76%
		Pactuação da RAPS regional		72,42%
	Participação e Controle Social 47,46%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		59,12%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		66,55%
Estrutura 74,31%	Sistema Logístico 58,14%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		61,18%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		79,56%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		39,41%
	Educação em Saúde 41,08%	Asssembleia de usuários		25,88%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		66,18%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		46,47%
Serviços Componentes da RAPS 87,49%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		69,41%	
	Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		73,24%	
	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		31,76%	
	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		41,76%	
iESF iNASF iCAPS iLHG		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		37,65%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		41,18%
				76,89%

Tabela 85. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Além Paraíba

Macro: Sudeste		Além Paraíba	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 59,36%
Unidades Mínimas 63,02%	Assistência à Saúde Mental 68,95%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	63,10%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	66,67%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	58,33%
		Manejo das situações de crise	80,56%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	61,90%
		Promoção de alternativas de lazer	100,00%
	Reabilitação Psicossocial 39,09%	Desinstitucionalização	25,00%
		Intervenções psicossociais	33,33%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	58,33%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	33,33%
Conectividade 60,12%	Articulação da Rede 60,05%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	60,05%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	58,33%
Integração 44,61%	Governança 35,90%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	0,00%
		Pactuação da RAPS regional	51,85%
	Gestão do Cuidado 35,90%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	41,67%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	53,57%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	58,33%
Normatividade 47,16%	Política de Saúde Mental 62,50%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	85,42%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	16,67%
	Participação e Controle Social 23,21%	Assembleia de usuários	8,33%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	41,67%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	20,83%
Estrutura 62,98%	Sistema Logístico 44,44%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	33,33%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	66,67%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	33,33%
	Educação em Saúde 16,67%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	25,00%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	0,00%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	25,00%
	Serviços Componentes da RAPS 81,05%	iESF	80,22%
		iNASF	102,43%
		iCAPS	174,65%
		iLHG	40,17%

Tabela 86. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Carangola

Macro: Sudeste		Carangola		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 76,04%
Unidades Mínimas 74,68%	Assistência à Saúde Mental 76,06%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		68,59%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		77,27%
	Reabilitação Psicossocial 68,78%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		77,27%
		Manejo das situações de crise		87,12%
Conectividade 66,61%	Articulação da Rede 65,60%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		79,22%
		Promoção de alternativas de lazer		79,55%
Integração 77,51%	Gestão do Cuidado 77,47%	Desinstitucionalização		15,91%
		Intervenções psicossociais		72,73%
Normatividade 71,24%	Política de Saúde Mental 75,32%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		75,00%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		63,64%
Estrutura 84,49%	Sistema Logístico 63,64%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		65,60%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		70,45%
Estrutura 84,49%	Gestão do Cuidado 77,47%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		72,73%
		Pactuação da RAPS regional		77,78%
Estrutura 84,49%	Participação e Controle Social 68,51%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		81,82%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		76,95%
Estrutura 84,49%	Participação e Controle Social 68,51%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		70,45%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		92,90%
Estrutura 84,49%	Educação em Saúde 59,09%	Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		43,18%
		Assembleia de usuários		43,18%
Estrutura 84,49%	Serviços Componentes da RAPS 96,71%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		90,91%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		59,09%
Estrutura 84,49%	Serviços Componentes da RAPS 96,71%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		70,45%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		93,18%
Estrutura 84,49%	Serviços Componentes da RAPS 96,71%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		27,27%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		50,00%
Estrutura 84,49%	Serviços Componentes da RAPS 96,71%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		52,27%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		61,36%
Estrutura 84,49%	Serviços Componentes da RAPS 96,71%	iESF		98,01%
		iNASF		118,19%
Estrutura 84,49%	Serviços Componentes da RAPS 96,71%	iCAPS		311,45%
		iLHG		161,17%

Tabela 87. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas

Macro: Sudeste		Juiz de Fora / Lima Duarte / Bom Jardim de Minas	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 60,36%
Unidades Mínimas 56,86%	Assistência à Saúde Mental 61,74%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	63,14% 51,00% 56,00% 63,00% 65,14% 60,00%
	Reabilitação Psicossocial 39,04%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	26,00% 43,00% 50,00% 28,00%
Conectividade 56,84%	Articulação da Rede 57,16%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	57,16%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	52,00%
Integração 59,84%	Governança 59,25%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	44,00% 64,44%
	Gestão do Cuidado 59,25%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	48,00% 58,57% 56,00%
Normatividade 48,80%	Política de Saúde Mental 58,64%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	75,63% 26,00%
	Participação e Controle Social 39,38%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	21,00% 58,00% 38,50%
Estrutura 71,16%	Sistema Logístico 53,00%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	72,00% 71,00% 16,00%
	Educação em Saúde 27,33%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	23,00% 31,00% 25,00%
	Serviços Componentes da RAPS 87,27%	iESF iNASF iCAPS iLHG	64,87% 24,58% 79,97% 107,02%

Tabela 88. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Leopoldina/Cataguases

Macro: Sudeste		Leopoldina / Cataguases		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 67,50%
Unidades Mínimas 67,90%	Assistência à Saúde Mental 72,68%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		71,43%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		68,75%
	Reabilitação Psicossocial 50,00%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		75,00%
		Manejo das situações de crise		76,04%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		75,00%
		Promoção de alternativas de lazer		65,63%
Conectividade 58,71%	Articulação da Rede 58,15%	Desinstitucionalização		28,13%
		Intervenções psicossociais		56,25%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		68,75%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		25,00%
Integração 56,97%	Governança 55,77%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		58,15%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		59,38%
		Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		50,00%
		Pactuação da RAPS regional		58,33%
Normatividade 58,53%	Política de Saúde Mental 75,78%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		56,25%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		58,93%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		56,25%
	Participação e Controle Social 43,75%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		87,11%
		Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		53,13%
Estrutura 79,23%	Sistema Logístico 58,33%	Assembleia de usuários		31,25%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		56,25%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		43,75%
	Educação em Saúde 38,54%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		62,50%
Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		75,00%		
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		37,50%
	Serviços Componentes da RAPS 96,14%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		46,88%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		34,38%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		34,38%
		iESF		88,44%
		iNASF		100,09%
		iCAPS		218,95%
		iLHG		100,72%

Tabela 89. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Muriaé

Macro: Sudeste		Muriaé		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 76,02%
Unidades Mínimas 72,63%	Assistência à Saúde Mental 74,31%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		71,07%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		77,50%
	Reabilitação Psicossocial 66,81%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		77,50%
		Manejo das situações de crise		76,67%
Conectividade 74,76%	Articulação da Rede 74,06%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		80,00%
		Promoção de alternativas de lazer		70,00%
Integração 76,30%	Gestão do Cuidado 84,62%	Desinstitucionalização		62,50%
		Intervenções psicossociais		67,50%
Normatividade 60,00%	Política de Saúde Mental 70,21%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		75,00%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		60,00%
Estrutura 88,11%	Sistema Logístico 68,33%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		74,06%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		80,00%
Estrutura 88,11%	Educação em Saúde 65,83%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		70,00%
		Pactuação da RAPS regional		91,11%
Estrutura 88,11%	Serviços Componentes da RAPS 99,24%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		70,00%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		68,21%
Estrutura 88,11%	Educação em Saúde 65,83%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		67,50%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		77,81%
Estrutura 88,11%	Educação em Saúde 65,83%	Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		55,00%
		Assembleia de usuários		25,00%
Estrutura 88,11%	Educação em Saúde 65,83%	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		70,00%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		56,25%
Estrutura 88,11%	Educação em Saúde 65,83%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		82,50%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		82,50%
Estrutura 88,11%	Educação em Saúde 65,83%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		40,00%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		77,50%
Estrutura 88,11%	Educação em Saúde 65,83%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		57,50%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		62,50%
Estrutura 88,11%	Educação em Saúde 65,83%	iESF		98,59%
		iNASF		186,65%
Estrutura 88,11%	Educação em Saúde 65,83%	iCAPS		230,22%
		iLHG		105,90%

Tabela 90. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Santos Dumont

Macro: Sudeste		Santos Dumont		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 55,27%
Unidades Mínimas 58,54%	Assistência à Saúde Mental 63,31%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		68,75%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		41,67%
	Reabilitação Psicossocial 42,13%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		75,00%
		Manejo das situações de crise		63,89%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		61,90%
		Promoção de alternativas de lazer		33,33%
		Desinstitucionalização		33,33%
		Intervenções psicossociais		50,00%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		75,00%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		0,00%
Conectividade 54,23%	Articulação da Rede 55,74%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		55,74%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		41,67%
Integração 75,31%	Governança 76,92%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		66,67%
		Pactuação da RAPS regional		81,48%
	Gestão do Cuidado 76,92%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		58,33%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		89,29%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		58,33%
Normatividade 56,73%	Política de Saúde Mental 70,83%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		81,25%
		Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		50,00%
	Participação e Controle Social 44,64%	Assembleia de usuários		33,33%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		66,67%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		37,50%
Estrutura 41,91%	Sistema Logístico 41,67%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		75,00%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		50,00%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		0,00%
	Educação em Saúde 19,44%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		8,33%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		8,33%
			Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	
	Serviços Componentes da RAPS 48,70%	iESF		89,84%
		iNASF		0,00%
		iCAPS		98,51%
		iLHG		0,00%

Tabela 91. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião São João Nepomuceno/Bicas

Macro: Sudeste		São João Nepomuceno / Bicas		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 59,38%
Unidades Mínimas 68,81%	Assistência à Saúde Mental 72,38%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	71,09%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	53,13%	
	Reabilitação Psicossocial 56,10%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	56,25%	
		Manejo das situações de crise	77,08%	
Conectividade 52,23%	Articulação da Rede 50,84%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	94,64%	
		Promoção de alternativas de lazer	62,50%	
Integração 58,05%	Governança 57,69%	Desinstitucionalização	53,13%	
		Intervenções psicossociais	65,63%	
Normatividade 51,82%	Política de Saúde Mental 65,36%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	59,38%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	37,50%	
Estrutura 54,59%	Sistema Logístico 59,38%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	50,84%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	59,38%	
Estrutura 54,59%	Gestão do Cuidado 57,69%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	37,50%	
		Pactuação da RAPS regional	66,67%	
Estrutura 54,59%	Participação e Controle Social 39,91%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	37,50%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	66,07%	
Estrutura 54,59%	Educação em Saúde 52,08%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	50,00%	
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	77,73%	
Estrutura 54,59%	Serviços Componentes da RAPS 54,27%	Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	40,63%	
		Assembleia de usuários	12,50%	
Estrutura 54,59%	Serviços Componentes da RAPS 54,27%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	56,25%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	37,50%	
Estrutura 54,59%	Serviços Componentes da RAPS 54,27%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	71,88%	
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	68,75%	
Estrutura 54,59%	Serviços Componentes da RAPS 54,27%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	37,50%	
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	56,25%	
Estrutura 54,59%	Serviços Componentes da RAPS 54,27%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	43,75%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	56,25%	
Estrutura 54,59%	Serviços Componentes da RAPS 54,27%	iESF	85,48%	
		iNASF	56,86%	
Estrutura 54,59%	Serviços Componentes da RAPS 54,27%	iCAPS	68,67%	
		iLHG	0,00%	

Tabela 92. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Ubá

Macro: Sudeste		Ubá		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 71,21%
Unidades Mínimas 69,12%	Assistência à Saúde Mental 73,62%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		73,37% 70,59% 60,29% 77,45% 78,15% 69,12%
	Reabilitação Psicossocial 52,52%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		45,59% 61,76% 58,82% 35,29%
Conectividade 70,54%	Articulação da Rede 71,05%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		71,05%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		66,18%
Integração 71,46%	Governança 72,40%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		52,94% 81,05%
	Gestão do Cuidado 72,40%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		69,12% 72,69% 67,65%
Normatividade 58,53%	Política de Saúde Mental 63,36%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		73,71% 42,65%
	Participação e Controle Social 53,56%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		27,94% 73,53% 55,88%
Estrutura 78,91%	Sistema Logístico 60,78%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		64,71% 64,71% 52,94%
	Educação em Saúde 39,22%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		42,65% 36,76% 38,24%
	Serviços Componentes da RAPS 94,48%	iESF iNASF iCAPS iLHG		71,20% 96,49% 174,80% 95,03%

5.10 Macrorregião Centro

A Macrorregião Centro apresenta uma população de 6.611.614 habitantes e é composta por 103 municípios. Destes, 67 são classificados como pequeno porte 1, 17 como pequeno porte

2, 9 como médio pequeno porte, 6 como médio porte, 2 como médio grande porte e 2 como grande porte. Em sua composição, estão 10 Microrregiões. São elas: Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté, Betim, Contagem, Curvelo, Guanhães, Itabira, Itabirito, João Monlevade, Sete Lagoas e Vespasiano. A Macrorregião conta também com Microrregiões classificadas conforme as cinco tipologias propostas por Viana *et al.* (2015), havendo um predomínio da tipologia 3. Nela, está presente a Microrregião Belo Horizonte/Nova/Lima/Caeté, que contém a capital do Estado de Minas Gerais, além de outras Microrregiões que fazem parte de sua região metropolitana. Sendo assim, trata-se de uma Macrorregião bastante populosa, com 6.611.614 habitantes, sendo que 3.392.868 destes são comportados pela micro Belo Horizonte/Nova/Lima/Caeté. Destaca-se o fato de que apenas uma Microrregião é classificada pela tipologia 1 (micro Guanhães), o que destoia da predominância dessa tipologia nas demais Macrorregiões.

