



Prefeitura Municipal de Vitória
Estado do Espírito Santo

SEGOV/GAB-REQ/474

Vitória-ES. 19 de dezembro 2025

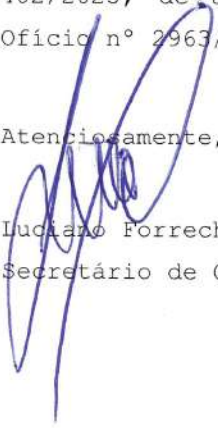
Senhor Vereador
Anderson Goggi Rodrigues
Presidente da Câmara Municipal de Vitória

Assunto: Resposta ao Requerimento de Informação.

Senhor Presidente,

Cumprimentando-o, encaminho resposta ao Requerimento de Informação nº 482/2025, de autoria do vereador Professor Jocelino, acompanhado do Ofício nº 2963/2025/SEMUS/GAB e anexos.

Atenciosamente,


Luciano Forrechi
Secretário de Governo em exercício

Ref. Proc.

10887704/2025- PMV

34498/2025- CMV



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 2963/2025/SEMUS/GAB

Vitória, data da assinatura digital.

Excelentíssimo Senhor,

Em resposta ao Ofício RQI.DEL nº 482/2025, referente ao Requerimento de Informação nº 482/2025, de autoria do vereador Professor Jocelino, **solicitando informações acerca dos estudos, diagnósticos e processos de avaliação referentes à Política Municipal de Saúde Mental**, encaminhamos a Manifestação nº 723/2025 da Gerência de Atenção à Saúde e documentação anexa.

Respeitosamente,

Patricia Rocha Vedova Pirola

Secretária Municipal de Saúde em exercício

Ao Exmo. Senhor

Lorenzo Pazolini

Prefeito Municipal de Vitória

Processo nº 10887704/2025

O documento foi adicionado eletronicamente por KAMILA CARLA PASSOS DOS SANTOS, CPF: ***.*28.297-** em 15/12/2025 16:24:03. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site "<https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao>" e utilize o código abaixo:
329A5675-40B7-4D58-9391-810FEAF8BFE3

O documento foi assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasil - ICP Brasil por:

PATRICIA ROCHA VEDOVA PIROLA:***.*657-05 - Assinado Digitalmente em:
15/12/2025 16:35:17



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

MANIFESTAÇÃO SEMUS/GAS n° 723/2025

Ao: Exmo. Presidente da Câmara de Vereadores de Vitória, referente ao OF.RQI.DEL. N° 482

Assunto: Resposta ao Requerimento de informações n° 245/2025 solicitada pelo Vereador Professor Jocelino, sobre questionamentos acerca dos estudos, diagnósticos e processos de avaliação referentes à Política Municipal de Saúde Mental:

Em resposta ao requerimento de informações n° 245/2025 solicitada pelo Senhor Vereador Professor Jocelino acerca de estudos, diagnósticos e processos de avaliação referentes à Política Municipal de Saúde Mental, seguem informações pela Área Técnica de Saúde Mental da SEMUS.

I - Quais estudos, diagnósticos situacionais, levantamentos epidemiológicos ou avaliações de demanda sobre saúde mental foram realizados pela Prefeitura de Vitória nos últimos cinco anos? Encaminhar cópia integral de todos os documentos.

Levantamentos epidemiológicos e avaliações de demanda em saúde mental são realizadas de forma contínua pela área técnica de saúde mental. Para tanto, observa relatórios e registros fornecidos pelo Sistema de Gestão da Informação e Prontuário Eletrônico (SGI-RBE), referentes a registros em saúde (CIAP-2, CID, Códigos de Procedimentos dentre outros). O SGI-RBE fornece mais de 25 tipos de relatórios com interface com a Saúde Mental, e sua utilização faz parte das rotinas da área técnica de saúde mental, com quem acesso a qualquer tempo a esses dados. Como exemplificação, anexamos algumas sínteses em relação a levantamentos e avaliações de demanda.



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

1. Diagnóstico situacional para redimensionamento de equipes multiprofissionais na atenção básica para ampliar atenção em saúde mental, conforme manifestação SEMUS/GAS n° 134/2023 anexa.

2. Diagnóstico situacional, análise de necessidade e indicação de viabilidade para implantação de Unidade de Acolhimento Adulto (UA) a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória, conforme manifestação SEMUS/GAS n° 228/2024 anexa.

3. Linha de Cuidado a Pessoas com Comportamento Suicida de Vitória, organizado pela área técnica de saúde mental e NUPREVI a partir de dados e boletins epidemiológicos quanto à notificação de violência autoprovocada.

4. Exemplificação de tipos de relatórios, dados e consolidados em Saúde Mental, anexo.

II - Há pesquisas, pareceres técnicos, relatórios de monitoramento ou avaliações de impacto produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde ou por instituições contratadas a respeito da rede de atenção psicossocial do município? Especificar temas, metodologias e resultados.

Foram realizadas duas auditorias relevantes no âmbito da Política de Saúde Mental no município de Vitória, com metodologia rigorosa e análise documental extensa trazendo informações importantes para o município, para aprimoramento da estruturação da sua Rede de Atenção Psicossocial a partir de constatações sobre o que está em conformidade e adequado e também achados sobre situações que precisam de adequação ou aprimoramento.

5. Relatório de auditoria do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo (TCEES) sobre a RAPS, anexa

6. Relatório de auditoria do Ministério da Saúde por meio da DENASUS sobre a coordenação do cuidado em Saúde Mental pela Atenção Básica, anexa



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

III - Existem grupos de trabalho, comissões técnicas ou instâncias intersetoriais atualmente responsáveis por revisar, atualizar ou formular diretrizes da Política Municipal de Saúde Mental? Encaminhar composição, atas e cronograma de atividades.

O município de Vitória instituiu o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Vitória (GC RAPS Vitória), por meio da Portaria nº 073 publicada no Diário Oficial de Vitória em 04/11/2024. O Grupo Condutor constitui-se como dispositivo institucional de gestão compartilhada na área de saúde mental, com objetivos de: formular, analisar e acompanhar políticas públicas de atenção em saúde mental no município; promover articulação e pactuação entre setores da SEMUS responsáveis pela implementação, gestão e avaliação das ações da RAPS. Com atribuições de planejar estratégias, acompanhar indicadores, articular serviços, propor melhorias e garantir a integração entre os pontos da rede.

Após publicação da portaria, foram realizadas as ações para composição dos integrantes, no primeiro semestre de 2025. Em agosto de 2025, foi realizada a reunião inaugural do GC RAPS Vitória, havendo reuniões subsequentes em novembro e dezembro de 2025. A seguir documentos relativos ao GC RAPS Vitória.

7. Portaria que institui o GC RAPS Vitória, anexa.

8. Memória e lista de presença das reuniões do GC RAPS Vitória, anexa.

IV - O Município possui plano municipal, matriz de indicadores, diretrizes estratégicas ou instrumentos de planejamento específicos para a política de saúde mental? Se existente, encaminhar versão atualizada.

A Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas elaborou um plano de ações estratégicas da área que vigeu de 2022 a 2025 demonstrando algumas prioridades no período. Além disso, participou do Plano de Educação Permanente da Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS) ofertando ações formativas sobre saúde mental junto à RAPS. Além disso, o Plano Municipal de Saúde de Vitória 2022-2025 ressalta o cuidado integral em saúde mental da



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

população entre suas ênfases (pg. 39 a 41) e apresenta como objetivo 2.3 "Fortalecer a rede de atenção psicossocial para qualificar a atenção às pessoas em sofrimento psíquico, transtorno mental grave e uso abusivo de álcool e outras drogas" (pg. 71 e 72).

9. Plano de trabalho da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, demonstrando prioridades no período, anexo.

10. Plano Municipal de Saúde de Vitória 2022-2025, anexa

V - A Prefeitura firmou parcerias, convênios, contratos ou cooperações técnicas com universidades, organizações da sociedade civil ou instituições especializadas para produção de estudos sobre saúde mental? Informar objetivos, produtos contratados e status de execução

A SEMUS, por meio da Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS) realiza parcerias com Instituições de Ensino Superior, assim como algumas foram realizadas pela SEMUS/GAS/Área Técnica de Saúde Mental.

Dentre elas, citamos a Chamada Pública para Supervisão Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Fiocruz (NUSMAD/Fiocruz). Concurso de âmbito nacional que se propôs selecionar 300 projetos de supervisão institucional, sendo destinado para o estado do Espírito Santo 05 vagas.

A área técnica de saúde mental elaborou 04 projetos de supervisão (01 para cada CAPS do município) e identificou 04 profissionais referências na área para atuarem como supervisores, que tiveram também seu currículo analisado e pontuado. Como resultado desse processo, todos os 04 projetos de Vitória foram classificados e contemplados. O início da atividade de supervisão está prevista entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026, com duração de até 01 ano. O objetivo da Supervisão Institucional é qualificar as práticas de cuidado orientadas pelas políticas públicas de saúde mental no contexto do SUS desenvolvidas pelos CAPS.



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

A supervisão conta com carga-horária de 20 horas semanais, e os supervisores produzirão relatórios consubstanciados com análises sobre o cuidado em saúde mental e indicações sobre pontos para melhorias em processos de trabalho, acesso, oferta de educação permanente, relação entre CAPS, RAPS e rede intersetorial, dentre outros.