Tabela 93. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Centro, da Macrorregião Centro e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o número de municípios, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Belo Horizonte / Nova Lima / Caeté	3.392.868	13	53,85%	7,69%	7,69%	15,38%	7,69%	7,69%	5
Micro Betim	718.033	13	46,15%	38,46%	7,69%	0,00%	7,69%	0,00%	3
Micro Contagem	870.154	3	0,00%	33,33%	0,00%	33,33%	0,00%	33,33%	4
Micro Curvelo	184.886	11	72,73%	18,18%	9,09%	0,00%	0,00%	0,00%	2
Micro Guanhães	115.303	11	90,91%	9,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Itabira	235.932	13	76,92%	15,38%	0,00%	7,69%	0,00%	0,00%	4
Micro Itabirito	185.417	3	0,00%	0,00%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	4
Micro João Monlevade	138.981	5	80,00%	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Sete Lagoas	445.727	24	83,33%	12,50%	0,00%	4,17%	0,00%	0,00%	3
Micro Vespasiano	324.313	7	28,57%	28,57%	28,57%	14,28%	0,00%	0,00%	3
Macro Centro	6.611.614	103	65,05%	16,50%	8,74%	5,83%	1,94%	1,94%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 94. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Centro e da Macrorregião Centro segundo a estrutura em saúde

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Micro Belo Horizonte / Nova Lima / Caeté	1	5	10	7	2	2	112	14	1	1	38	780
Micro Betim	3	2	2	2	0	1	18	4	0	0	0	189
Micro Contagem	1	3	1	2	2	0	18	10	0	0	3	179
Micro Curvelo	2	1	0	0	0	0	12	5	0	0	0	53
Micro Guanhães	3	0	0	0	0	0	11	1	0	0	0	41
Micro Itabira	3	1	0	1	1	0	10	6	0	0	0	71
Micro Itabirito	2	1	0	3	1	0	4	10	0	0	0	46
Micro João Monlevade	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	30
Micro Sete Lagoas	1	1	0	1	1	0	25	14	0	0	0	110
Micro Vespasiano	1	3	0	2	2	0	8	0	0	0	0	74
Macro Centro	18	18	13	18	9	3	220	55	1	1	41	1573

Tabela 95. Índices de implantação das Microrregiões que compõem a Macrorregião Centro, da Macrorregião Centro e do Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro Belo Horizonte / Nova Lima / Caeté	0,96	1,00	0,09	0,73	0,69
Micro Betim	1,39	0,73	0,13	0,74	0,75
Micro Contagem	1,03	0,64	0,26	0,70	0,66
Micro Curvelo	1,08	1,18	0,62	0,88	0,94
Micro Guanhães	1,30	1,26	0,20	0,93	0,92
Micro Itabira	1,91	0,86	0,58	0,93	1,07
Micro João Monlevade	1,08	0,32	0,17	0,70	0,57
Micro Ouro Preto	3,24	0,67	1,24	0,86	1,50
Micro Sete Lagoas	0,79	1,03	0,72	0,74	0,82
Micro Vespasiano	2,31	0,69	0,00	0,75	0,94
Macro Centro	1,18	0,89	0,23	0,74	0,76
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Centro possui 71,39% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 25,68% por uma implantação parcialmente adequada, 2,86% por uma implantação não adequada e 0,08% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Centro e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 96. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Centro

População: 6.297.178 hab. (2019)		Centro	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 62,36%
Unidades Mínimas 61,74%	Assistência à Saúde Mental 64,22%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	68,05%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	64,11%
	Reabilitação Psicossocial 52,26%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	65,59%
		Manejo das situações de crise	56,02%
Conectividade 62,75%	Articulação da Rede 62,71%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	67,19%
		Promoção de alternativas de lazer	60,89%
Integração 58,46%	Gestão do Cuidado 52,96%	Desinstitucionalização	37,38%
		Intervenções psicossociais	57,67%
Normatividade 57,15%	Política de Saúde Mental 63,20%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	60,89%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	38,61%
Estrutura 65,63%	Participação e Controle Social 51,64%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência	62,71%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	61,63%
Estrutura 65,63%	Sistema Logístico 59,74%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	47,52%
		Pactuação da RAPS regional	52,15%
Estrutura 65,63%	Educação em Saúde 40,76%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	55,20%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	65,45%
Estrutura 65,63%	Serviços Componentes da RAPS 74,05%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	57,92%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	77,23%
Estrutura 65,63%	Serviços Componentes da RAPS 74,05%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	35,40%
		Assembleia de usuários	27,23%
Estrutura 65,63%	Serviços Componentes da RAPS 74,05%	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado	67,82%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	50,50%
Estrutura 65,63%	Serviços Componentes da RAPS 74,05%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	68,81%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	81,68%
Estrutura 65,63%	Serviços Componentes da RAPS 74,05%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	28,71%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	34,90%
Estrutura 65,63%	Serviços Componentes da RAPS 74,05%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	44,31%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	41,34%
Estrutura 65,63%	Serviços Componentes da RAPS 74,05%	iESF	74,45%
		iNASF	89,18%
Estrutura 65,63%	Serviços Componentes da RAPS 74,05%	iCAPS	117,97%
		iLHG	22,61%

Tabela 97. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté

Macro: Centro		Belo Horizonte / Nova Lima / Caeté		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 64,32%
Unidades Mínimas 68,33%	Assistência à Saúde Mental 70,19%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		75,45%
		Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		81,25%
Conectividade 65,71%	Articulação da Rede 66,07%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		75,00%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		53,47%
Integração 63,60%	Governança 59,69%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		75,00%
		Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		68,75%
Normatividade 62,48%	Política de Saúde Mental 67,88%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		75,00%
		Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		58,33%
Estrutura 57,74%	Sistema Logístico 51,39%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		70,54%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		52,08%
		iESF iNASF iCAPS iLHG		84,11%
	Participação e Controle Social 57,65%			35,42%
				37,50%
	Educação em Saúde 48,26%			81,25%
				52,08%
	Serviços Componentes da RAPS 61,89%			58,33%
				87,50%
				8,33%
				37,50%
				43,75%
				60,42%
				72,65%
				100,06%
				95,79%
				9,49%

Tabela 98. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Betim

Macro: Centro		Betim		Grau de implantação	
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 59,40%	
Unidades Mínimas 56,62%	Assistência à Saúde Mental 57,94%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		59,34%	
		Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		59,62%	
Conectividade 61,37%	Articulação da Rede 61,69%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		63,46%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		53,21%	
Integração 60,27%	Governança 54,90%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		54,95%	
		Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		65,38%	
Normatividade 59,60%	Política de Saúde Mental 65,22%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		40,38%	
		Participação e Controle Social 54,34%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		40,38%
Estrutura 60,31%	Sistema Logístico 56,41%		Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		48,08%
		Educação em Saúde 43,59%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		65,38%
			Serviços Componentes da RAPS 65,89%		50,00%
		iESF iNASF iCAPS iLHG		76,92%	
				69,23%	
				23,08%	
				40,38%	
				44,23%	
				46,15%	
				73,53%	
				73,03%	
				139,27%	
				12,81%	

Tabela 97. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Contagem

Macro: Centro		Contagem	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 73,89%
Unidades Mínimas 80,31%	Assistência à Saúde Mental 78,43%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	75,89% 62,50% 87,50% 79,17% 100,00% 62,50%
	Reabilitação Psicossocial 86,81%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	87,50% 75,00% 87,50% 100,00%
Conectividade 79,17%	Articulação da Rede 79,73%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	79,73%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	75,00%
Integração 67,39%	Governança 44,44%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	100,00% 0,00%
	Gestão do Cuidado 44,44%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	87,50% 82,14% 75,00%
Normatividade 77,01%	Política de Saúde Mental 83,33%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	100,00% 50,00%
	Participação e Controle Social 70,78%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	75,00% 87,50% 50,00%
Estrutura 63,13%	Sistema Logístico 62,50%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	100,00% 87,50% 0,00%
	Educação em Saúde 41,67%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	50,00% 50,00% 25,00%
	Serviços Componentes da RAPS 69,71%	iESF iNASF iCAPS iLHG	70,18% 64,23% 103,43% 26,43%

Tabela 98. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Curvelo

Macro: Centro		Curvelo	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 72,26%
Unidades Mínimas 69,82%	Assistência à Saúde Mental 71,59%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	71,35% 75,00% 77,27% 72,73% 64,94% 70,45%
	Reabilitação Psicossocial 62,97%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	52,27% 65,91% 72,73% 54,55%
Conectividade 70,46%	Articulação da Rede 69,43%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	69,43%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	72,73%
Integração 70,16%	Governança 62,24%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	45,45% 69,70%
	Gestão do Cuidado 62,24%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	77,27% 73,38% 68,18%
Normatividade 66,56%	Política de Saúde Mental 78,41%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	91,48% 52,27%
	Participação e Controle Social 52,97%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	31,82% 70,45% 51,14%
Estrutura 79,17%	Sistema Logístico 65,91%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	63,64% 79,55% 54,55%
	Educação em Saúde 53,79%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	45,45% 63,64% 50,00%
	Serviços Componentes da RAPS 89,32%	iESF iNASF iCAPS iLHG	88,15% 117,56% 108,17% 62,20%

Tabela 99. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Guanhães

Macro: Centro		Guanhães		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 59,47%
Unidades Mínimas 58,10%	Assistência à Saúde Mental 60,26%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		67,94%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		77,27%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		56,82%
		Manejo das situações de crise		32,58%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		75,32%
		Promoção de alternativas de lazer		68,18%
	Reabilitação Psicossocial 49,22%	Desinstitucionalização		25,00%
		Intervenções psicossociais		65,91%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		59,09%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		18,18%
Conectividade 57,78%	Articulação da Rede 56,90%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		56,90%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		63,64%
Integração 49,76%	Governança 39,55%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		27,27%
		Pactuação da RAPS regional		41,41%
	Gestão do Cuidado 39,55%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		47,73%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		62,34%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		56,82%
Normatividade 55,43%	Política de Saúde Mental 61,55%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		74,15%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		38,64%
	Participação e Controle Social 49,81%	Assembleia de usuários		6,82%
		Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		68,18%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		46,59%
Estrutura 67,27%	Sistema Logístico 52,27%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		54,55%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		84,09%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		18,18%
	Educação em Saúde 42,42%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		43,18%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		54,55%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		29,55%
	Serviços Componentes da RAPS 78,10%	iESF		92,90%
		iNASF		125,67%
		iCAPS		130,09%
		iLHG		19,95%

Tabela 100. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Itabira

Macro: Centro		Itabira		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 61,34%
Unidades Mínimas 60,41%	Assistência à Saúde Mental 64,49%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		65,73%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		51,92%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		53,85%
		Manejo das situações de crise		75,64%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		56,04%
		Promoção de alternativas de lazer		51,92%
	Reabilitação Psicossocial 43,59%	Desinstitucionalização		23,08%
		Intervenções psicossociais		50,00%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		53,85%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		30,77%
Conectividade 55,60%	Articulação da Rede 55,57%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		55,57%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		53,85%
Integração 61,19%	Governança 63,18%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		38,46%
		Pactuação da RAPS regional		72,65%
	Gestão do Cuidado 63,18%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		61,54%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		58,52%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		55,77%
Normatividade 55,66%	Política de Saúde Mental 65,54%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		77,16%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		42,31%
	Participação e Controle Social 46,80%	Assembleia de usuários		19,23%
		Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		57,69%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		53,85%
Estrutura 67,94%	Sistema Logístico 67,95%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		84,62%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		88,46%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		30,77%
	Educação em Saúde 37,18%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		32,69%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		36,54%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		36,54%
	Serviços Componentes da RAPS 77,23%	iESF		93,18%
		iNASF		86,27%
		iCAPS		190,73%
		iLHG		58,49%

Tabela 101. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Itabirito

Macro: Centro		Itabirito		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 81,48%
Unidades Mínimas 85,55%	Assistência à Saúde Mental 85,08%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		73,81%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		100,00%
	Reabilitação Psicossocial 86,90%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		91,67%
		Manejo das situações de crise		94,44%
Conectividade 81,63%	Articulação da Rede 82,44%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		100,00%
		Promoção de alternativas de lazer		75,00%
Integração 79,94%	Governança 76,92%	Desinstitucionalização		58,33%
		Intervenções psicossociais		83,33%
Normatividade 77,88%	Política de Saúde Mental 72,92%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		83,33%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		100,00%
	Participação e Controle Social 82,14%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		82,44%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		75,00%
Estrutura 78,30%	Sistema Logístico 63,89%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		100,00%
		Pactuação da RAPS regional		66,67%
	Educação em Saúde 55,56%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		83,33%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		89,29%
	Serviços Componentes da RAPS 86,60%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		66,67%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		88,54%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		41,67%
		Assessoria de usuários		83,33%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		91,67%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		75,00%
		Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		75,00%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		83,33%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		33,33%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		58,33%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		66,67%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		33,33%
		iESF		85,59%
		iNASF		66,98%
		iCAPS		323,59%
		iLHG		124,04%

Tabela 102. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião João Monlevade

Macro: Centro		Sete Lagoas		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 56,11%
Unidades Mínimas 54,58%	Assistência à Saúde Mental 57,76%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		67,86%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		48,96%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		61,46%
		Manejo das situações de crise		33,68%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		72,02%
		Promoção de alternativas de lazer		60,42%
	Reabilitação Psicossocial 43,06%	Desinstitucionalização		27,08%
		Intervenções psicossociais		58,33%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		50,00%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		20,83%
Conectividade 57,04%	Articulação da Rede 57,23%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		57,23%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		54,17%
Integração 40,57%	Governança 30,63%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		20,83%
		Pactuação da RAPS regional		33,33%
	Gestão do Cuidado 30,63%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		32,29%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		51,19%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		48,96%
Normatividade 44,22%	Política de Saúde Mental 49,57%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		62,37%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		23,96%
	Participação e Controle Social 40,65%	Assembleia de usuários		9,38%
		Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		56,25%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		42,71%
Estrutura 66,88%	Sistema Logístico 57,29%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		56,25%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		78,13%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		37,50%
	Educação em Saúde 32,12%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		20,83%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		39,58%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		35,42%
	Serviços Componentes da RAPS 78,87%	iESF		74,31%
		iNASF		102,94%
		iCAPS		78,52%
		iLHG		72,24%

Tabela 103. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Sete Lagoas

Macro: Centro		Sete Lagoas		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 56,11%
Unidades Mínimas 54,58%	Assistência à Saúde Mental 57,76%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		67,86%
		Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		48,96%
Conectividade 57,04%	Articulação da Rede 57,23%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		61,46%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		33,68%
Integração 40,57%	Governança 30,63%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		72,02%
		Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		60,42%
Normatividade 44,22%	Política de Saúde Mental 49,57%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		27,08%
		Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		58,33%
Estrutura 66,88%	Sistema Logístico 57,29%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		50,00%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		20,83%
	Serviços Componentes da RAPS 78,87%	iESF iNASF iCAPS iLHG		39,58%
				35,42%
				74,31%
				102,94%
				78,52%
				72,24%

Tabela 104. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Vespasiano

Macro: Centro		Vespasiano		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 65,81%
Unidades Mínimas 65,76%	Assistência à Saúde Mental 68,72%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		69,77%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		67,86%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		64,29%
		Manejo das situações de crise		72,62%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		67,35%
		Promoção de alternativas de lazer		50,00%
	Reabilitação Psicossocial 55,56%	Desinstitucionalização		50,00%
		Intervenções psicossociais		57,14%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		57,14%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		57,14%
Conectividade 71,42%	Articulação da Rede 69,99%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		69,99%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		82,14%
Integração 71,96%	Governança 76,92%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		71,43%
		Pactuação da RAPS regional		79,37%
	Gestão do Cuidado 76,92%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		57,14%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		71,43%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		71,43%
Normatividade 61,13%	Política de Saúde Mental 63,10%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		82,14%
		Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		25,00%
	Participação e Controle Social 59,44%	Assembleia de usuários		39,29%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		85,71%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		55,36%
Estrutura 61,15%	Sistema Logístico 72,62%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		96,43%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		92,86%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		28,57%
	Educação em Saúde 45,24%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		35,71%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		42,86%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		57,14%
	Serviços Componentes da RAPS 63,34%	iESF		74,80%
		iNASF		69,15%
		iCAPS		231,26%
		iLHG		0,00%

5.11 Macrorregião Oeste

A Macrorregião Oeste é composta por 54 municípios. Destes, 38 são classificados como pequeno porte 1, 8 como pequeno porte 2, 7 como médio pequeno porte e 1 como médio porte.

Em sua composição, estão 6 Microrregiões. São elas: Bom Despacho, Divinópolis/Santo Antônio do Monte, Formiga, Itaúna, Pará de Minas e Santo Antônio do Amparo/Campo Belo. A Macrorregião conta também com Microrregiões classificadas segundo as tipologias 1, 2 e 3 propostas por Viana *et al.* (2015). A microrregião Divinópolis/Santo Antônio do Monte é a mais populosa da macro, sendo responsável por cerca de 36,8% dos habitantes.

Tabela 105. Caracterização da Macrorregião Oeste e de suas Microrregiões segundo a população, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Bom Despacho	106.982	7	85,71%	0,00%	14,29%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Divinópolis / Santo Antônio do Monte	475.387	13	46,15%	38,46%	7,69%	7,69%	0,00%	0,00%	3
Micro Formiga	131.350	9	77,78%	11,11%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Itaúna	123.297	4	75,00%	0,00%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Micro Pará de Minas	248.119	8	62,50%	12,50%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2
Micro Santo Antônio do Amparo / Campo Belo	204.403	13	84,62%	7,69%	7,69%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Macro Oeste	1.289.538	54	70,37%	14,81%	12,96%	1,85%	0,00%	0,00%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 106. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Oeste e da Macrorregião Oeste segundo a estrutura em saúde

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Micro Bom Despacho	1	1	0	0	0	0	8	0	0	0	0	33
Micro Divinópolis / Santo Antônio do Monte	5	0	1	0	0	1	13	1	0	0	1	95
Micro Formiga	3	1	0	0	0	0	10	0	0	0	0	41
Micro Itaúna	1	1	0	0	2	0	3	0	0	0	0	32
Micro Pará de Minas	1	2	0	0	2	0	11	0	0	0	0	60
Micro Santo Antônio do Amparo / Campo Belo	5	0	1	2	0	0	15	0	0	0	0	70
Macro Oeste	16	5	2	2	4	1	60	1	0	0	1	331

Tabela 107. Índices de implantação das Microrregiões que compõem a Macrorregião Oeste, da Macrorregião Oeste e do Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro Bom Despacho	1,40	1,55	0,00	0,99	0,99
Micro Divinópolis / Santo Antônio do Monte	1,16	0,65	0,05	0,65	0,63
Micro Formiga	1,90	1,42	0,00	0,93	1,06
Micro Itaúna	2,84	0,48	0,00	0,84	1,04
Micro Pará de Minas	1,81	1,08	0,00	0,79	0,92
Micro Santo Antônio do Amparo / Campo Belo	2,94	1,59	0,00	1,00	1,38
Macro Oeste	1,82	1,02	0,02	0,81	0,92
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Oeste possui 17,10% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 79,50% por uma implantação parcialmente adequada, 3,39% por uma implantação não adequada e 0% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Oeste e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 108. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Oeste

População: 1.270.234 hab. (2019)		Oeste		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 62,60%
Unidades Mínimas 62,82%	Assistência à Saúde Mental 65,69%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		66,45%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		61,73%
	Reabilitação Psicossocial 52,39%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		65,31%
		Manejo das situações de crise		59,35%
Conectividade 65,61%	Articulação da Rede 66,22%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		79,88%
		Promoção de alternativas de lazer		64,29%
Integração 56,41%	Governança 51,84%	Desinstitucionalização		39,80%
		Intervenções psicossociais		55,61%
Normatividade 55,00%	Política de Saúde Mental 62,49%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		61,73%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		40,82%
Estrutura 65,07%	Sistema Logístico 62,59%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência		66,22%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		60,20%
Estrutura 65,07%	Gestão do Cuidado 51,84%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		51,02%
		Pactuação da RAPS regional		48,98%
Estrutura 65,07%	Participação e Controle Social 48,40%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		56,12%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		58,45%
Estrutura 65,07%	Serviços Componentes da RAPS 70,37%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		55,61%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		77,23%
Estrutura 65,07%	Educação em Saúde 48,21%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		33,16%
		Assembleia de usuários		28,57%
Estrutura 65,07%	Educação em Saúde 48,21%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		65,31%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		46,17%
Estrutura 65,07%	Educação em Saúde 48,21%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		67,86%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		75,00%
Estrutura 65,07%	Educação em Saúde 48,21%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		44,90%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		45,41%
Estrutura 65,07%	Educação em Saúde 48,21%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		59,69%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		37,76%
Estrutura 65,07%	Educação em Saúde 48,21%	iESF		80,82%
		iNASF		101,93%
Estrutura 65,07%	Educação em Saúde 48,21%	iCAPS		182,24%
		iLHG		1,78%

Tabela 109. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Bom Despacho

Macro: Oeste		Bom Despacho		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 62,71%
Unidades Mínimas 64,16%	Assistência à Saúde Mental 65,73%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	67,41% 58,33% 66,67% 48,61% 92,86% 83,33%	
	Reabilitação Psicossocial 58,23%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	58,33% 66,67% 62,50% 33,33%	
Conectividade 62,20%	Articulação da Rede 63,85%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	63,85%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	50,00%	
Integração 59,99%	Governança 58,40%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	66,67% 48,15%	
	Gestão do Cuidado 58,40%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	58,33% 54,76% 50,00%	
Normatividade 58,23%	Política de Saúde Mental 70,14%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	78,13% 54,17%	
	Participação e Controle Social 46,83%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	25,00% 62,50% 47,92%	
Estrutura 63,94%	Sistema Logístico 43,06%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	54,17% 58,33% 16,67%	
	Educação em Saúde 55,56%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	50,00% 62,50% 50,00%	
	Serviços Componentes da RAPS 70,55%	iESF iNASF iCAPS iLHG	99,08% 154,79% 140,21% 0,00%	

Tabela 110. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Divinópolis/Santo Antônio do Monte

Macro: Oeste		Divinópolis / Santo Antônio do Monte	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 61,53%
Unidades Mínimas 64,24%	Assistência à Saúde Mental 65,51%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	67,10%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	71,15%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	55,77%
		Manejo das situações de crise	54,49%
Reabilitação Psicossocial 59,69%	Reabilitação Psicossocial 59,69%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	83,52%
		Promoção de alternativas de lazer	67,31%
		Desinstitucionalização	30,77%
		Intervenções psicossociais	63,46%
Conectividade 63,33%	Articulação da Rede 63,56%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	65,38%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	53,85%
Integração 41,99%	Governança 25,05%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	63,56%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	61,54%
	Gestão do Cuidado 25,05%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	30,77%
		Pactuação da RAPS regional	17,95%
Normatividade 56,03%	Política de Saúde Mental 64,90%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	53,85%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	50,00%
	Participação e Controle Social 48,76%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	55,77%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	81,01%
Estrutura 66,18%	Sistema Logístico 74,36%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	32,69%
		Assembleia de usuários	34,62%
	Educação em Saúde 46,79%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	65,38%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	47,12%
Serviços Componentes da RAPS 70,15%	Serviços Componentes da RAPS 70,15%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	80,77%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	80,77%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	61,54%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	48,08%
iESF iNASF iCAPS iLHG	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	51,92%
		40,38%	
		65,15%	
		65,32%	
		115,70%	
		4,84%	