11. Edital da Chamada Pública para Supervisão Institucional, anexa

12. Resultado final com aprovação das propostas apresentadas pela SEMUS, anexo

13. Projetos aprovados do CAPS IJ, CAPS III, CAPS AD III e CAPS II, anexos

Também em 2025 a SEMUS realizou parceria com a UFES para o projeto PET Saúde Digital - Inovação e Transformação Digital no SUS de Vitória-ES: Fortalecendo Gestão, Atenção, Trabalho, Ensino e Controle Social. O objetivo principal da parceria é promover a transformação digital no SUS, buscando o fortalecimento da Política de Saúde Digital e a integração ensino e serviço no município em conformidade com o Programa SUS Digital.

A SEMUS pactuou como tema a ser trabalhando no PET Saúde Digital a Saúde Mental. Dezenas de graduandos de diferentes cursos, professores tutores e profissionais de saúde da rede de Vitória preceptores se integram e voltam-se a mapear e identificar alguns aspectos das práticas em Saúde Mental em estudo visando o desenvolvimento de soluções tecnológicas em apoio aos profissionais que realizam ações em saúde mental. Entre eles, foi priorizado o Projeto Técnico Singular (PTS) como situação para a qual será desenvolvido ferramentas tecnológicas integradas ao prontuário eletrônico para melhoria do instrumento.

14. Edital e Projeto PET Saúde Digital

15. Diretrizes para as atividades dos preceptores e tutores do PET Saúde Digital - foco Saúde Mental



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

É importante destacar também parcerias e cooperações com IES e fundações para promoção de Educação Permanente com os trabalhadores do SUS, qualificando a atenção prestada à população no âmbito da Saúde Mental. Nesse sentido, a SEMUS fez adesão à proposta do Ministério da Saúde e Fiocruz "Nós na Rede", ofertando curso de 120h para duas turmas de 30 profissionais contemplando toda a RAPS. Também aderiu ao curso "Saúde e Bem Viver: Cuidado integral para a saúde mental" por meio de parceria com a SESA/ICEPi, curso voltado a práticas integrativas e complementares no SUS e Saúde Mental com carga horária de 120 horas.

Além disso, a ETSUS realiza pactuações e parcerias com IES e outras instituições para oferta de diversas iniciativas de ensino relacionadas à Saúde Mental na RAPS de Vitória, como:

UFES:

- Docente de psiquiatria no Caps AD e Caps II - 3 turnos em cada serviço;
- Estágio supervisionada de Psicologia nos CAPS, UBS Maruípe e UBS Grande Vitória
- Projeto de Extensão Consultório na RUA - Equipe do Centro
- Projeto de Extensão Enfermagem (saúde mental) no CAPS São Pedro
- Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (UBS Andorinhas)

UVV:

- Estágio supervisionada de Psicologia nos CAPS e UBS Santo Antônio

ICEPI :

- Residência Multiprofissional em Saúde Mental (UBS Maruípe e CAPS)
- Residência Cuidados Paliativos (Ubs Fonte Grande e CRAI)
- Residência em Psiquiatria (UBS Santo Antônio e CAPS III São Pedro)



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

MULTIVIX

- Internato em saúde mental (CMEV e UBSs da Região Continental)

À disposição para elucidações outras que se fizerem necessárias

Atenciosamente,

Vitória, 11 de dezembro de 2025

RODRIGO DOS SANTOS

SCARABELLI:10418151741

Assinado de forma digital por

RODRIGO DOS SANTOS

SCARABELLI:10418151741

Dados: 2025.12.11 15:01:27 -03'00'

Rodrigo dos Santos Scarabelli

PMV/SEMUS/GAS/

Área Técnica Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:14:40. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site "<https://protocolo.vitoria.es.gov.br/validacao>" e utilize o código abaixo:
38094FFF-105B-47C6-942F-709253B1AA8A



MANIFESTAÇÃO SEMUS/GAS n° 134/2023

Assunto: proposta de ampliação de equipes multiprofissionais na Rede de Atenção à Saúde e impacto financeiro, para atenção integral em saúde e em saúde mental, conforme solicitado pelo Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS)

Considerando que a SEMUS, no âmbito da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, organiza sua Rede para acolhimento e cuidado em saúde mental em todos os ciclos de vida, de forma integral, por equipes multiprofissionais e serviços de diferentes densidades tecnológicas e finalidades terapêuticas;

Considerando que o cuidado em saúde mental ocorre nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, desde as unidades básicas de saúde até os serviços especializados e rede de urgência e emergência, e envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e acompanhamento por equipes multiprofissionais;

Considerando que as necessidades de cuidados em saúde e em saúde mental pela população tornaram-se mais intensas a partir do contexto da pandemia do coronavírus e cenário pós-pandêmico, com múltiplos desdobramentos psicossociais;

Considerando que os dados em Vigilância em Saúde advindos das notificações de violências tanto interpessoais (violência contra mulheres e grupos vulneráveis) como autoprovocadas (tentativas de suicídio e comportamento autolesivo) demonstram aumento de registros de sua incidência a partir de 2020 até presente ano;

Considerando o aumento nos níveis de sofrimento mental da população e instabilidade em quadros crônicos e agudos de transtorno mental e de uso indevido de álcool e outras drogas, incluindo aumento de riscos de suicídio, o que demanda da saúde pública intensificação das estratégias de cuidado em saúde mental, ampliação de seu alcance no território e melhorias na qualidade e no acesso dos munícipes a esse cuidado;

Considerando contextos de precarização de condições gerais de vida e relações sociais, de disseminação de discursos de ódio e incitação a violências, e o agravamento de situações de violência nas escolas que requerem fortalecimento na integração de políticas públicas dentre as quais as de saúde;

Considerando que o cuidado em saúde da população se organiza com base no território adscrito e de responsabilidade sanitária das unidades básicas de saúde e suas equipes;

Considerando que nos territórios das Unidades Básicas de Saúde (UBS) se encontram equipamentos municipais da Educação (como CMEI's e EMEF's) e da Assistência (como Centros de Vivência, de Convivência, Casas Lares, Abrigos, Hospedagem Noturna e outros), cuja população atendida é referenciada para cuidados em saúde na UBS do território;

Considerando a necessidade de redimensionamento de equipes multiprofissionais em UBS para efetivação de ações integradas entre Saúde, Educação e Assistência visando o cuidado integral de alunos, familiares e pessoas em situação de vulnerabilidade;

Considerando o projeto Educação Acolhedora onde indica-se o fortalecimento da intersectorialidade com a saúde para atenção integral a alunos e familiares;

Considerando análise de necessidades em saúde e saúde mental da população cadastrada na Rede de Atenção à Saúde municipal;

E com base em dados populacionais e em vigilância em saúde dos territórios atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde, como:

- População cadastrada na Rede Bem Estar por UBS
- Classificação de risco das famílias cadastradas (Escala Vitória)
- Número de notificações de violência autoprovoçadas (tentativas de suicídio e comportamento autolesivo) em 2022
- Número de notificações de violência interpessoal e autoprovoçadas em mulheres, de 2020 a 2022
- Número de equipamentos da Assistência e da Educação (principalmente EMEF's) referenciadas por UBS
- Equipe multiprofissional atual na UBS

Propõe-se a ampliação de 16 psicólogos, 10 assistentes sociais e 08 terapeutas ocupacionais em equipes multiprofissionais de unidades básicas de saúde, bem como de 03 psiquiatras no Centro Municipal de Especialidades (CMEV) conforme indicados abaixo:

UBS	Ampliação
Jardim Camburi	1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional
Jabour	1 psicólogo, 1 assistente social
Maria Ortiz	1 psicólogo, 1 assistente social
Jardim da Penha	1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional
Consolação	1 psicólogo
Itararé	1 psicólogo

Santa Martha	1 psicólogo
São Cristóvão	1 psicólogo, 1 assistente social
Maruípe	1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional
Vitória	1 psicólogo
Grande Vitória	1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional
Santo Antônio	1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta Ocupacional
Santo André	1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional
Ilha das Caieiras	1 psicólogo, 1 assistente social
Resistência	1 terapeuta ocupacional
Conquista/NP	1 psicólogo, 1 assistente social
Ilha de Santa Maria	1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional
Praia do Suá	1 assistente social
CMEV	03 psiquiatras

Os dados populacionais e em vigilância em saúde indicados, bem como o impacto financeiro para ampliação das equipes multiprofissionais supracitada seguem anexas.