Tabela 111. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Formiga

Macro: Oeste		Formiga		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 63,25%
Unidades Mínimas 58,28%	Assistência à Saúde Mental 63,64%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		60,12%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		62,50%
	Reabilitação Psicossocial 39,81%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		70,83%
		Manejo das situações de crise		63,89%
Conectividade 67,12%	Articulação da Rede 68,93%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		76,19%
		Promoção de alternativas de lazer		58,33%
Integração 72,11%	Governança 80,77%	Desinstitucionalização		20,83%
		Intervenções psicossociais		37,50%
Normatividade 59,97%	Política de Saúde Mental 65,63%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		62,50%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		33,33%
Estrutura 64,39%	Sistema Logístico 50,00%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		68,93%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		54,17%
Estrutura 64,39%	Gestão do Cuidado 80,77%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		83,33%
		Pactuação da RAPS regional		79,63%
Estrutura 64,39%	Participação e Controle Social 54,70%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		58,33%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		66,67%
Estrutura 64,39%	Educação em Saúde 41,67%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		66,67%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		77,60%
Estrutura 64,39%	Serviços Componentes da RAPS 74,45%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		41,67%
		Assembleia de usuários		41,67%
Estrutura 64,39%	Serviços Componentes da RAPS 74,45%	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		70,83%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		47,92%
Estrutura 64,39%	Serviços Componentes da RAPS 74,45%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		45,83%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		70,83%
Estrutura 64,39%	Serviços Componentes da RAPS 74,45%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		33,33%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		41,67%
Estrutura 64,39%	Serviços Componentes da RAPS 74,45%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		50,00%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		33,33%
Estrutura 64,39%	Serviços Componentes da RAPS 74,45%	iESF		93,23%
		iNASF		141,83%
Estrutura 64,39%	Serviços Componentes da RAPS 74,45%	iCAPS		190,33%
		iLHG		0,00%

Tabela 112. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Itaúna

Macro: Oeste		Itaúna		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 66,12%
Unidades Mínimas 68,82%	Assistência à Saúde Mental 69,25%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		66,52%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		75,00%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		75,00%
		Manejo das situações de crise		64,58%
Reabilitação Psicossocial 63,54%		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		85,71%
		Promoção de alternativas de lazer		62,50%
		Desinstitucionalização		62,50%
		Intervenções psicossociais		50,00%
Conectividade 75,94%	Articulação da Rede 76,92%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		68,75%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		75,00%
		Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		76,92%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		68,75%
Integração 64,13%	Governança 71,15%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		50,00%
		Pactuação da RAPS regional		80,56%
	Gestão do Cuidado 71,15%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		50,00%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		54,46%
Normatividade 50,94%	Política de Saúde Mental 56,25%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		43,75%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		71,88%
	Participação e Controle Social 45,98%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		25,00%
		Assembleia de usuários		31,25%
Estrutura 62,53%	Sistema Logístico 52,08%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		68,75%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		34,38%
		Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		56,25%
	Educação em Saúde 54,17%	Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		75,00%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		25,00%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		37,50%
	Serviços Componentes da RAPS 67,39%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		75,00%
Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município			50,00%	
		iESF		83,69%
		iNASF		47,57%
		iCAPS		283,87%
		iLHG		0,00%

Tabela 113. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Pará de Minas

Macro: Oeste		Pará de Minas	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 56,02%
Unidades Mínimas 55,52%	Assistência à Saúde Mental 58,37%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	61,83%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	53,13%
	Reabilitação Psicossocial 45,14%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	56,25%
		Manejo das situações de crise	44,79%
Conectividade 58,63%	Articulação da Rede 56,87%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	82,14%
		Promoção de alternativas de lazer	50,00%
Integração 42,82%	Gestão do Cuidado 28,21%	Desinstitucionalização	37,50%
		Intervenções psicossociais	56,25%
Normatividade 47,37%	Política de Saúde Mental 53,56%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	50,00%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	25,00%
Estrutura 61,24%	Sistema Logístico 70,83%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	56,87%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	65,63%
Estrutura 61,24%	Educação em Saúde 35,94%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	37,50%
		Pactuação da RAPS regional	16,67%
Estrutura 61,24%	Serviços Componentes da RAPS 65,21%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	53,13%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	54,91%
Estrutura 61,24%	Serviços Componentes da RAPS 65,21%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	46,88%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	68,36%
Estrutura 61,24%	Serviços Componentes da RAPS 65,21%	Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	25,00%
		Assembleia de usuários	15,63%
Estrutura 61,24%	Serviços Componentes da RAPS 65,21%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	62,50%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	35,94%
Estrutura 61,24%	Serviços Componentes da RAPS 65,21%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	65,63%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	71,88%
Estrutura 61,24%	Serviços Componentes da RAPS 65,21%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	75,00%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	28,13%
Estrutura 61,24%	Serviços Componentes da RAPS 65,21%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	50,00%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	21,88%
Estrutura 61,24%	Serviços Componentes da RAPS 65,21%	iESF	79,21%
		iNASF	108,46%
Estrutura 61,24%	Serviços Componentes da RAPS 65,21%	iCAPS	181,36%
		iLHG	0,00%

Tabela 114. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Santo Antônio do Amparo/Campo Belo

Macro: Oeste		Santo Antônio do Amparo / Campo Belo		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 66,58%
Unidades Mínimas 65,73%	Assistência à Saúde Mental 70,60%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		71,50% 54,17% 75,00% 75,69% 67,86% 64,58%
	Reabilitação Psicossocial 48,96%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		43,75% 52,08% 62,50% 33,33%
Conectividade 70,25%	Articulação da Rede 71,58%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		71,58%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		60,42%
Integração 68,87%	Governança 72,44%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		58,33% 78,70%
	Gestão do Cuidado 72,44%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		60,42% 69,05% 62,50%
Normatividade 56,24%	Política de Saúde Mental 62,50%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		80,21% 27,08%
	Participação e Controle Social 50,60%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		25,00% 64,58% 54,17%
Estrutura 68,17%	Sistema Logístico 63,89%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		77,08% 81,25% 33,33%
	Educação em Saúde 55,56%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		56,25% 72,92% 37,50%
	Serviços Componentes da RAPS 72,91%	iESF iNASF iCAPS iLHG		99,94% 158,66% 293,54% 0,00%

5.12 Macrorregião Leste

A Macrorregião Leste é composta por 86 municípios. Destes, 75 são classificados como pequeno porte 1, 6 como pequeno porte 2, 2 como médio pequeno porte e 3 como médio porte.

Em sua composição, estão 7 Microrregiões. São elas: Caratinga, Coronel Fabriciano/Timóteo, Governador Valadares, Ipatinga, Mantena, Resplendor e Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista. A Macrorregião conta também com Microrregiões classificadas nas tipologias 1 e 3, conforme proposta de Viana *et al.* (2015).

Tabela 115. Caracterização das Microrregiões componentes da Macrorregião Leste, da Macrorregião Leste e do Estado de Minas Gerais segundo a população, número de municípios, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Caratinga	202.519	13	84,62%	7,69%	7,69%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Coronel Fabriciano/Timóteo	230.586	8	75,00%	0,00%	12,50%	12,50%	0,00%	0,00%	3
Micro Governador Valadares	429.224	24	95,83%	0,00%	0,00%	4,17%	0,00%	0,00%	3
Micro Ipatinga	415.912	14	78,57%	14,29%	0,00%	7,14%	0,00%	0,00%	3
Micro Mantena	69.963	8	87,5%	12,5%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Resplendor	89.305	8	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista	101.197	11	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Macro Leste	1.538.706	86	87,21%	6,98%	2,33%	3,49%	0,00%	0,00%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 116. Caracterização das Microrregiões que compõem a Macrorregião Leste e da Macrorregião Leste segundo a estrutura em saúde

	CAP SI	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Micro Caratinga	2	1	0	2	1	0	13	0	0	0	0	68
Micro Coronel Fabriciano/Timóteo	2	1	0	1	0	0	9	0	0	0	0	53
Micro Governador Valadares	1	1	0	1	1	0	34	10	1	0	0	125
Micro Ipatinga	4	2	0	0	0	0	19	11	0	0	0	120
Micro Mantena	2	0	0	0	1	0	8	0	0	1	0	27
Micro Resplendor	4	0	0	0	0	0	8	5	0	0	0	31
Micro Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista	3	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	38
Macro Leste	18	5	0	4	3	0	102	26	1	1	0	462

Tabela 117. Índices de implantação das Microrregiões que compõem a Macrorregião Leste, da Macrorregião Leste e do Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro Caratinga	2,47	1,29	0,00	0,94	1,18
Micro Coronel Fabriciano/Timóteo	1,30	0,64	0,00	0,66	0,65
Micro Governador Valadares	0,82	1,37	0,54	0,84	0,89
Micro Ipatinga	0,96	1,05	0,61	0,77	0,85
Micro Mantena	2,86	1,68	0,00	1,00	1,38
Micro Resplendor	2,24	1,24	1,29	0,96	1,43
Micro Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista	1,48	1,33	0,00	0,94	0,94
Macro Leste	1,36	1,17	0,39	0,83	0,94
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Leste possui 29,36% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 62,86% por uma implantação parcialmente adequada, 7,29% por uma implantação não adequada e 0,50% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Macrorregião Leste e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 118. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Leste

População: 1.303.865 hab. (2019)		Leste		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 60,90%
Unidades Mínimas 60,89%	Assistência à Saúde Mental 66,18%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	66,22%	66,22%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	55,48%	
	Reabilitação Psicossocial 40,70%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	60,62%	67,92%
		Manejo das situações de crise	67,92%	
Conectividade 59,13%	Articulação da Rede 58,66%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	71,23%	70,55%
		Promoção de alternativas de lazer	70,55%	
Integração 56,04%	Gestão do Cuidado 56,21%	Desinstitucionalização	27,40%	27,40%
		Intervenções psicossociais	51,03%	
Normatividade 50,16%	Política de Saúde Mental 60,22%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	49,66%	49,66%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	17,81%	
Estrutura 67,28%	Sistema Logístico 55,48%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência	58,66%	58,66%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	59,59%	
Estrutura 67,28%	Educação em Saúde 31,79%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	41,10%	41,10%
		Pactuação da RAPS regional	59,82%	
Estrutura 67,28%	Serviços Componentes da RAPS 79,92%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	42,47%	42,47%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	59,30%	
Estrutura 67,28%	Educação em Saúde 31,79%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	53,08%	53,08%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	74,57%	
Estrutura 67,28%	Educação em Saúde 31,79%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	31,51%	31,51%
		Assembleia de usuários	10,96%	
Estrutura 67,28%	Educação em Saúde 31,79%	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado	65,07%	65,07%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	42,29%	
Estrutura 67,28%	Educação em Saúde 31,79%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	60,96%	60,96%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	73,97%	
Estrutura 67,28%	Educação em Saúde 31,79%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	31,51%	31,51%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	26,03%	
Estrutura 67,28%	Educação em Saúde 31,79%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	35,27%	35,27%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	31,51%	
Estrutura 67,28%	Educação em Saúde 31,79%	iESF	82,70%	82,70%
		iNASF	117,04%	
Estrutura 67,28%	Educação em Saúde 31,79%	iCAPS	136,48%	136,48%
		iLHG	38,86%	

Tabela 119. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Caratinga

Macro: Leste		Caratinga	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 50,71%
Unidades Mínimas 51,89%	Assistência à Saúde Mental 58,50%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	54,99%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	43,75%
	Reabilitação Psicossocial 26,36%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	47,92%
		Manejo das situações de crise	71,53%
	Articulação da Rede 40,31%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	66,67%
		Promoção de alternativas de lazer	45,83%
Conectividade 40,93%	Governança 64,10%	Desinstitucionalização	12,50%
		Intervenções psicossociais	41,67%
	Gestão do Cuidado 64,10%	Ações para aumento da autonomia dos usuários	20,83%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	16,67%
Integração 53,84%	Política de Saúde Mental 41,32%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	40,31%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	43,75%
	Participação e Controle Social 28,87%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	41,67%
		Pactuação da RAPS regional	66,67%
Normatividade 35,95%	Sistema Logístico 48,61%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	22,92%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	47,02%
	Educação em Saúde 22,92%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	45,83%
		Serviços Componentes da RAPS 70,97%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM
Estrutura 58,85%	iESF		Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal
		iNASF	Assembleia de usuários
	iCAPS	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado	50,00%
		iLHG	Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental
	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço	62,50%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	66,67%
	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	Existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	16,67%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	10,42%
	Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		22,92%
			35,42%
			93,87%
			129,47%
			246,89%
			0,00%

Tabela 120. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Coronel Fabriciano/Timóteo