Atenciosamente,

Vitória, 24 de abril de 2023

RODRIGO DOS SANTOS

SCARABELLI:10418151741

Assinado de forma digital por
RODRIGO DOS SANTOS

SCARABELLI:10418151741

Dados: 2023.04.23 21:10:57 -03'00'

Rodrigo dos Santos Scarabelli

PMV/SEMUS/GAS/ Área Técnica Saúde Mental

SONIA MARIA DA SILVA

BALESTREIRO:67451985768

Assinado de forma digital por SONIA
MARIA DA SILVA

BALESTREIRO:67451985768

Dados: 2023.04.24 09:37:51 -03'00'

Sonia Maria da Silva Balestreiro

PMV/SEMUS/Gerente da Assistência à Saúde (GAS)

ANEXO 1										
Região / Território	População adscrita/cadastrada		Classificação de risco (Escala Vitória), RBE	Notificação, violências autoprovocadas (2022) e prop./1000 hab		Notificação, violências interpessoal e autoprovoc. em mulheres (2020 a 2022) e prop/1000 hab		Equipamentos da Educação e Assistenciais no território	Equipe multiprofissional atual	Ampliação
	Estimativa IBGE	RBE								
CONTINENTAL										
Bairro República	22.388	11.955	5,8% alto, 54% médio	35	2,9	121	10,1	2 CMEI, 1 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	-
Jabour	5.194	20.014	-	9	0,4	74	3,7	1 CMEI, 1 EMEF, 1 abrigo	1 Psi, 1 A.S. , 1 farm., 1 E.F	1 psicólogo, 1 assistente social
Jardim Camburi	45.347	65.187	-	71	1,1	231	3,5	3 CMEI, 3 EMEF, 1 casa lar	2 Psi, 3 A.S., 2 farm., E.F	1 psicólogo, 1 T.O.
Jardim da Penha	36.422	28.426	2% alto, 42% médio	50	1,8	162	5,7	2 CMEI, 2 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 2 farm., 1 E.F, 1 fono	1 psicólogo, 1 T.O.
Maria Ortiz	15.280	18.400	-	45	2,4	190	10,3	1 CMEI, 2 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F, 1 fono	1 psicólogo, 1 assistente social
MARUÍPE										
Andorinhas	2.353	3.868	26% alto, 50% médio	10	2,6	61	15,8	1 CMEI, 1 EMEF, 1 abrigo	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	-
Bairro da Penha	6.484	6.409	34% alto, 49% médio	17	2,7	109	17,0	1 CMEI, 1 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	-
Bonfim	8.229	6.136	24% alto, 49% médio	11	1,8	97	15,8	1 CMEI, 1 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	-
Consolação	13.490	13.041	30% alto, 47% médio	60	4,6	323	24,8	2 CMEI, 2 EMEF	1 Psi, 2 A.S., 1 farm., 1 E.F , 1 fono	1 psicólogo
Itararé	9.161	9.235	32% alto, 47% médio	28	3,0	202	21,9	2 CMEI, 2 EMEF	1 Psi, 2 A.S., 1 farm., 1 E.F	1 psicólogo
Maruípe	10.301	10.511	18% alto, 49% médio	38	3,6	162	15,4	2 CMEI, 3 EMEF, 1 CV	1 Psi, 1 A.S., 2 farm., 2 E.F	1 psicólogo, 1 as.social, 1 T.O.
Santa Martha	13.096	10.577	26% alto, 50% médio	27	2,6	187	17,7	1 CMEI, 2 EMEF	1 Psi, 2 A.S., 1 farm., 2 E.F	1 psicólogo
São Cristóvão	12.369	13.081	18% alto, 55% médio	46	3,5	176	13,5	2 CMEI, 2 EMEF, 1 CV, 1 abrigo	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F, 1 fono	1 psicólogo, 1 assistente social
CENTRO										-
Fonte Grande	1.791	7.643	15% alto, 54% médio	12	1,6	46	6,0	2 CMEI, 1 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	-
Ilha do Príncipe	3.029	2.515	28% alto, 55% médio	9	3,6	62	24,7	1 CMEI, 2 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	-
Bairro do Quadro	8.217	8.477	27% alto, 53% médio	21	2,5	101	11,9	1 CMEI, 1 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm. 1 E.F	-
Vitória	16.226	7.896	13% alto, 62% médio	46	5,8	226	28,6	1 CMEI, 1 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 2 E.F, 1 fono	1 psicólogo
SANTO ANTONIO										
Favalessa	6.875	7.066	32% alto, 51% médio	24	3,4	97	13,7	1 CMEI, 1 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F, 1 fono	-
Grande Vitória	13.179	12.659	24% alto, 49% médio	70	5,5	339	26,8	2 CMEI, 3 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	1 psicólogo, 1 as.social, 1 TO
Santo Antônio	13.275	15.023	20% alto, 55% médio	45	3,0	222	14,8	3 CMEI, 3 EMEF, 4 CV, 1 albergue	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 2 E.F, 1 fono	1 psicólogo, 1 TO, 1 A. S.
SÃO PEDRO										
Ilha das Caieiras	9.352	9.601	29% alto, 49% médio	64	6,7	304	31,7	3 CMEI, 3 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	1 psicólogo, 1 as.social
Resistência	7.662	8.076	29% alto, 47% médio	35	4,3	211	26,1	1 CMEI 2 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	1 T.O.
Santo André	12.339	10.376	31% alto, 51% médio	47	4,5	285	27,5	2 CMEI, 3 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F, 1 fono	1 psicólogo, 1 as.social, 1 T.O.
Conquista / Nova Palestina	9.706	13.678	29% alto, 47% médio	44	3,2	290	21,2	2 CMEI, 1 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	1 psicólogo, 1 as.social
FORTE SÃO JOÃO										
Forte São João	8.170	8.312	40% alto, 47% médio	23	2,8	139	16,7	3 CMEI, 1 EMEF	1 Psi, 2 A.S., 1 farm., 2 E.F, 1 fono	-
Ilha de Santa Maria	9.462	14.944	-	27	1,8	142	9,5	3 CMEI, 3 EMEF, 1 CV, 1 casa lar	1 Psi, 2 A.S., 1 farm., 2 E.F	1 psicólogo, 1 T.O.
Jesus de Nazareth	2.967	3.791	24% alto, 57% médio	5	1,3	58	15,3	1 CMEI, 1 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 1 E.F	-
Praia do Suá	15.052	12.130	11% alto, 48% médio	15	1,2	112	9,2	1 CMEI, 2 EMEF	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 2 E.F	1 assistente social
Santa Luiza	31.033	15.181	2% alto, 44% médio	25	1,6	95	6,3	1 CMEI, 1 abrigo emerg	1 Psi, 1 A.S., 1 farm., 2 E.F	-
CMEV	Ampliação de 03 psiquiatras									TOTAL
										16 psicólogos
Nomenclaturas	T.O = terapeuta ocupacional. E.F = educador físico. As.social = assistente social. Fono = fonoaudiólogo.									8 T.O.s
	C.V. = Centro de Convivência. CMEI = Centro Municipal de Educação Infantil. EMEF = Escola Municipal de Ensino Fundamental									10 A. S.
	Autenticar documento em /autenticidade									3 psiquiatras
	com o identificador 22022202220222022202220222022202220222022202202220222022202220222022202220222022202220222022202220222022202202220									

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:15:58. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
8AAF3FEE-CE05-4211-81EF-D77264D9DB86



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

MANIFESTAÇÃO SEMUS/GAS n° 228/2024

Ao Gabinete/SEMUS
À Gerência de Atenção à Saúde da SEMUS

Assunto: análise de necessidade e se há indicação e viabilidade para implantação de Unidade de Acolhimento Adulto (UA) a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória.

1. SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE VITÓRIA E A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

1.1 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória

O Município de Vitória, em consonância com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e da integralidade da assistência disposto na Lei 8.080/90, estrutura suas ações de forma articulada e contínua em todos os níveis de complexidade do SUS, mantendo a oferta de atenção integral à saúde.

No cuidado às pessoas com necessidades de atenção em saúde mental álcool e outras drogas, a organização da atenção segue, também, as determinações da Lei 10.2016, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assim como as regulamentações previstas no Anexo V da Portaria de Consolidação do SUS n° 3, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria 3.588 de 23 de dezembro de 2017.

O conjunto desta legislação determina a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de garantir a oferta de diversas modalidades de assistência e de tratamento,



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

realizados de forma multidisciplinar, articulando diversos serviços assistenciais em rede, de modo a atuar no âmbito da prevenção de agravos, da promoção da saúde, do cuidado às necessidades e demandas e na inserção e reinserção social dos sujeitos.

Deste modo, seguindo os Princípios Constitucionais, as Leis e Portarias citadas acima e as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental bem como das Conferências Nacionais de Saúde Mental, as ações voltadas à recuperação de pessoas com transtornos ligados ao uso problemático de substâncias psicoativas, incluindo a dependência química, ocorre na RAPS do município.

Constituem a Rede de Atenção Psicossocial de Vitória diversos serviços de saúde de sua rede, nos diferentes níveis de atenção, conforme abaixo.

No componente da Atenção Básica: ações em saúde mental em todas as 29 unidades básicas de saúde além de 02 equipes de Consultório na Rua. As unidades básicas do município contam com equipes multiprofissionais (eMulti) em apoio às equipes de Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária, composta por psicólogo, assistente social, educador físico na saúde e farmacêutico, e algumas com fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.

No componente da Atenção Psicossocial: quatro (04) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 Centro de Atenção Psicossocial "Ilha de Santa Maria" para adultos com transtorno mental grave tipo II, 01 Centro de Atenção Psicossocial "São Pedro" para adultos com transtorno mental grave tipo III (24h), **01 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas tipo III (24h)** e 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.

No componente da Atenção de Urgência e Emergência: acolhimento de urgências em saúde mental nas 29 Unidades Básicas de Saúde com articulação de seguimento do cuidado, quando necessário, em Pronto Atendimento ou Hospital de referência; e 02 Prontos Atendimentos Municipais. No âmbito da atenção hospitalar, a referência municipal é o Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC) para os casos de urgência/emergência em saúde mental de adultos e Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HEIMABA) para os casos infanto-juvenis.

No componente da Atenção Especializada: atendimento ambulatorial especializado em Saúde Mental no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CMEV) em psiquiatria e neurologia; e a pessoas vítimas de



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

violência pelo Serviço de Atendimento a Mulheres e famílias vítimas de violência (Casa Rosa), composta com equipe multiprofissional.

No componente das Estratégias de Desinstitucionalização: 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT) municipal para pessoas egressas dos antigos hospitais manicomiais ou internadas há mais de dois anos ininterruptos em clínicas e hospitais em saúde mental e que perderam ou romperam vínculos familiares e precisam do serviço como local de moradia para efetivar a desospitalização.

No componente das Estratégias de Reabilitação Psicossocial: compõem as ações desenvolvidas pelos CAPS de Vitória, SRT e UBS atividades individuais e coletivas voltadas ao resgate e promoção da autonomia, reinserção social e exercício de cidadania.

Desse modo, o cuidado a pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas é realizado desde as unidades básicas de saúde (para os casos leves a moderados) e também pelo serviço especializado CAPS AD III (24h) para os casos moderados a graves.

1.2. O acompanhamento aos casos moderados e graves pelo CAPS AD III

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD III proporciona atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Dados fornecidos pela Sistema de Gestão Informatizada Rede Bem Estar (SGI-RBE), sistema de informações em saúde da rede municipal, demonstra para os últimos 3 anos os seguintes dados quanto a número de pacientes e principais atendimentos:

Quadro 1. Modalidades de atendimento ao paciente (assistência direta)

PROCEDIMENTOS	2021	2022	2023	MÉDIA ¹
Atendimentos individuais, com profissionais diversos	7.659	13.307	13.773	11.580
Atendimento em grupo	405	935	1.425	922

¹ Média do triênio



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

Atendimento familiar	242	366	379	329
Acolhimento inicial (novos casos)	533	561	559	551
Práticas corporais e oficinas (práticas expressivas/comunicativas)	1.416	1.384	1.889	1.563
Atenção a situações de crise	34	136	192	121
Acolhimento diurno (permanência do paciente em um ou dois turnos no CAPS)	2.525	4.873	4.947	4.115
Acolhimento noturno (permanência noite - 24h)	1.092	1.511	1.416	1.340
Ações de reabilitação psicossocial	136	238	1.701	692
Ações de redução de danos	-	47	2.215	1.131
Procedimentos de enfermagem	4.572	5.428	6.347	5.449
Nº de munícipes atendidos	754	926	921	867
Média de atendimentos por paciente no ano	25	31	38	31

Quadro 2. Modalidades de ações voltadas à gestão do cuidado.

PROCEDIMENTOS	2021	2022	2023	MÉDIA²
Articulação com as Unidades Básicas de Saúde para acompanhamento conjunto dos casos (via matriciamento)	176	315	247	246
Ações de reabilitação psicossocial	136	238	1.701	692

² Média do triênio.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

Fortalecimento do protagonismo dos usuários	8	158	624	263
Ações de articulação de rede intra e intersetoriais	157	163	238	186

A partir da análise dos quadros, observa-se o aumento em ofertas de cuidado no decorrer dos últimos 03 anos, reflexo da retomada das rotinas assistenciais após contexto da pandemia do Covid-19, dos investimentos do município na recomposição da equipe do serviço e a manutenção de sua capacidade instalada e estrutura, bem como aumento das ofertas de cuidado aos pacientes.

1.3. Atendimento 24h pelo CAPS AD (leitos para atenção 24h)

O CAPS AD de Vitória **é o único no Estado do Espírito Santo a realizar atendimento 24 horas** todos os dias, incluindo finais de semana e feriados, para atenção aos casos com gravidade e que necessitem dessa retaguarda para desintoxicação e estabilização. Conforme estipulado pela Portaria de Consolidação nº 3/2017 essa modalidade de acompanhamento pode se estender por até 15 dias, podendo ser substituída por outra modalidade posteriormente, mediante avaliação da equipe.

O CAPS AD de Vitória possui **08 leitos para a hospitalidade 24h**, sendo a equipe noturna composta por enfermeiro, técnicos de enfermagem e médico. Já a equipe multiprofissional diurna é composta por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psiquiatra, médicos clínicos, arteterapeutas, musicoterapeuta, terapeutas ocupacionais, farmacêutico, profissional da educação física na saúde.

Esses leitos são destinados a pacientes indicados pela equipe para o cuidado intensivo. Essa retaguarda da Rede Municipal é relevante para atenção integral dos pacientes **e reduz significativamente necessidade de solicitação de vagas a SESA para a finalidade de internação**. Os dados dos últimos 03 anos (2021 a 2023) demonstram o número de munícipes que receberam esse atendimento, e o número médio de dias em atenção 24h por paciente.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

Quadro 3. Atenção 24h no CAPS AD III (2021 a 2023)

PERÍODO	PACIENTES EM HOSPITALIDADE 24H (INTERNAÇÃO)	MÉDIA DE DIAS DE INTERNAÇÃO POR PACIENTE
1º semestre 2021	43	12
2º semestre 2021	54	11
1º semestre 2022	51	13
2º semestre 2022	51	16
1º semestre 2023	47	15
2º semestre 2023	46	15

Dados solicitados ao Núcleo Estadual de Regulação de Internações (SESA/NERI) sobre solicitações de internações administrativas (voluntária/involuntária) pela equipe do CAPS AD III a SESA/ES nos anos de 2021 a 2023 demonstraram se tratar de **25 casos, enquanto no próprio CAPS AD III no mesmo período foram realizadas 246 internações**. Dessa forma, **90,8%** das internações administrativas foram geridas a partir dos leitos 24h no próprio CAPS, indicando eficácia do município na gestão dos casos com gravidade com recursos existentes na sua rede de atenção, por contar com serviço 24h com 08 leitos.

1.4 As internações involuntárias e compulsórias

Em relação às internações involuntárias, o fluxo entre a SESA e municípios para sua execução, bem como o das determinações de internação compulsória estão estabelecidos mediante pactuação entre Gestores Municipais e Gestor Estadual, conforme documento **"Termo de Compromisso Sobre os Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais"**. De acordo com a pactuação, o Estado do Espírito Santo, por meio do NERI/SESA, responsabiliza-se pela contratação da clínica especializada e o município realiza a articulação com a família, garantindo o transporte sanitário para o paciente até a clínica contratada e o apoio da segurança pública quando necessário.

A SESA possui uma plataforma de regulação para as solicitações de internação involuntária, o Sistema MvSoul, disponível aos CAPS de todo o estado. Todos os 04 CAPS do município de Vitória podem realizar a inserção e monitoramento dos pedidos de internação involuntária. Como o município possui 02 CAPS 24h, o número de pedidos dessa natureza é bem reduzido comparado a absorção dessa necessidade pelos próprios CAPS tipo III 24h municipais. Segundo os



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

diretores desses serviços, o tempo médio entre a solicitação e a concessão da vaga se dá em poucos dias, geralmente inferior a 10 dias. **Não há demanda não atendida ou "fila de espera" dessa natureza nos serviços CAPS.**

Quanto aos casos de internação compulsória, diferentemente das involuntárias, não passam pela equipe dos serviços de saúde, sendo uma solicitação realizada por familiares junto aos órgãos de justiça (defensoria pública, ministério público, varas de família). Todas as decisões judiciais são cumpridas pelo Estado por meio da SESA. Quando uma vaga é disponibilizada o município é imediatamente comunicado e tem 72 horas para realizar o deslocamento do paciente para a internação, por meio de articulação com família e central de transporte sanitário.

2. UNIDADE DE ACOLHIMENTO

2.1 Definição, finalidade e composição na RAPS

As Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, estão previstas como componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 03 de 2017, Anexo V (RAPS), seção IV, artigos nº 38 a 50. Quanto a financiamento, a Portaria GM/MS nº 2.289 de 8 de dezembro de 2023 estabelece o valor de custeio de R\$ 50 mil reais mensais para uma UA de público adulto.

A RAPS municipal de Vitória atualmente não possui Unidade de Acolhimento (UA) na sua composição.

De acordo com o art. nº 39 da Portaria de Consolidação nº 3/2017 Anexo V, a UA é um dos pontos da RAPS, com funcionamento 24 horas, nos 7 (sete) dias da semana tendo caráter residencial transitório. **Seu objetivo é oferecer acolhimento e cuidados contínuos a pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas elegíveis a esse cuidado, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que necessitem de acompanhamento terapêutico e protetivo.** Esse serviço deve articular intersetorialmente a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social. Os usuários da UA serão acolhidos conforme definido pela equipe do CAPS AD de referência, que realiza a elaboração e gestão do Projeto Terapêutico Singular de cada usuário inserido na UA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

Já o artigo nº 42 da referida seção IV refere que uma UA para público adulto terá disponibilidade de 10 a 15 vagas. O artigo nº 44 estabelece os requisitos estruturais para o espaço de moradia transitória e o artigo nº 46 requisitos populacionais e de equipe para funcionamento da UA. Em termos populacionais, uma UA deve ser referência para territórios com mais de 200 mil habitantes, e contar com equipe mínima formada de 56 horas semanais de profissionais de nível superior na área da saúde (entre as categorias: assistente social, psicólogo, educador físico, enfermeiro, terapeuta ocupacional ou médico) e 02 profissionais de nível médio presentes em todos os dias da semana e nas 24 horas do dia. O período de permanência do usuário na UA é estabelecido no PTS até o limite de 06 meses (artigo nº 49).