Macro: Leste		Coronel Fabriciano / Timóteo	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 63,91%
Unidades Mínimas 63,25%	Assistência à Saúde Mental 64,44%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	56,43% 60,00% 75,00% 70,00% 77,14% 75,00%
	Reabilitação Psicossocial 59,17%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	65,00% 60,00% 85,00% 20,00%
Conectividade 75,00%	Articulação da Rede 77,03%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	77,03%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	60,00%
Integração 62,67%	Governança 63,93%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	80,00% 48,89%
	Gestão do Cuidado 63,93%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	60,00% 63,57% 60,00%
Normatividade 60,77%	Política de Saúde Mental 78,33%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal	90,00% 55,00%
	Participação e Controle Social 45,71%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	35,00% 65,00% 40,00%
Estrutura 58,54%	Sistema Logístico 38,33%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	45,00% 70,00% 0,00%
	Educação em Saúde 31,67%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	40,00% 50,00% 5,00%
	Serviços Componentes da RAPS 71,15%	iESF iNASF iCAPS iLHG	66,28% 64,34% 130,10% 0,00%

Tabela 121. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Governador Valadares

Macro: Leste		Governador Valadares		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 61,37%
Unidades Mínimas 61,74%	Assistência à Saúde Mental 68,46%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		70,50%
		Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		52,08%
Conectividade 58,34%	Articulação da Rede 57,82%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		60,42%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		70,14%
Integração 56,38%	Governança 58,90%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		70,24%
		Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		75,00%
Normatividade 48,22%	Política de Saúde Mental 58,16%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		18,75%
		Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		54,17%
Estrutura 69,84%	Sistema Logístico 59,72%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		45,83%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		47,92%
	Serviços Componentes da RAPS 82,78%	iESF iNASF iCAPS iLHG		25,00%
				6,25%
				58,33%
				45,83%
				62,50%
				70,83%
				45,83%
				28,13%
				39,58%
				22,92%
				83,65%
				137,45%
				81,54%
				53,59%

Tabela 122. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Ipatinga

Macro: Leste		Ipatinga	Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 53,06%
Unidades Mínimas 48,46%	Assistência à Saúde Mental 55,44%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer	60,42% 41,67% 45,83% 41,67% 73,81% 70,83%
	Reabilitação Psicossocial 22,06%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	37,50% 16,67% 29,17% 0,00%
Conectividade 52,63%	Articulação da Rede 52,11%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de	52,11%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	50,00%
Integração 29,42%	Governança 18,95%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional	33,33% 9,26%
	Gestão do Cuidado 18,95%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	20,83% 39,88% 50,00%
Normatividade 41,83%	Política de Saúde Mental 52,78%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal	64,58% 29,17%
	Participação e Controle Social 30,95%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	8,33% 50,00% 33,33%
Estrutura 69,55%	Sistema Logístico 45,83%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	45,83% 58,33% 33,33%
	Educação em Saúde 20,83%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	8,33% 20,83% 29,17%
	Serviços Componentes da RAPS 86,53%	iESF iNASF iCAPS iLHG	76,81% 105,35% 96,17% 60,83%

Tabela 123. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Mantena

Macro: Leste		Mantena		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 64,21%
Unidades Mínimas 65,74%	Assistência à Saúde Mental 69,35%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		68,30%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		62,50%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		71,88%
		Manejo das situações de crise		71,88%
Conectividade 63,90%	Articulação da Rede 62,63%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		73,21%
		Promoção de alternativas de lazer		65,63%
		Desinstitucionalização		18,75%
		Intervenções psicossociais		56,25%
Integração 60,56%	Gestão do Cuidado 60,58%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		59,38%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		37,50%
		Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		62,63%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		71,88%
Normatividade 58,40%	Política de Saúde Mental 63,28%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		50,00%
		Pactuação da RAPS regional		65,28%
		Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		53,13%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		62,50%
Estrutura 64,76%	Participação e Controle Social 54,69%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		59,38%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		82,42%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		25,00%
		Assembleia de usuários		25,00%
Serviços Componentes da RAPS 75,00%	Sistema Logístico 47,92%	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		81,25%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		48,44%
		Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		50,00%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		68,75%
Educação em Saúde 40,63%	Educação em Saúde 40,63%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		25,00%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		40,63%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		28,13%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		53,13%
iESF iNASF iCAPS iLHG	Serviços Componentes da RAPS 75,00%			99,94%
				167,66%
				285,87%
				0,00%

Tabela 124. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Resplendor

Macro: Leste		Resplendor		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 71,36%
Unidades Mínimas 69,47%	Assistência à Saúde Mental 75,05%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		71,54%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		71,88%
		Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		62,50%
		Manejo das situações de crise		81,25%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		78,57%
		Promoção de alternativas de lazer		90,63%
Reabilitação Psicossocial 47,69%	Reabilitação Psicossocial 47,69%	Desinstitucionalização		9,38%
		Intervenções psicossociais		75,00%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		59,38%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		12,50%
Conectividade 65,51%	Articulação da Rede 63,83%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		63,83%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		75,00%
Integração 66,20%	Governança 61,54%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		37,50%
		Pactuação da RAPS regional		72,22%
Gestão do Cuidado 61,54%	Gestão do Cuidado 61,54%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		62,50%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		72,77%
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		53,13%
Normatividade 61,42%	Política de Saúde Mental 77,08%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		90,63%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		50,00%
Participação e Controle Social 47,99%	Participação e Controle Social 47,99%	Assembleia de usuários		9,38%
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		81,25%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		51,56%
Sistema Logístico 67,71%	Sistema Logístico 67,71%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		75,00%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		90,63%
		Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		37,50%
Educação em Saúde 43,75%	Educação em Saúde 43,75%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		37,50%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		50,00%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		43,75%
Estrutura 83,32%	Serviços Componentes da RAPS 98,71%	iESF		95,97%
		iNASF		123,62%
		iCAPS		223,95%
		iLHG		128,77%

Tabela 125. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista

Macro: Leste		Santa Maria do Suaçuí / São João Evangelista		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 64,18%
Unidades Mínimas 65,17%	Assistência à Saúde Mental 67,58%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) Manejo das situações de crise Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas Promoção de alternativas de lazer		71,88% 65,00% 67,50% 59,17% 67,14% 75,00%
	Reabilitação Psicossocial 56,31%	Desinstitucionalização Intervenções psicossociais Ações para aumento da autonomia dos usuários Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		62,50% 47,50% 72,50% 40,00%
Conectividade 69,89%	Articulação da Rede 70,17%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		70,17%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		67,50%
Integração 58,80%	Governança 51,03%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal Pactuação da RAPS regional		60,00% 41,11%
	Gestão do Cuidado 51,03%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		37,50% 75,00% 67,50%
Normatividade 55,99%	Política de Saúde Mental 67,29%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		75,94% 50,00%
	Participação e Controle Social 46,25%	Assembleia de usuários Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		10,00% 82,50% 46,25%
Estrutura 63,46%	Sistema Logístico 64,17%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		70,00% 92,50% 30,00%
	Educação em Saúde 30,83%	Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		22,50% 35,00% 35,00%
	Serviços Componentes da RAPS 73,10%	iESF iNASF iCAPS iLHG		94,32% 132,96% 148,23% 0,00%

5.13 Macrorregião Leste do Sul

A Macrorregião Leste do Sul é composta por 53 municípios. Destes, 47 são classificados como pequeno porte 1, 3 como pequeno porte 2 e 3 como médio pequeno porte. Em sua

composição, estão 3 Microrregiões. São elas: Manhuaçu, Ponte Nova e Viçosa. A Microrregião conta também com Microrregiões classificadas nas tipologias 1 e 3, conforme proposta de Viana *et al.* (2015).

Tabela 126. Caracterização das Microrregiões que compõem a Microrregião Leste do Sul, da Microrregião Leste do Sul e do Estado de Minas Gerais segundo a população, o número de municípios, o porte populacional e o grupo

	População	Nº de municípios	Pequeno Porte 1	Pequeno Porte 2	Médio Pequeno Porte	Médio Porte	Médio Grande Porte	Grande Porte	Grupo
Micro Manhuaçu	344.129	23	86,96%	8,69%	4,35%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Ponte Nova	211.941	21	90,48%	4,76%	4,76%	0,00%	0,00%	0,00%	1
Micro Viçosa	137.740	9	88,89%	0,00%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Macro Leste do Sul	693.810	53	88,68%	5,66%	5,66%	0,00%	0,00%	0,00%	-
Minas Gerais	21.040.662	853	78,43%	13,25%	4,57%	2,81%	0,47%	0,47%	-

Tabela 127. Caracterização das Microrregiões que compõem a Microrregião Leste do Sul e da Microrregião Leste do Sul segundo a estrutura em saúde

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	Equipe NASF	Leitos em hospital geral	UAA	UAI	SRT	ESF
Micro Manhuaçu	8	1	0	2	1	0	23	8	0	0	1	117
Micro Ponte Nova	1	2	0	0	0	0	17	0	0	0	0	77
Micro Viçosa	3	1	0	0	0	0	11	10	0	0	0	47
Macro Leste do Sul	12	4	0	2	1	0	51	18	0	0	1	241

Tabela 128. Índices de implantação das Microrregiões que compõem a Microrregião Leste do Sul, da Microrregião Leste do Sul e do Estado de Minas Gerais

	iCAPS	iNASF	iLHG	iESF	iRAPS
Micro Manhuaçu	2,32	1,40	0,53	0,95	1,30
Micro Ponte Nova	1,18	1,17	0,00	0,93	0,82
Micro Viçosa	1,82	1,45	1,67	0,93	1,47
Macro Leste do Sul	1,87	1,34	0,60	0,94	1,19
Minas Gerais	1,41	0,94	0,42	0,79	0,89

A macro Leste do Sul possui 27,95% de sua população sendo assistida por uma implantação adequada, 65,72% por uma implantação parcialmente adequada, 6,33% por uma implantação não adequada e 0% por uma implantação crítica. Mais informações acerca do GI na Microrregião Leste do Sul e em suas Microrregiões podem ser consultadas nas tabelas a seguir:

Tabela 129. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Macrorregião Leste do Sul

População: 693.810 hab. (2019)		Leste do Sul		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos	Total: 65,05%	
Unidades Mínimas 64,16%	Assistência à Saúde Mental 68,78%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado	67,76%	
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais	66,98%	
	Reabilitação Psicossocial 47,78%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	60,85%	
		Manejo das situações de crise	71,86%	
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas	74,12%	
		Promoção de alternativas de lazer	64,15%	
Conectividade 63,54%	Articulação da Rede 63,95%	Desinstitucionalização	43,40%	
		Intervenções psicossociais	53,77%	
		Ações para aumento da autonomia dos usuários	61,32%	
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho	18,87%	
	Articulação da Rede 63,95%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência	63,95%	
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde	58,96%	
Integração 65,90%	Governança 67,28%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal	50,94%	
		Pactuação da RAPS regional	73,79%	
	Gestão do Cuidado 67,28%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS	54,72%	
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS	67,45%	
		Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS	64,62%	
		Política de Saúde Mental 64,30%	Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM	80,01%
Participação e Controle Social 51,79%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		33,49%	
		Assembleia de usuários	17,45%	
		Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado	71,23%	
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental	49,76%	
Estrutura 69,40%		Sistema Logístico 55,82%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços	67,45%
	Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		71,70%	
	Educação em Saúde 40,41%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais	28,30%	
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS	38,68%	
	Serviços Componentes da RAPS 80,86%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas	44,34%	
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município	34,43%	
		IESF	94,22%	
		INASF	134,26%	
		ICAPS	187,37%	
		ILHG	59,67%	

Tabela 130. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Manhuaçu

Macro: Leste do Sul		Manhuaçu		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 68,52%
Unidades Mínimas 66,43%	Assistência à Saúde Mental 71,35%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		70,77%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		72,83%
	Reabilitação Psicossocial 49,20%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		61,96%
		Manejo das situações de crise		76,09%
Conectividade 67,91%	Articulação da Rede 68,52%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		69,57%
		Promoção de alternativas de lazer		67,39%
Integração 71,53%	Governança 73,24%	Desinstitucionalização		58,70%
		Intervenções psicossociais		53,26%
Normatividade 62,25%	Política de Saúde Mental 70,92%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		65,22%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		13,04%
Estrutura 72,76%	Participação e Controle Social 55,57%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		68,52%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		63,04%
Estrutura 72,76%	Sistema Logístico 60,51%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		56,52%
		Pactuação da RAPS regional		80,68%
Estrutura 72,76%	Educação em Saúde 40,58%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		64,13%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		71,89%
Estrutura 72,76%	Serviços Componentes da RAPS 84,55%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		72,83%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		85,73%
Estrutura 72,76%	Educação em Saúde 40,58%	Avaliação e monitoramento no âmbitos municipal, regional, estadual e federal		42,39%
		Assembleia de usuários		17,39%
Estrutura 72,76%	Educação em Saúde 40,58%	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		72,83%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		57,07%
Estrutura 72,76%	Educação em Saúde 40,58%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		76,09%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		70,65%
Estrutura 72,76%	Educação em Saúde 40,58%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		34,78%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		39,13%
Estrutura 72,76%	Educação em Saúde 40,58%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		46,74%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		30,43%
Estrutura 72,76%	Serviços Componentes da RAPS 84,55%	iESF		95,33%
		iNASF		140,35%
Estrutura 72,76%	Serviços Componentes da RAPS 84,55%	iCAPS		232,47%
		iLHG		53,47%