O Projeto Terapêutico Singular elaborado pelo CAPS AD de referência deve contar com a participação da equipe da UA e observar as seguintes orientações:

- a) acolhimento humanizado com estímulo à grupalidade e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas;
- b) desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar;
- c) desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas;
- d) acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família;
- e) atendimento psicoterápico e de orientação;
- f) atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros;
- g) oficinas terapêuticas;
- h) atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias;
- i) promoção de atividades de reinserção social;
- j) articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída;



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

k) articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda; e

l) saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda.

Apesar de em alguns aspectos a Unidade de Acolhimento assemelhar-se à retaguarda de equipamentos de moradia transitória da Assistência Social, como abrigos, há especificidades do dispositivo da UA que são relevantes para o acompanhamento em saúde mental, álcool e outras drogas. Vide algumas diferenciações.

ASPECTOS GERAIS	UNIDADE DE ACOLHIMENTO	ABRIGO ASSISTENCIAL
Perfil do público	• Pessoas com transtornos mentais usuárias de álcool e outras drogas • Vulnerabilidades sociais e psicossociais significativas	• Pessoas em situação de vulnerabilidade social em geral;
Necessidades	• Apoio psicossocial e vinculação a acompanhamento em saúde mental, álcool e outras drogas em CAPS AD	• Necessidades básicas e urgentes como alimentação, abrigo para a noite, higiene e outros.
Objetivos de médio a longo prazo	• Recuperação da saúde, resgate da autonomia, reinserção social, reabilitação psicossocial; • Continuidade dos acompanhamentos após saída do equipamento.	• Sobrevivência ou subsistência imediata e inserção em políticas de proteção social.
Acesso	• A partir de avaliação e encaminhamento por equipe especializada do CAPS AD; • O acolhimento é mediante inserção no CAPS AD para acompanhamento em saúde mental, álcool e outras	• A todos que necessitem de atendimento a necessidades básicas de subsistência (desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

	drogas.	em trânsito e sem condições de autossustento.)
Acompanhamento	• Avaliação multiprofissional em saúde mental; • Elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) que de forma conjunta entre a equipe da Unidade de Acolhimento e do CAPS AD para alinhamento e seguimento do cuidado; • A integração das equipes em uma proposta de cuidado em saúde permite maior manejo e condução em saúde mental.	• Atenção a necessidades básicas de subsistência e inserção em políticas de proteção social e articulação com serviços e redes de atenção como em saúde.
Ambiência	• Moradia transitória para público de 10 a 15 pessoas, acompanhadas por equipe no local; • Viabiliza acompanhamentos mais individualizados e intensificados aos usuários.	• Atende a um público mais numeroso e com maior rotatividade.

2.2 Análise de necessidades

Para contribuir com a análise sobre necessidade desse equipamento, a área técnica de saúde mental solicitou ao CAPS AD III, através do OFÍCIO PMV/SEMUS/GAS N° 001/2024, informações a partir do cotidiano do serviço, perfil do público atendido e análises técnicas com vistas a subsidiar qualitativamente o ETP. O CAPS AD III respondeu às indagações no Ofício SEMUS/CAPS AD n° 05/2024. Seguem as contribuições.

Considerando a possibilidade de implantação de Unidade de Acolhimento Adulto (UA) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória em relação a Portaria N° 03/2017, anexo V. Segue contextualização.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

Sabendo que a Unidade de Acolhimento (UA) é parte integrante de uma RAPS e tem seu papel fundamentado na integralidade da assistência ao usuário da rede em saúde mental, dentro da RAPS este dispositivo possibilita o seguimento da atenção a saúde dos usuários em tratamento ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Acreditamos que **se faz necessário e urgente** a implantação deste dispositivo, pois a continuidade do cuidado ao usuário com vulnerabilidades psicossociais e familiares agrega ao tratamento maior segurança, dando-lhe o apoio por meio de acolhimento em espaço provisório necessário ao processo de atenção integral.

Atualmente, em alguns poucos casos, conseguimos encaminhar usuários para a rede de assistência/abrigo da PMV, mas o grande dificultador destes encaminhamentos são que os serviços trabalham em perspectivas diferentes. Enquanto a política de assistência social é dirigida a quem dela necessite, a política de atenção à saúde tem caráter universal, ou seja, é dirigida a toda pessoa em qualquer condição de vida. O CAPS AD III é um dispositivo de saúde que trabalha amplamente as questões psicossociais e com a implantação da UA possibilitará um acompanhamento por um tempo maior e mais próximo dos usuários, sob supervisão de equipe qualificada.

O CAPS AD III tem por base o período de desintoxicação ao leito padronizado por volta de 14 dias, mas por inúmeras vezes este período é prolongado sendo que o tempo é aumentado por questões sociais e seriam facilmente resolvidos por uma unidade UA como apoio ao tratamento, o que oportunizaria maior rotatividade nos leitos de desintoxicação.

Acreditamos que as contribuições e o diferencial de uma unidade de acolhimento (UA) se dão pela grande articulação intersetorial com o objetivo de garantir direitos de moradia e convivência social bem como acompanhamento pelo CAPS AD III de acordo com o projeto terapêutico singular com priorização aos serviços ofertados no território, oportunizando a reintegração social.

A UA atenderia como público-alvo usuários de álcool e outras drogas em tratamento no CAPS AD III que apresentam vulnerabilidade psicossocial, clínica e física, que estejam com vínculo familiar e social fragilizados, com necessidade transitória de acolhimento.

Identificamos já em demanda represada número significativo de usuários com perfil para estes acompanhamentos e que seriam elegíveis neste momento para fazerem uso de uma UA. Atualmente, temos registros de cerca de 15 pessoas do sexo masculino e 16 pessoas do sexo feminino que poderiam ser beneficiados pelo dispositivo UA. Destes inclusive boa parte hoje vive em situação de rua e trazem sempre em suas falas a dificuldade em se manter regularmente o tratamento nessa condição.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

Entendemos que hoje a rede de assistência social do município de Vitória, apesar de ofertar atendimentos significativos à população, não alcança aos requisitos específicos dos usuários do sistema CAPS. Por isso a necessidade urgente de se ofertar este dispositivo, componente da RAPS, e previsto na política de atenção integral a saúde dos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares do ministério da saúde.

Os usuários de álcool e outras drogas inseridos no CAPS e que se beneficiam de uma perspectiva de acompanhamentos e cuidado ampliado em saúde mental apresentam maior índice de melhoria na inserção social e qualidade de vida (OF. SEMUS/CAPS AD nº 05/2024).

Destacam-se os seguintes pontos referidos pelo CAPS AD:

- Apesar de haver na municipalidade equipamentos de moradia transitória na Assistência Social, o cuidado para a condição de saúde grave quanto ao uso de álcool e outras drogas requer atenção e abordagens diferenciadas pelo equipamento de moradia, e maior integração e participação na proposta de cuidado do CAPS AD.
- A falta de UA impacta quanto às altas do leito 24h do CAPS AD. Apesar de preconizado o período de até 14 dias para atenção à condição clínica e desintoxicação, alguns pacientes precisam permanecer por período maior no CAPS AD por vulnerabilidades psicossociais e familiares, diminuindo a rotatividade e disponibilidade de leitos.
- O público-alvo que se beneficiaria de UA são usuários de álcool e outras drogas em tratamento no CAPS AD III que apresentam vulnerabilidade psicossocial, clínica e física, que estejam com vínculo familiar e social fragilizados, com necessidade transitória de acolhimento.
- O CAPS AD III identifica, entre os casos atualmente acompanhados, *demanda de 15 usuários do gênero masculino e 16 do gênero feminino que poderiam ser beneficiados com inclusão em UA*. Boa parte deles vivem em situação de rua e trazem para a equipe as dificuldades em manterem o tratamento proposto pela condição de alta vulnerabilidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

Assim, a retaguarda de uma UA fortalece o *cuidado integral* para os casos mais graves de uso de álcool, crack e outras drogas com significativas vulnerabilidades sociais, agindo de forma protetiva, ampliando o acompanhamento necessário e garantindo condições fundamentais de subsistência (moradia, alimentação, acolhimento) em articulação com o cuidado intensificado em saúde mental necessário, a partir do CAPS AD III.

3. CONCLUSÃO SOBRE NECESSIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE UA

Considerando que o município possui uma robusta Rede de Atenção Psicossocial, diferenciada em relação a outros municípios do Estado e do país;

Considerando que o município possui um CAPS álcool e outras drogas tipo III (24h) com 08 leitos para hospitalidade integral (24h), o único município do ES com essa oferta na sua Rede;

Considerando que a RAPS municipal não possui o equipamento Unidade de Acolhimento (UA) previsto na composição da Rede de Atenção Psicossocial para atenção a pessoas em situação de gravidade em álcool e outras drogas e vulnerabilidade psicossocial e social;

Considerando a relevância da UA para atenção integral às pessoas com uso problemático de álcool, crack e outras drogas em situação de vulnerabilidade;

Considerando o reconhecimento pelo serviço CAPS AD III da relevância e necessidade da UA para acompanhamento de casos complexos com gravidade em saúde e sociais;

Considerando a indicação do CAPS AD III de haver demanda reprimida de pacientes acompanhados pelo serviço que se beneficiariam da retaguarda da UA;

Considerando que o acompanhamento integral dos pacientes com maior gravidade pode ampliar a efetividade dos acompanhamentos em saúde, reduzindo comportamentos de risco e abandono do acompanhamento em saúde mental;

Considerando que a Assistência Social e equipes de Consultório na Rua tem trazido nos espaços de intersetoriais casos complexos em saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

mental, álcool e outras drogas para os quais há fragilidades no acompanhamento e no manejo em saúde e cuidados integrais para os quais a UA seria um recurso relevante;

Considerando que o cenário contemporâneo demonstra a necessidade de ampliar investimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção integral em saúde mental e em saúde mental, álcool e outras drogas;

E considerando o protagonismo da capital no Estado do Espírito Santo na organização de suas Redes de Atenção em Saúde, diretrizes e linhas de cuidado, e devida implantação os dispositivos previstos no SUS para o cuidado integral;

Conclui-se que há indicação e justificativa para implantação de Unidade de Acolhimento Adulto de caráter transitório, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo 01 para público masculino de 15 vagas e 01 para público feminino de 15 vagas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

4. UNIDADE DE ACOLHIMENTO - Descrição detalhada do objeto

Descrição Resumida	Quantidade	Vagas
Unidade de Acolhimento Adulto, masculino	01	15 vagas
Unidade de Acolhimento Adulto, feminino	01	15 vagas

4.1 Objetivo geral: oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

4.2 Objetivos Específicos: I. Garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social das pessoas acolhidas; II. Garantir a inserção da UAA na Rede de Atenção Psicossocial, articulando o cuidado ofertado com o CAPS AD de referência cuja equipe técnica será a responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde; III. Garantir a singularidade do cuidado, sendo que as ações a serem desenvolvidas pela UAA e o tempo de permanência de cada usuário deverão estar previstas no Projeto Terapêutico Singular; IV. Garantir a integralidade do cuidado, com a articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, possibilitando ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, além da articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda aos usuários; V. Garantir o



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

acolhimento humanizado, com posterior processo de grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas; VI. Desenvolver de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar; VII - Desenvolver intervenções que favoreçam a adesão, visando à interrupção ou redução do uso de álcool e outras drogas; VII - Visar à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda.

4.3 Estrutura Física

Conforme preconizado na Portaria de Consolidação nº 03/2017, Anexo V, Seção IV, artigo 45, uma UA deve possuir, como estrutura mínima:

- sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes;
- quartos coletivos com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (Com até 04 (quatro) camas cada quarto
- refeitório;
- cozinha;
- banheiros com chuveiros, adaptados para pessoa com deficiência;
- banheiros (vestuário) para funcionários;
- lavanderia;
- abrigo externo de resíduos sólidos;
- sala de TV;
- sala administrativa (Escritório);
- almoxarifado.

4.4 Equipe mínima

Quanto a equipe mínima para gestão da UA, os artigos nº 46 e 47 da referida Portaria referem:



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

- 56 horas semanais de profissionais de nível universitário da área da saúde, com distribuição entre os turnos de domingo a domingo de maneira a garantir a presença mínima de um profissional por período todos os dias da semana. Totaliza o mínimo de 02 profissionais de nível superior, entre as categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, médico, profissional da educação física na saúde. Propõe-se que sejam 02 profissionais de categorias diferentes.
- Profissionais de nível médio, com a presença mínima de 2 (dois) em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia. Considerando plantão 12x36h, totalizaria 08 profissionais (04 de 7h às 19h, sendo 02 a cada plantão e 04 de 19h às 7h sendo 02 a cada plantão). Considerando melhor suporte e acompanhamento dos moradores nas atividades internas e eventualmente externas *propõe-se que o projeto municipal considere a presença mínima de 3 (três) profissionais de nível médio no período diurno, contemplando as categorias técnico de enfermagem e cuidador social.*

Propõe-se que a UA tenha também o suporte de:

- Auxiliar de serviço gerais, em regime de plantão 12/36h. Totaliza 02, de 7h às 19h, sendo 01 por plantão.
- Coordenação do local, por profissional de nível superior nas categorias profissionais indicadas na Portaria de consolidação nº 03/2017, anexo V, Seção IV.

Síntese de Quadro profissional para gestão da UA

Recursos Humanos	Regime de Trabalho	Quantitativo por UA	Quantitativo Total (2 UA)
Coordenador	40h	01	02
Profissional de nível superior	30h a 40h	02	04
Profissional de nível médio diurno	Plantão 12x36h	06	12



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

Profissional de nível médio noturno	Plantão 12x36h	04	08
Auxiliar de serviços gerais	Plantão 12x36h	02	04
Total		15	30

4.5 Materiais, insumos, e serviços estruturais essenciais relacionados

Necessário que a UA disponha e garanta alimentação, vestuário, material de higiene e limpeza (pessoal e do ambiente), material de escritório, papelaria e armário, eletrodomésticos, utensílios domésticos, mobiliário, pagamento de aluguel (na hipótese de locação de imóvel), água encanada e energia elétrica, rede de internet, contratação de serviços de manutenção e reparos domésticos quando necessários, e outros itens essenciais para o funcionamento de uma moradia.

Indica-se inclusão da UA em contrato de fornecimento de alimentação (café, almoço, lanche da tarde e jantar) além da disponibilização de alimentos saudáveis no local.

Também a inclusão da UA nos contratos de manutenção predial da SEMUS atendendo parcial ou totalmente essas demandas se reduzir custos e otimizar recursos.

4.6 Vinculação ao CAPS AD III de referência

A UA deve estar integrada ao CAPS AD III que é a referência para o acompanhamento em saúde mental para a condição de uso de álcool, crack e outras drogas. Deve conhecer e participar da elaboração e execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada residente da UA. A comunicação entre as equipes do CAPS AD III e UA deve ser permanente e acessível atualizando as necessidades de acompanhamento



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

e revisão de PTS. A equipe da UA deve ser incluída no CNES do CAPS AD III. O alinhamento entre equipes do CAPS AD III e UA para o cuidado integral aos pacientes acompanhados precisa ser efetivo para qualificar o acompanhamento proposto.

5. SOLUÇÃO ADEQUADA PARA A IMPLANTAÇÃO

A forma indicada para gestão da Unidade de Acolhimento é por meio de celebração de *Termo de Colaboração* entre a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e Organização da Sociedade Civil (OSC).

A escolha da OSC se dará por meio de realização de Chamamento Público, instaurando processo de seleção de OSC que atenda a critérios e requisitos previamente estabelecidos para celebração de Termo de Colaboração.

Pode-se estabelecer cronograma para desembolso ao longo do período da contratualização, mediante a devida comprovação contábil e financeira.

6. ESTIMATIVAS DE ATENDIMENTO AO PÚBLICO-ALVO

Considerando que cada unidade de acolhimento possui 15 vagas, por período variável até o limite de 06 meses;

Considerando que são propostas 02 unidades de acolhimento;

Considerando como parâmetros mínimo e máximo um período médio de 03 meses por usuário e o período limite de 06 meses por usuário;

Podemos estimar como número de pessoas atendidas nas Unidades de Acolhimento entre 60 e 120 por ano.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

7. VALOR ANUAL ESTIMADO PARA GESTÃO DA UA

Estima-se que a proposta de UA de Vitória tenha valor de custeio entre R\$ 1.600.000,00 (um milhão e seiscentos mil reais) e R\$ 1.800.000,00 (um milhão e oitocentos mil reais) anuais por unidade.

Para cada UA adulto habilitada junto ao Ministério da Saúde, está estabelecido o repasse de R\$ 50 mil reais / mês (*R\$ 600 mil reais por ano*), conforme Portaria GM/MS nº 2.289 de 8 de dezembro de 2023.

Assim, o financiamento federal corresponderia de 33,5% a 37,5% do custeio anual, e o município financiaria com recursos próprios entre 62,5% e 66,5%.

Referências para a estimativa

A proposição de gestão de Unidade de Acolhimento no município do Rio de Janeiro (RJ), observado no Chamamento Público nº 002/2023 CP-SMS/RJ, demonstra no cronograma de desembolso valor mensal de custeio de R\$ 206.043,68 (R\$ 2.472.524,16 reais por ano).

O Convênio do município de Vitória para gestão da Residência Terapêutica a pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência e sem vínculos familiares (Convênio nº 063/2020) tem como valor anual provisionado em seu último Termo Aditivo R\$ 1.129.676,84 reais, para atendimento integral a 06 moradores. Apesar de ser um serviço com outra finalidade e acompanhando pessoas com limitações clínicas e na autonomia significativos, por se tratar de espaço de moradia 24h todos os dias da semana com equipe diurna e noturna, pode contribuir com parâmetros de custeio necessário.