Tabela 131. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Ponte Nova

Macro: Leste do Sul		Ponte Nova		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 57,76%
Unidades Mínimas 60,73%	Assistência à Saúde Mental 66,19%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		64,07%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		58,33%
	Reabilitação Psicossocial 41,33%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		53,57%
		Manejo das situações de crise		69,84%
		Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		80,95%
		Promoção de alternativas de lazer		63,10%
Conectividade 55,68%	Articulação da Rede 55,80%	Desinstitucionalização		28,57%
		Intervenções psicossociais		50,00%
		Ações para aumento da autonomia dos usuários		50,00%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		19,05%
	Governança 55,96%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		55,80%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		51,19%
Integração 55,77%	Gestão do Cuidado 55,96%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		33,33%
		Pactuação da RAPS regional		65,08%
	Política de Saúde Mental 54,93%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		46,43%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		57,82%
Normatividade 48,72%	Participação e Controle Social 43,38%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		52,38%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		73,07%
		Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		19,05%
		Assembleia de usuários		14,29%
	Sistema Logístico 45,24%	Abordagens que priorizem as necessidades dos usuários no cuidado		63,10%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		35,71%
Estrutura 58,76%	Educação em Saúde 35,32%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		57,14%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		73,81%
	Serviços Componentes da RAPS 68,75%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		4,76%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		35,71%
		Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		35,71%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		30,95%
		iESF		93,04%
		iNASF		117,20%
		iCAPS		117,96%
		iLHG		0,00%

Tabela 132. Grau de implantação dos componentes, subcomponentes e processos na Microrregião Viçosa

Macro: Leste do Sul		Viçosa		Grau de implantação
Componente	Subcomponente	Processos		Total: 73,20%
Unidades Mínimas 66,35%	Assistência à Saúde Mental 68,28%	Atendimento multidisciplinar e compartilhado		68,65%
		Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais		72,22%
	Reabilitação Psicossocial 59,19%	Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)		75,00%
		Manejo das situações de crise		65,74%
Conectividade 70,73%	Articulação da Rede 71,27%	Rodas de conversa e/ou outras abordagens para promoção de saúde e/ou prevenção ao uso abusivo de álcool ou outras drogas		69,84%
		Promoção de alternativas de lazer		58,33%
Integração 75,17%	Governança 78,44%	Desinstitucionalização		38,89%
		Intervenções psicossociais		63,89%
Normatividade 65,65%	Política de Saúde Mental 69,21%	Ações para aumento da autonomia dos usuários		77,78%
		Inclusão dos usuários no mercado de trabalho		33,33%
Estrutura 85,67%	Sistema Logístico 68,52%	Reuniões de equipes e de rede, matriciamento das equipes da APS, da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de		71,27%
		Desenvolvimento de ações em conjunto com outros setores da administração pública para articulação de casos ou promoção de saúde		66,67%
Estrutura 85,67%	Gestão do Cuidado 78,44%	Criação de espaços específicos para a gestão da saúde mental no âmbito municipal, regional, estadual e federal		77,78%
		Pactuação da RAPS regional		76,54%
Estrutura 85,67%	Participação e Controle Social 61,72%	Construção de fluxos entre os diversos serviços da RAPS		50,00%
		Responsabilização de um ou mais profissionais pelo usuário ao longo de seu percurso pela RAPS		78,57%
Estrutura 85,67%	Educação em Saúde 51,85%	Corresponsabilização pelo usuário entre os profissionais de serviços diferentes da RAPS		72,22%
		Apropriação pelos profissionais das diretrizes, protocolos e linhas guias governamentais para SM		81,60%
Estrutura 85,67%	Serviços Componentes da RAPS 99,67%	Avaliação e monitoramento no âmbito municipal, regional, estadual e federal		44,44%
		Assembleia de usuários		25,00%
Estrutura 85,67%	Serviços Componentes da RAPS 99,67%	Abordagens que priorizam as necessidades dos usuários no cuidado		86,11%
		Participação dos profissionais, usuários e familiares em espaços de discussões coletivas sobre saúde mental		63,89%
Estrutura 85,67%	Serviços Componentes da RAPS 99,67%	Disponibilidade de veículo ou equivalente (ex: vale transporte) para locomoção dos usuários aos serviços		69,44%
		Disponibilidade de veículo para transporte de profissionais em serviço		69,44%
Estrutura 85,67%	Serviços Componentes da RAPS 99,67%	Existência de prontuário eletrônico único para os serviços de saúde municipais		66,67%
		Disponibilização pelo município de atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS		44,44%
Estrutura 85,67%	Serviços Componentes da RAPS 99,67%	Incentivo municipal para participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas		58,33%
		Consideração de experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no município		52,78%
Estrutura 85,67%	Serviços Componentes da RAPS 99,67%	iESF		93,26%
		iNASF		145,27%
Estrutura 85,67%	Serviços Componentes da RAPS 99,67%	iCAPS		181,50%
		iLHG		166,98%

6. Considerações finais

Foi realizada uma pesquisa avaliativa da implantação da RAPS em uma amostra representativa de todos os municípios do Estado de Minas Gerais. As dimensões analisadas

permitem uma análise detalhada da estrutura e de atividades específicas que constituem a imbricada gama de ações necessárias para uma satisfatória atenção psicossocial comunitária, demonstrando avanços na atenção psicossocial em Minas Gerais, mas, ao mesmo tempo, limitações que podem comprometer a integralidade do cuidado e o processo de desinstitucionalização.

A análise da oferta dos serviços da RAPS demonstrou a implantação de uma rede robusta, com cobertura de ESF próxima a 80% e de equipes do NASF dentro do preconizado na maior parte das Macrorregiões mineiras. Com relação aos CAPS, constata-se a presença desses serviços por todo o Estado, demonstrando uma capilarização e interiorização da atenção psicossocial em Minas Gerais. Percebeu-se uma carência de serviços voltados para a infância e a adolescência (CAPSi), para sujeitos em sofrimento psíquico devido ao uso problemático de álcool ou outras drogas (CAPS Ad) e de serviços com funcionamento de 24 horas (CAPS III e CAPS Ad III, e Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais). Assim, é possível perceber que esses são pontos de fragilidade da atenção à crise em diversas regiões de saúde.

Na aplicação do IMAI-RAPS, foram obtidas respostas válidas de 785 municípios (92%), o que representa uma amostra significativa de todos os municípios de Minas Gerais. A análise do GI demonstrou uma média geral de implantação parcialmente adequada (63,0%), sendo que 22,2% dos municípios apresentaram uma implantação adequada (GI: 75 a 100%), 60,6% uma implantação parcialmente adequada (GI: 50 a 75%), 15,9% uma implantação não adequada (GI: 25 a 50%) e 1,3% uma implantação crítica (GI < 25%).

Dessa maneira, uma implantação adequada de equipamentos como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como de atendimentos multidisciplinares e compartilhados na atenção em saúde mental; de atendimento dos transtornos mentais comuns pelas equipes de atenção primária em saúde (APS); de atendimento às crises em CAPS; da oferta de ações de promoção de saúde; da discussão de casos pelas equipes; da incorporação do matriciamento e do embasamento das ações municipais nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental sinalizam a consolidação de uma forma de trabalho condizente com o proposto pelas diretrizes da RAPS no Estado de Minas Gerais (Brasil, 2011; 2017).

Entretanto, apesar dos avanços observados nas ações assistenciais baseadas em uma clínica ampliada, uma rede comunitária de atenção em saúde mental deve se concentrar não apenas no manejo dos sintomas de adoecimento psíquico, mas também no desenvolvimento das capacidades dos usuários, para que eles possam ter uma posição ativa na produção do cuidado ofertado e na validação de suas aspirações e, assim, maximizar sua qualidade de vida e cumprir

papéis sociais valorizados. Nesse sentido, detectou-se dificuldades na RAPS de Minas Gerais para implantar ações de reabilitação psicossocial, intervenções psicossociais, inclusão produtiva e protagonismo do usuário.

A partir da análise da regionalização da saúde no SUS, é possível identificar particularidades da atenção psicossocial em determinados territórios ligadas a fatores históricos, econômicos e sociais que produzem diferenças nas condições de saúde, oferta de serviços, cobertura, recursos humanos e financiamento. Nesse sentido, este estudo analisou a regionalização dos serviços da RAPS em Minas Gerais mediante a construção de indicadores que refletem aspectos estruturais dessa rede, provendo evidências que podem ser utilizadas também pela gestão para a melhora da assistência em saúde mental no Estado.

A partir do cenário apresentado, percebe-se que a implantação de uma rede robusta de serviços da RAPS em Minas Gerais, entretanto, apesar dos avanços já alcançados para a consolidação da RS como uma unidade autônoma de atenção psicossocial, ainda necessita de melhorias. A confirmação das hipóteses levantadas pelo grupo de pesquisa em relação aos fatores contextuais analisados, demonstrando uma melhor implantação da RAPS em cidades mais populosas, densas demograficamente e com maior IMRS, evidencia a importância da estruturação regional da RAPS e do compartilhamento regional de serviços que são inviáveis para cidades com pequeno porte populacional, pois elas constituem grande maioria dos municípios de Minas Gerais. Entretanto, menos da metade dos respondentes julgaram que as pactuações regionais de serviços, apesar de existentes, são adequadas para o atendimento integral dos usuários da RAPS.

Além disso, pôde-se perceber nos municípios do Estado uma baixa presença de estímulo para que seus profissionais participem de atividades de educação permanente e de capacitação em saúde mental ou a seleção de profissionais com experiência prévia ou capacitação na área para o trabalho na RAPS. Essas informações, em conjunto com o dado da alta rotatividade profissional constatada em estudos prévios, pode se refletir em profissionais com poucos recursos para lidar com problemas altamente complexos como os que geralmente chegam para atendimento na RAPS. A essas dificuldades, acresce-se a detecção, neste estudo, de poucos municípios possuírem um prontuário eletrônico único para os serviços de saúde, fato que permitiria uma melhor coordenação informacional na rede, além de uma tímida participação do médico psiquiatra na discussão e compartilhamento das decisões acerca dos casos, mesmo dentro dos serviços especializados.

Com base nos achados da pesquisa, foram elencadas algumas sugestões para o fortalecimento da RAPS, a saber:

- a) fortalecimento do caráter regional da RAPS através do processo contínuo de discussão nos fóruns regionais (colegiados), tanto nas RS quanto nas Macrorregiões. Esses fóruns podem propiciar uma retomada das pactuações necessárias e potencializar a resolutividade das pactuações existentes;
- b) retomar a implementação de alguns serviços em regiões onde foram encontrados vazios assistenciais. Para fortalecer a integralidade da assistência, é necessário implantar principalmente o CAPS III, o CAPS AD, o CAPS AD III, o CAPS i e o LHG nas regiões de saúde indicadas nos resultados da pesquisa;
- c) desenvolver um projeto de valorização da Educação Permanente em Saúde (EPS), proporcionando um processo contínuo de reflexão sobre as práticas e permitindo a produção de novas formas de atenção e compartilhamento das experiências exitosas. Esse processo deve conter iniciativas tanto do nível central (SES) como dos níveis regionais e municipais, dependendo dos objetivos a serem alcançados. É importante também o desenvolvimento de uma política de recursos humanos que incentive a capacitação e a participação dos profissionais em cursos, eventos e reuniões que tenham como objetivo o desenvolvimento da RAPS;
- d) desenvolvimento de ações e estratégias visando a reabilitação psicossocial que permitam uma maior integração entre a pessoa portadora de sofrimento psíquico e a sociedade;
- e) construção de indicadores para o monitoramento e a avaliação contínua da RAPS. Esses indicadores devem ser discutidos com as equipes e pactuados.