Estima-se que a proposta de UA de Vitória tenha valor entre R\$ 1.600.000,00 e R\$ 1.800.000,00 anuais por unidade. Considerando a implantação de 2 UA, portanto, o valor total estimado é entre R\$



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

3.200.000,00 (três milhões e duzentos mil reais) e R\$ 3.600.000,00 (três milhões e seiscentos mil reais).

8. RESULTADOS ESPERADOS

A retaguarda de uma UA fortalece o cuidado integral para os casos mais graves de uso de álcool, crack e outras drogas com significativas vulnerabilidades sociais, agindo de forma protetiva, ampliando o acompanhamento necessário e garantindo condições fundamentais de subsistência (moradia, alimentação, acolhimento) em articulação com o cuidado intensificado em saúde mental necessário, a partir do CAPS AD III.

Entre os resultados esperados, destacam-se:

- Aumento da vinculação dos pacientes ao tratamento proposto;
- Mais condições a pacientes em situação de vulnerabilidade conseguirem dar continuidade aos acompanhamentos de saúde propostos;
- Redução de abandono do tratamento e distanciamento da rede de saúde;
- Redução de recaídas graves com abandono de tratamento;
- Maior proteção e suporte de forma assistida por equipe a pacientes graves e vulneráveis;
- Aumento de recursos assistenciais visando recuperação integral em saúde e mais condições para estabilidade em saúde mental.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

9. CONCLUSÃO SOBRE VIABILIDADE PARA IMPLANTAÇÃO DE UA

Conclui-se que há indicação e justificativa para que se implantação de Unidade de Acolhimento Adulto de caráter transitório, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo 01 para público masculino de 15 vagas e 01 para público feminino de 15 vagas. A solução descrita neste documento se mostra tecnicamente viável e fundamentadamente necessária.

Vitória/ES, 10 de maio de 2024.

**RODRIGO DOS SANTOS
SCARABELLI:10418151741**

Assinado de forma digital por RODRIGO
DOS SANTOS SCARABELLI:10418151741
Dados: 2024.05.10 19:21:37 -03'00'

Rodrigo dos Santos Scarabelli

PMV/SEMUS/GAS

Área Técnica Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:16:28. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
FB59D57C-F5E2-460D-ACC8-866D737BDFE8

LINHA DE CUIDADO A PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA



PREFEITO MUNICIPAL DE VITÓRIA

LORENZO PAZOLINI

VICE-PREFEITA MUNICIPAL DE VITÓRIA

ESTÉFANE DA SILVA FRANCA FERREIRA

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA

MAGDA CRISTINA LAMBORGHINI

SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

ARLETE FRANK DUTRA

SUBSECRETÁRIA DE APOIO ESTRATÉGICO

ROSEMARY MARTINS MAGALHÃES

GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUCIANA CORREA MIRANDA MALINI

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

ANDRÉA CAMPOS ROMANHOLI

CAROLINA PIAZZAROLLO LOUREIRO

DANIEL DOMITH VICENTE

RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI

SOLANGE DRUMOND LANNA

COLABORADORES

ALANA PEREIRA RODRIGUES

CAROLINA DA SILVEIRA SEIXAS

CLEILSON TEOBALDO DOS REIS

ELIENE ROCHA GOMES

HERLAM WAGNER PEIXOTO

ILKA ALMEIDA NEVES

LUIZ CLAUDIO OLIVEIRA DA SILVA

LUIZA HELENA DE CASTRO VICTAL

MARIA APARECIDA RAPOSO

MARISTHER BRAGA

PAOLA DANIELLY ULIANA PETERLE

PEDRO HENRIQUE CUNHA DUQUE

RAPHAEL AGRIZZI PEREIRA
TAÍS ANDRADE PIMENTEL CREMASCO
THAIS LOUZADA BRUMATTI
THIAGO EUZEBIO RODRIGUES
SÔNIA MUNIZ GOMIDE GOMES

Ficha Catalográfica

Vitória (ES). Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de
Atenção à Saúde.

Linha de cuidado a pessoa com comportamento suicida / Prefeitura Municipal de
Vitória. Secretaria Municipal da Saúde. Gerência de Atenção à Saúde – Vitória: PMV,
2024.

120p. : il.

Contém bibliografia

ISBN 978-65-985306-0-0

1. Políticas Públicas. 2. Suicídio. I. Título

CDU 614:394.86

APRESENTAÇÃO

O município de Vitória, assim como o Brasil e o mundo, vem identificando um aumento considerável no número de situações relacionadas ao comportamento suicida. Por esta razão, visando à prevenção e ao cuidado, a rede municipal de saúde de Vitória tem buscado ampliar sua capacidade para detectar estas situações com rapidez e oferecer o acolhimento e a assistência necessária. Nesse sentido, em 2012, com objetivo de organizar orientações para a atenção a estas situações, foi formado um grupo de trabalho envolvendo profissionais de diversas gerências e serviços que, em trabalho coletivo, elaborou um documento de orientação sobre a oferta de cuidado e prevenção ao suicídio, enviado a todos os serviços da rede de saúde municipal no ano de 2014, e que permaneceu vigente até o presente momento.

A construção de uma Linha de Cuidado de Atenção a Pessoas com Comportamento Suicida vem, neste momento, atualizar este documento de orientação, o que se torna necessário no contexto pós-pandemia da Covid-19 em que cresceram as demandas de atenção em todo campo da saúde mental, incluindo as ligadas ao suicídio. Além disso, considerando a implantação do projeto Rede Vix Saúde que visa planificar, reorganizar e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde de Vitória, a integração desta Linha de Cuidado a este processo é importante e fundamental.

Com este documento espera-se que os profissionais da rede municipal de saúde tenham subsídios para acolher as pessoas, ouvi-las e identificar as situações em que o risco de suicídio esteja presente, com vistas a evitá-lo a partir da oferta do cuidado integral, além de cumprir a responsabilidade de notificar toda situação de violência.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 NOTIFICAÇÃO E ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO COMPORTAMENTO SUICIDA EM VITÓRIA.....	12
2.1 DADOS DE MORTALIDADE.....	13
2.2 DADOS DE MORBIDADE	15
3 OBJETIVOS DA LINHA DE CUIDADO A PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA.....	17
4 SOBRE O COMPORTAMENTO SUICIDA.....	18
4.1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS	18
4.2 COMPORTAMENTO SUICIDA	19
5 ATENÇÃO À PESSOA COM RISCO DE SUICÍDIO.....	32
5.1 PREVENÇÃO.....	32
5.1.1 Restrição do acesso aos meios de suicídio.....	38
5.1.2 Desenvolvimento de ações psicossociais e de promoção da saúde para adolescentes	42
5.1.3 Abordagens dirigidas a grupos e populações vulnerabilizados	44
5.1.4 Identificação de situações de risco de suicídio.....	47
5.2 AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO.....	50
5.2.1 Avaliação de risco	50
5.2.2 Indicação do nível de risco	56
5.2.3 Organização do cuidado após a avaliação de risco	58

5.3 CUIDADO A PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA.....	59
5.3.1 O Plano de Segurança	67
5.3.2 Outras intervenções	68
5.3.3 Atenção à pessoa pós-tentativa de suicídio.....	70
5.3.4 Atenção às pessoas com risco iminente de suicídio.....	74
5.4 POSVENÇÃO.....	77
6 ORIENTAÇÃO AOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA	79
6.1 ORIENTAÇÃO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	79
6.2 ORIENTAÇÃO AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	87
6.3 ORIENTAÇÃO À CASA ROSA	93
6.4 ORIENTAÇÃO AOS DEMAIS CENTROS DE REFERÊNCIA MUNICIPAIS	93
6.5 ORIENTAÇÃO AOS SERVIÇOS DE PRONTO-ATENDIMENTO.....	107
7 PROCEDIMENTOS A PARTIR DAS NOTIFICAÇÕES ENVIADAS PELO NUPREVI...	110
8 REFERÊNCIAS	112
ANEXO I – ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO⁸.....	118
APÊNDICE I – O PLANO DE SEGURANÇA.....	119

FIGURAS

FIGURA 1 – Taxa de mortalidade específica por suicídio (CID 10: X60 a X84) em residentes no município de Vitória/ES.

FIGURA 2 – Percentual de notificações de violências autoprovocadas de residentes em Vitória, segundo faixa etária no ano de 2022, n = 965.

FIGURA 3 – Percentual de notificações de violência autoprovocada em residentes em Vitória segundo meio utilizado no ano de 2021, n = 663.

FIGURA 4 – Ações indicadas visando a redução do acesso aos meios de suicídio na Rede Municipal de Saúde de Vitória.

FIGURA 5 – Dimensões que devem orientar a avaliação do risco de suicídio.

FIGURA 6 – Características que acompanham o aumento da intencionalidade suicida.

FIGURA 7 – Exemplos de perguntas a se fazer.

FIGURA 8 – “Regra dos D” – transtornos mentais e estados afetivos associados ao suicídio.

FIGURA 9 – Processo de atenção a pessoas com comportamento suicida.

FIGURA 10 – Diagrama de ordenação dos serviços por classificação de risco.

FIGURA 11 – Conduta na atenção à pessoa pós-tentativa de suicídio.

FIGURA 12 – Atenção a pessoas em risco iminente de suicídio.

TABELAS

TABELA 1 – Número absoluto de notificações de Violências Autoprovocadas (autoagressões e tentativas de suicídio) em residentes em Vitória.