Por fim, caso seja pretendido um aprofundamento sobre os assuntos e dados aqui apresentados, são sugeridos alguns artigos científicos:

- a) Coelho, V.A.A., Andrade, L. I e, Guimarães, D. A., Pereira, L. S. M., Modena, C. m., Guimarães, E. A. A., Gama, C. A. P.. Regionalização da atenção psicossocial. Uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais/Brasil. **Cien Saude Colet** 27 (5), maio 2022.
- b) o artigo escrito pelo grupo de pesquisa e aprovado para publicação na Revista *Physis*, intitulado “Rede de Atenção Psicossocial: desenvolvimento e validação de um instrumento para a análise da implantação”;

- c) artigo científico sobre o Grau de Implantação da RAPS no Estado de Minas Gerais – em processo de construção.

ANEXO 1 – Questionário Técnica Delphi



Instrumento multidimensional para avaliação da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

*Obrigatório

Identificação

Nome *

Sua resposta

Telefone institucional *

Formato: (XX)XXXX-XXXX

Sua resposta

Celular *

Formato: (XX)XXXXX-XXXX

Sua resposta

Sexo *

- Masculino
- Feminino
- Outro



Data de nascimento *

Formato: DD/MM/AAAA

Sua resposta

Cargo (permitido marcar mais de uma resposta) *

- Coordenador municipal de saúde mental
- Referência técnica municipal em saúde mental
- Coordenador (gerente) de outra área da saúde
- Trabalhador da rede municipal de saúde mental
- Secretário Municipal de Saúde
- Outro:

Formação profissional (permitido marcar mais de uma resposta) *

- Psicólogo(a)
- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Farmacêutico(a)
- Técnico(a) de Enfermagem
- Outro:



Pós-graduação *

Sim

Não

Você possui pós-graduação? (permitido marcar mais de uma resposta)

- Não
- Sim, Pós-Graduação Latu Senso em Saúde Mental
- Sim, Pós-Graduação Latu Senso em Gestão na área da Saúde
- Sim, Especialização em Saúde Pública
- Sim, Pós-Graduação Latu Senso em outra área da saúde
- Sim, Pós-Graduação Latu Senso em outras áreas fora do campo da saúde
- Sim, Especialização via EAD
- Sim, Mestrado
- Sim, Doutorado
- Outro: _____

Tempo de serviço no SUS (em anos trabalhados) *

Sua resposta _____

Tempo de serviço na Saúde Mental (em anos trabalhados) *

Sua resposta _____

Município *

Escolher ▼



Instrumento multidimensional para avaliação da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

*Obrigatório

I - Componente Unidades Mínimas

Assistência

No seu município, na assistência à saúde mental, é realizado:

1. Atendimento multidisciplinar? *

Atendimento no qual profissionais com formações distintas atendem o usuário e compartilham decisões acerca do acompanhamento do caso

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

2. Oficinas terapêuticas e/ou atividades em grupo expressivas ou corporais? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

3. Elaboração do Projeto Terapêutico Singular *

Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade. Tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

4. (CONNECTIVIDADE) Discussão de casos pela equipe que acompanha o usuário?

*

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

5. (CONNECTIVIDADE) Discussões de casos entre equipes de distintos serviços da RAPS? *

Por meio do NASF ou diretamente entre as equipes envolvidas

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

6. O psiquiatra (municipal ou de outro município pactuado) costuma discutir o caso com os outros profissionais não médicos, sendo aberto a construções conjuntas para o manejo do caso? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

7. (GESTÃO DO CUIDADO) Existe fila de espera para atendimento ambulatorial com psiquiatra, psicólogo ou outro profissional de saúde mental? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

8. Em seu município, são oferecidas rodas de conversas, grupos, oficinas ou outras ações sobre promoção de saúde? *

Auto-cuidado, uso adequado de medicamentos, hábitos de vida: atividade física, alimentação, consequências do uso prejudicial de álcool ou outras drogas

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica

No seu município, na atenção primária em saúde:

9. Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde realizam o acompanhamento de usuários com Transtornos Mentais Comuns *

Por ex: queixas depressivas, ansiosas, somatoformes

- Sim
- Na maioria das vezes – acompanha de maneira integral os usuários estabilizados
- Na maioria das vezes – realiza atendimentos clínicos quando demandado pela equipe de saúde mental
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

10. Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam acompanhamento de usuários com transtornos graves em saúde mental? *

- Sim
- Na maioria das vezes – acompanha de maneira integral os usuários estabilizados
- Na maioria das vezes – realiza atendimentos clínicos quando demandado pela equipe de saúde mental
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

11. Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico secundário ao uso de álcool ou outras drogas? *

- Sim
- Na maioria das vezes – acompanha de maneira integral os usuários estabilizados
- Na maioria das vezes – realiza atendimentos clínicos quando demandado pela equipe de saúde mental
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

Em seu município, o atendimento à crise em saúde mental

Situações que envolvem momentos de desestabilização do usuário como, por exemplo: grave sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura das relações familiares e/ou sociais; recusa do tratamento; situações de alarme e risco no contexto familiar e/ou social; risco de suicídio

12. É realizado em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) municipal ou CAPS pactuado com municípios da região? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

13. Os pacientes são encaminhados para hospital psiquiátrico? *

Por exemplo: 1) o paciente é atendido na Unidade de Pronto atendimento (UPA) municipal e encaminhado para o hospital psiquiátrico logo que possível; OU 2) o paciente é abordado pelo SAMU e levado diretamente para o hospital psiquiátrico mais próximo; OU 3) o paciente é abordado pelo CAPS, mas devido a falta de permanência noturna ou leitos em hospitais gerais, ele é encaminhado ao hospital psiquiátrico

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

Em seu município, em relação à assistência aos portadores de sofrimento psíquico secundário ao uso de álcool ou outras drogas:

14. Os casos graves são atendidos em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) municipal ou CAPS pactuado com outro município da região? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

15. É realizada em Comunidades Terapêuticas? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

16. As crianças e adolescentes portadores de sofrimento psíquico recebem atendimento em serviços municipais? *

- Sempre, em CAPS infanto-juvenil (ou outro serviço específico para esse atendimento) ou Unidade Básica de Saúde dependendo da gravidade de cada caso.
- Na maioria das vezes, em CAPS infanto-juvenil (ou outro serviço específico para esse atendimento) ou Unidade Básica de Saúde dependendo da gravidade de cada caso.
- Algumas vezes, em CAPS infanto-juvenil (ou outro serviço específico para esse atendimento) ou Unidade Básica de Saúde dependendo da gravidade de cada caso.
- Algumas vezes, em serviços não específicos da rede de saúde
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

17. O município promove atividades esportivas e/ou culturais para a população? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

18. Em seu município são realizadas estratégias para prevenção ao uso prejudicial de álcool ou outras drogas? *

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica

Se sim na pergunta anterior (18), quais?

Sua resposta

Reabilitação Psicossocial

Conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades sociais do sujeito auxiliando sua integração social

Em relação às atividades de reabilitação psicossocial realizadas em seu município:

19. São realizadas oficinas nas quais os produtos sejam comercializados? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei



20. São realizadas intervenções psicossociais para integrar o usuário às redes sociais, por exemplo, estímulo à participação do usuário em grupos familiares, comunitários, etc *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

21. São realizadas ações para inserção do usuário da RAPS no mercado de trabalho? *

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica

22. Os profissionais da RAPS incentivam os usuários na criação e/ou participação em cooperativas ou empreendimentos solidários que facilitem sua inserção produtiva? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

23. Os profissionais da RAPS realizam ações para o aumento da autonomia dos usuários? *

Por exemplo: auxílio na realização de carteiras de identidade, carteira de trabalho, confecção de currículos profissionais, regularização de questões bancárias, dentre outros

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

24. Ocorrem ações para desinstitucionalização de usuários de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou outras instituições? *

Por exemplo: inserção em Serviços Residenciais Terapêuticos; rearticulação de vínculos familiares e/ou sociais; ações que propiciem a interação das pessoas internadas com seus familiares e pessoas da cidade, com criação de espaços para promoção de encontros dentro do hospital e nos territórios da cidade

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica



Instrumento multidimensional para avaliação da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

*Obrigatório

II – Componente Conectividade

Sobre as relações entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
de seu município:

25. Os diversos serviços atuam de maneira independente, sem contato uns com
os outros? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

26. O seu município conta com ações de matriciamento em saúde mental? *

Trabalho em conjunto entre uma equipe especializada em saúde mental e equipes responsáveis pelos cuidados básicos em saúde, cuidados hospitalares ou pelas ações de urgência/emergência com o intuito de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Estas ações podem ocorrer por meio do NASF ou independentes dele



- Sempre
- Não
- Não sei
- Não se aplica

27. As ações de matriciamento incluem discussões de casos ou atendimentos compartilhados? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

28. Os profissionais matriciadores vão às unidades matriciadas com qual frequência? *

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimensal ou mais
- Não sei
- Não se aplica

29. Ocorrem ações de matriciamento em saúde mental da atenção primária em saúde? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

30. Ocorrem ações de matriciamento em saúde mental da rede de urgência e emergência? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

31. Ocorrem ações de matriciamento em saúde mental da rede hospitalar de referência? *

Hospitais locais ou regionais que recebam os usuários da saúde mental

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

32. Os profissionais de saúde mental de seu município desenvolvem ações em conjunto com outros setores da administração municipal *

Lazer, justiça, educação, esportes, serviço social, conselho tutelar, etc.

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

Em relação à articulação da RAPS em seu município, informe com qual frequência as atividades são realizadas:

33. Discussões de casos entre a equipe que acompanha o usuário e a equipe hospitalar quando os usuários estão internados (por motivos relacionados a saúde mental) *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

34. Reuniões de rede *

Contando com a participação de representantes de vários serviços da RAPS

- Mensal ou mais frequente
- Bimensal
- Frequência variável, segundo demanda (periodicidade maior que bimensal)
- Não são realizadas
- Não sei
- Não se aplica



Instrumento multidimensional para avaliação da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

*Obrigatório

III – Componente Integração

Governança

35. O município possui um coordenador específico para a saúde mental? *

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica

36. Seu município possui pactuações com outros municípios regionais para o compartilhamento de serviços da RAPS? *

Seja recebendo ou enviando usuários

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica

37. Se sim na questão anterior (36), você avalia que as pactuações das quais participa são adequadas para a atendimento dos usuários da RAPS?

Por exemplo, existem municípios que possuem pactuação para utilização do CAPS de um município vizinho, mas, na prática, não há transporte disponível ou as distâncias não justificam que o paciente vá para a permanência dia

- Muito efetiva
- Efetiva
- Razoavelmente efetiva
- Pouco efetiva
- Não efetiva
- Não sei
- Não se aplica

Gestão do cuidado

Em relação ao acompanhamento dos usuários da saúde mental, no seu município:

38. Existe a definição de um (ou mais) profissional (is) de referência responsável (eis) pelo usuário ao longo de seu acompanhamento? *

Aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato principal com a rede familiar, comunitária, laboral

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente



- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

39. Existem fluxos pactuados para a circulação dos usuários pelos diversos serviços de saúde da RAPS local? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

40. Na transição entre serviços, existe uma discussão entre os profissionais para articulação de um projeto compartilhado de cuidado? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

41. Ao longo do percurso do usuário pelos serviços da RAPS existe uma corresponsabilização dos profissionais de diferentes serviços no acompanhamento do caso? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

Instrumento multidimensional para avaliação da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

*Obrigatório

IV – Componente Normatividade

Política de Saúde Mental

42. As ações em saúde mental de seu município são embasadas nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

43. Os profissionais de saúde mental de seu município conhecem o funcionamento da RAPS de sua região? *

Fluxos, demandas, protocolos de atendimento

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

44. No seu município, ocorrem ações de avaliação e monitoramento da atenção prestada em saúde mental? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

Se sempre, na maioria das vezes ou algumas vezes na questão anterior (45):
Como são realizadas estas ações?

Sua resposta

Participação e Controle Social

45. Os usuários da RAPS de seu município participam de colegiados, conselhos, comissões, fóruns ou outros espaços de discussão coletiva em saúde mental? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

46. Nos serviços de saúde mental de seu município ocorrem assembleias de usuários? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

Se sempre, na maioria das vezes ou algumas vezes na questão anterior (47): As assembleias de usuários são deliberativas (quer dizer, tem poder decisório após consulta ou reflexão)?

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

47. Os usuários e/ou seus familiares participam nas decisões acerca de seu tratamento? *

Por exemplo: tendo espaço para opinar sobre quais medicamentos tomar, quais oficinas frequentar, qual familiar acionar

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

48. Os profissionais da RAPS de seu município participam de colegiados, comissões, fóruns ou outros espaços de discussões coletivas em saúde mental?

*

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica



Instrumento multidimensional para avaliação da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

*Obrigatório

V – Dimensão estrutural

49. Seu município possui Centro de Atenção Psicossocial (Em qualquer modalidade)? *

- Sim, municipal
- Não, mas os usuários utilizam o serviço de outro município pactuado
- Não
- Não sei
- Não se aplica

Educação Permanente

Em relação às ações para educação permanente dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de seu município:

50. O município oferece atividades educativas em saúde mental para os profissionais da RAPS? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

51. O município incentiva a participação dos profissionais da RAPS em atividades educativas? *

Por exemplo: dando incentivos salariais à conclusão de pós graduação, diárias para deslocamento, liberação de carga horária parcial ou total, progressão na carreira

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

52. Na seleção de profissionais para atuação em saúde mental no seu município, é levada em conta a experiência de trabalho prévia em saúde mental ou a existência de formação condizente? *

Por exemplo: especialização latu senso em saúde mental, cursos

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

Sistema Logístico

53. A atenção em saúde mental de seu município possui veículo disponível para transporte de usuários ou disponibiliza mecanismos para seu transporte até o serviço, como vale transporte, por exemplo? *

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica



54. A atenção em saúde mental de seu município possui veículo para transporte de profissionais em serviço? *

Por exemplo: para atendimentos domiciliares, aplicação de medicação, ações de matriciamento

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

55. Em seu município, existe um prontuário eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde? *

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica

Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido

[Voltar](#)

[Enviar](#)

ANEXO 2 – Tabela: Concordância dos juízes em relação aos critérios de relevância, objetividade e clareza e decisão dos pesquisadores sobre manutenção/exclusão das questões

Questão	Relevância			Objetividade			Clareza			Decisão
	IVC	RVC	Kappa	IVC	RVC	Kappa	IVC	RVC	Kappa	
<i>Componente Unidades Mínimas</i>										
1	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	0,80	0,59	0,80	mantida
2	0,98	0,95	0,98	0,95	0,91	0,96	0,89	0,77	0,89	excluída
3	1,00	1,00	1,00	0,95	0,91	0,96	0,86	0,73	0,87	excluída
4	0,95	0,91	0,96	0,95	0,91	0,96	0,86	0,73	0,87	mantida
5	1,00	1,00	1,00	0,91	0,82	0,91	0,89	0,77	0,89	mantida
6	1,00	1,00	1,00	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	mantida
7	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	0,93	0,86	0,93	mantida
8	0,98	0,95	0,98	0,93	0,86	0,93	0,89	0,77	0,89	mantida
9	0,95	0,91	0,96	0,86	0,73	0,87	0,82	0,64	0,82	mantida
10	0,95	0,91	0,96	0,86	0,73	0,87	0,84	0,68	0,84	excluída
11	0,98	0,95	0,98	0,91	0,82	0,91	0,86	0,73	0,87	excluída
12	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	0,91	0,82	0,91	desdobrou em duas
13	0,98	0,95	0,98	0,89	0,77	0,89	0,89	0,77	0,89	excluída
14	0,95	0,91	0,96	0,86	0,73	0,87	0,84	0,68	0,84	mantida
15	0,93	0,86	0,93	0,91	0,82	0,91	0,89	0,77	0,89	mantida
16	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	0,82	0,64	0,82	mantida
17	0,98	0,95	0,98	0,86	0,73	0,87	0,89	0,77	0,89	mantida
18	0,95	0,91	0,96	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	mantida
19	0,98	0,95	0,98	0,89	0,77	0,89	0,89	0,77	0,89	mantida
20	0,95	0,91	0,96	0,93	0,86	0,93	0,89	0,77	0,89	mantida
21	0,98	0,95	0,98	0,95	0,91	0,96	0,95	0,91	0,96	excluída
22	0,98	0,95	0,98	0,89	0,77	0,89	0,89	0,77	0,89	excluída
23	0,98	0,95	0,98	0,89	0,77	0,89	0,77	0,55	0,78	mantida
24	0,95	0,91	0,96	0,93	0,86	0,93	0,93	0,86	0,93	mantida
25	0,91	0,82	0,91	0,93	0,86	0,93	0,93	0,86	0,93	mantida
26	0,98	0,95	0,98	0,93	0,86	0,93	0,91	0,82	0,91	excluída
27	0,98	0,95	0,98	0,89	0,77	0,89	0,89	0,77	0,89	mantida
28	1,00	1,00	1,00	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	excluída
29	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	0,91	0,82	0,91	excluída
30	0,95	0,91	0,96	0,95	0,91	0,96	0,93	0,86	0,93	excluída
31	0,98	0,95	0,98	0,95	0,91	0,96	0,95	0,91	0,96	mantida
32	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	mantida
33	1,00	1,00	1,00	0,91	0,82	0,91	0,89	0,77	0,89	mantida
34	0,89	0,77	0,89	0,86	0,73	0,87	0,86	0,73	0,87	excluída
<i>Componente Conectividade</i>										
35	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	0,89	0,77	0,89	mantida
36	0,95	0,91	0,96	0,93	0,86	0,93	0,93	0,86	0,93	mantida
37	0,95	0,91	0,96	0,89	0,77	0,89	0,84	0,68	0,84	mantida
38	0,98	0,95	0,98	0,93	0,86	0,93	0,93	0,86	0,93	mantida
39	0,80	0,59	0,80	0,84	0,68	0,84	0,84	0,68	0,84	excluída
40	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	0,91	0,82	0,91	mantida
41	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	0,91	0,82	0,91	mantida
42	0,95	0,91	0,96	0,89	0,77	0,89	0,89	0,77	0,89	mantida
43	0,93	0,86	0,93	0,86	0,73	0,87	0,89	0,77	0,89	mantida
44	0,95	0,91	0,96	0,86	0,73	0,87	0,91	0,82	0,91	excluída

45	0,98	0,95	0,98	0,82	0,64	0,82	0,84	0,68	0,84	excluída
46	0,98	0,95	0,98	0,93	0,86	0,93	0,95	0,91	0,96	mantida
47	1,00	1,00	1,00	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	mantida
48	0,95	0,91	0,96	0,91	0,82	0,91	0,91	0,82	0,91	mantida
Componente Integração										
49	1,00	1,00	1,00	0,95	0,91	0,96	0,95	0,91	0,96	mantida
50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	mantida
51	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,91	0,82	0,91	mantida
52	0,89	0,77	0,89	0,80	0,59	0,80	0,77	0,55	0,78	excluída
53	0,93	0,86	0,93	0,89	0,77	0,89	0,86	0,73	0,87	mantida
54	0,91	0,82	0,91	0,84	0,68	0,84	0,82	0,64	0,82	mantida
Componente Normatividade										
55	0,93	0,86	0,93	0,77	0,55	0,78	0,80	0,59	0,80	mantida
56	0,93	0,86	0,93	0,82	0,64	0,82	0,77	0,55	0,78	mantida
57	0,95	0,91	0,96	0,89	0,77	0,89	0,91	0,82	0,91	mantida
58	0,98	0,95	0,98	0,86	0,73	0,87	0,84	0,68	0,84	desdobrou em duas
59	0,98	0,95	0,98	0,93	0,86	0,93	0,89	0,77	0,89	mantida
60	0,98	0,95	0,98	0,95	0,91	0,96	0,95	0,91	0,96	mantida
61	0,98	0,95	0,98	0,95	0,91	0,96	0,93	0,86	0,93	mantida
62	0,95	0,91	0,96	0,89	0,77	0,89	0,89	0,77	0,89	mantida
63	0,98	0,95	0,98	0,95	0,91	0,96	0,95	0,91	0,96	excluída
Componente Subjetividade										
64	0,98	0,95	0,98	0,95	0,91	0,96	0,95	0,91	0,96	excluída
65	0,98	0,95	0,98	0,91	0,82	0,91	0,95	0,91	0,96	excluída
66	0,91	0,82	0,91	0,91	0,82	0,91	0,91	0,82	0,91	excluída
67	0,98	0,95	0,98	0,91	0,82	0,91	0,95	0,91	0,96	excluída
68	0,91	0,82	0,91	0,82	0,64	0,82	0,75	0,50	0,76	excluída
69	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	mantida
70	0,95	0,91	0,96	0,89	0,77	0,89	0,91	0,82	0,91	excluída
71	0,93	0,86	0,93	0,82	0,64	0,82	0,80	0,59	0,80	excluída
Componente Estrutura										
72	0,98	0,95	0,98	0,89	0,77	0,89	0,82	0,64	0,82	excluída
73	1,00	1,00	1,00	0,93	0,86	0,93	0,91	0,82	0,91	excluída
74	0,93	0,86	0,93	0,89	0,77	0,89	0,84	0,68	0,84	mantida
75	1,00	1,00	1,00	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	mantida
76	0,95	0,91	0,95	0,95	0,91	0,96	0,95	0,91	0,96	excluída
77	0,95	0,91	0,95	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	excluída
78	0,93	0,86	0,93	0,93	0,86	0,93	0,91	0,82	0,91	mantida
79	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	mantida
80	0,93	0,86	0,93	0,93	0,86	0,93	0,93	0,86	0,93	mantida
81	1,00	1,00	1,00	0,98	0,95	0,98	0,98	0,95	0,98	mantida
82	1,00	1,00	1,00	0,93	0,86	0,93	0,93	0,86	0,93	excluída
Total de questões mantidas										55

ANEXO 3 – Carta de apoio institucional



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE SISTEMAS LOGÍSTICOS E DE APOIO AS REDES

CARTA DE APOIO INSTITUCIONAL

Belo Horizonte, 25 de setembro de 2017

Prezados(as) Senhores(as):

Como Coordenador Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG), venho manifestar e atestar o apoio institucional da Coordenação Estadual de Saúde Mental pertencente à SES-MG, ao projeto “A IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NAS REGIÕES AMPLIADAS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS-BR”, coordenado pelo Prof. Carlos Alberto Pegolo da Gama, docente da Universidade Federal de São João Del Rei – Campus CCO (UFSJ/CCO).

Informamos que a parceria dar-se-á através de apoio no desenvolvimento do projeto: auxílio no contato com os municípios envolvidos na pesquisa, auxílio na construção do questionário de avaliação da RAPS, fornecimento de informações referentes a implantação e funcionamento da RAPS no estado de Minas Gerais, suporte no processo de organização e operacionalização nas etapas da pesquisa, contribuição na organização das capacitações e elaborações de produções técnico-científicas geradas a partir da pesquisa. Esclareço ainda que o projeto será apresentado para o Grupo Conductor de Saúde Mental Estadual na reunião do mês de Outubro/2017.

Colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,


Humberto Verona
Coordenador Estadual de Saúde Mental
Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais
Humberto Cota Verona
Matr.: 1241686-3
Coordenação Estadual de Saúde Mental - SES/SUS-MG

ANEXO 4 – Aceite para publicação: artigo 2

Physis Revista de Saúde Coletiva

Decision Letter (PHYSIS-2021-0075.R1)

From: jane.russo@gmail.com

To: vivianaacoelho@gmail.com

CC:

Subject: Artigo aprovado - PHYSIS-2021-0075.R1 - Physis Revista de Saúde Coletiva | Decision on Manuscript ID PHYSIS-2021-0075.R1

Body: [Versão em português | English version below]

Prezado(a) Sr(a). (Person not available) (Person not available),

É com grande alegria que anunciamos o aceite de seu manuscrito, intitulado "Rede de Atenção Psicossocial: desenvolvimento e validação de um instrumento multidimensional para avaliação da implantação (IMAI-RAPS)". Ainda não há uma edição definida para sua publicação. No entanto, quando houver uma definição, você será contatado(a) por nossa equipe de revisores para efetuar os últimos ajustes e aprovar a versão final do artigo a ser publicado. Receberá, ainda, as instruções referentes ao pagamento da taxa de publicação (conforme as orientações aos colaboradores de Physis vigentes desde 01/01/2020).

Agradecemos mais uma vez sua contribuição, esperando poder contar com a submissão de novos trabalhos futuramente.

Atenciosamente,

Mrs. Jane Russo
Editor-chefe
Physis Revista de Saúde Coletiva
jane.russo@gmail.com

Date Sent: 10-Feb-2022

 Close Window