TABELA 2 – Conceitos fundamentais sobre comportamento suicida.

TABELA 3 – Definições de Comportamento Suicida e de Automutilação Não Suicida no DSM-5 TR.

TABELA 4 – Crenças errôneas em relação ao suicídio.

TABELA 5 – Fatores de risco para o suicídio.

TABELA 6 – Alguns dos principais fatores de risco predisponentes e precipitantes.

TABELA 7 – Fatores protetivos para o comportamento suicida.

TABELA 8 – 13 sinais de risco para o comportamento suicida.

QUADROS

QUADRO 1 – Ordenação do cuidado do paciente de acordo com a classificação de risco.

QUADRO 2 – Manejo do cuidado a pessoas com comportamento suicida a partir da classificação de risco.

1 INTRODUÇÃO

A complexidade multifatorial do comportamento suicida, sua gravidade e o impacto causado por ele na sociedade exigem que diversos setores da administração pública se mobilizem e se organizem em rede, estabelecendo uma abordagem integral ao fenômeno.

Os serviços de saúde, em especial, estão na linha de frente da prevenção e do cuidado e cotidianamente lidam de forma direta com o comportamento suicida. Diante disso, são necessárias diversas medidas para fortalecer esses serviços, preparando os trabalhadores da saúde para o enfrentamento de situações muitas vezes difíceis, estressantes e potencialmente traumáticas para os todos os envolvidos.

O presente documento busca oferecer aos serviços uma referência no sentido de estabelecer fluxos e atribuições de forma clara, contribuindo para a formação de uma rede potente, com responsabilidades de cuidado compartilhadas e capacidade de oferta de serviços ampliada, capaz de lidar com situações complexas e graves.

A sistematização do percurso assistencial na atenção ao comportamento suicida, de acordo com as necessidades do sujeito, viabilizará uma maior comunicação entre os diversos pontos de atenção, equipes e usuários, aspecto imprescindível para o cuidado integral, com ações que envolvam a promoção da saúde, a prevenção do agravo, a assistência, a reabilitação, a posvenção e a vigilância em saúde das tentativas de suicídio e demais lesões autoprovocadas.

As orientações apresentadas nesta Linha de Cuidado seguem as determinações da Lei Federal nº. 10.216¹, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e da Portaria Ministerial nº 1876 de 14 de agosto de 2006², que institui as “Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio”, prezando para que todas as ações de cuidado aconteçam dentro de parâmetros técnicos e em respeito ao sujeito e seus

direitos.

A natureza dinâmica do fenômeno suicida exige da rede e, por consequência, de suas diretrizes, flexibilidade e adaptabilidade, demandando também contínuo aprimoramento de conhecimentos, qualificação das práticas e formação profissional. Assim, entende-se que o documento ora apresentado se constitui em um ponto de referência, sempre sujeito a novas adequações e aprimoramentos.

2 NOTIFICAÇÃO E ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO COMPORTAMENTO SUICIDA EM VITÓRIA

A partir da Portaria MS nº 1.271/2014³, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, as violências autoprovocadas passaram a ser um agravo de notificação **obrigatória e imediata**, ou seja, agravos em que a **notificação deve ser feita para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas**, com o objetivo de efetivar a continuidade do cuidado às pessoas e famílias envolvida, no menor tempo possível.

Tal posição foi reafirmada pela Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019⁴, que define que **são de notificação compulsória** os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada, sendo entendidos como tais: **as tentativas de suicídio e os atos de automutilação, com ou sem ideação suicida**. Determina, ainda, que “nos casos que envolverem criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá receber a notificação” e que as notificações de violência autoprovocada “têm caráter sigiloso, e as autoridades que a tenham recebido ficam obrigadas a manter o sigilo” (BRASIL, 2019).

A notificação do agravo é essencial, pois dá início a ações que visam impedir ou reduzir o agravamento da situação, se caracterizando como **prevenção secundária**.

A partir das notificações é possível também realizar análises epidemiológicas que permitam ampliar a compreensão das dimensões do problema e, desse modo, fornecer subsídios fundamentais para a tomada de decisões e elaboração de políticas

públicas, na medida em que apontam as vulnerabilidades, fatores de risco, circunstâncias, impacto etc.

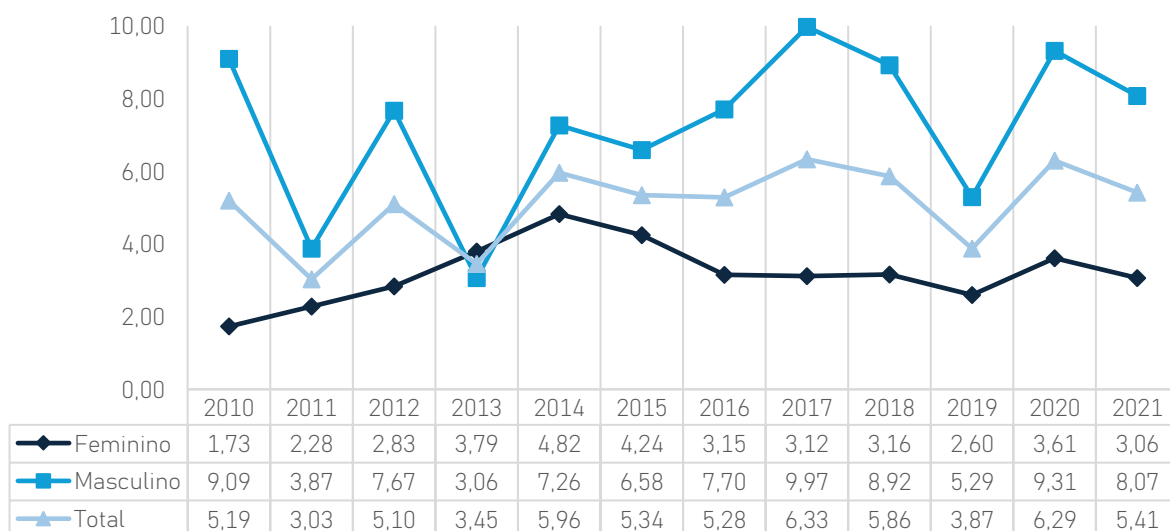
O setor de Vigilância de Violências de Vitória realiza a análise e registro das notificações de violências autoprovocadas do município, analisa os dados que incluem informações sobre os atos auto lesivos, sobre as tentativas de suicídio e sobre a mortalidade relativa aos suicídios, produz material de informação e de educação em saúde sobre o tema e articula a atenção a estas situações. Os dados mais recentes, até o ano de 2022, seguem abaixo:

2.1 DADOS DE MORTALIDADE

Os dados referentes a morte por suicídio são provenientes do Sistema de Mortalidade do SUS (SIM), tendo como fonte de informação as Declarações de Óbito. A análise da Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas (suicídio) no Brasil no período de 2014 a 2021 revela uma tendência de crescimento de 5,72 por 100.000 habitantes para 7,50 por 100.000 habitantes (2021 dados preliminares), respectivamente.

Esta tendência se repete no Estado do Espírito Santo no período de 2014 a 2021 (dados preliminares), intervalo em que se observa um aumento de 4,4 por 100.000 habitantes (2014) para 6,50 por 100.000 habitantes (2021).

FIGURA 1 – Taxa de mortalidade específica por suicídio (CID 10: X60 a X84) em residentes no município de Vitória/ES.



FONTE: PMV/SEMUS/GVS/CVE-SIVE: extraído do SIM Vitória em 06/03/2023.

No município de Vitória/ES a análise da Taxa de Mortalidade por Suicídio no período de 2014 a 2021 (feito atualização dos dados nacionais e do ES), revela uma pequena redução: de 5,96 para 5,41 óbitos por 100.000 habitantes.

Se analisarmos sobre o recorte por sexo observa-se:

- Para o sexo masculino, houve um aumento da taxa de 7,26 por 100.000 habitantes (2014) para 8,07 por 100.000 habitantes (2021).
- Para o feminino, houve queda da taxa de 4,82 por 100.000 habitantes (2014) para 3,06 por 100.000 habitantes (2021).

Com relação ao meio de agressão utilizado para cometimento do suicídio (período de 2014 a 2021) o enforcamento foi o mais utilizado, seguido pela precipitação de local elevado, ingestão de medicamentos (principalmente psicotrópicos) e disparo por arma de fogo, respectivamente.

2.2 DADOS DE MORBIDADE

Estes dados referem-se às violências autoprovocadas (autolesões e tentativas de suicídio) e são provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2014 a 2019 e do sistema de informações do SUS, o ESUS VS, relativos ao período de 2019 a 2022.

Na análise do número de notificações de Violências Autoprovocadas (autoagressões e tentativas de suicídio) em residentes em Vitória no período de 2014 a 2022 observa-se um aumento progressivo nos anos de 2014 (179), 2015 (214), 2016 (302), 2017(379), 2018 (506), 2019 (778).

Em 2020 foram 452 notificações, uma queda de 41,90% com relação ao ano de 2019 durante o primeiro ano da Pandemia COVID 19. Esta tendência de queda foi revertida nos anos subsequentes: 2021(663) e 2022(965).

TABELA 1 – Número absoluto de notificações de Violências Autoprovocadas (autoagressões e tentativas de suicídio) em residentes em Vitória/ES.

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
179	214	302	379	506	778	452	663	965

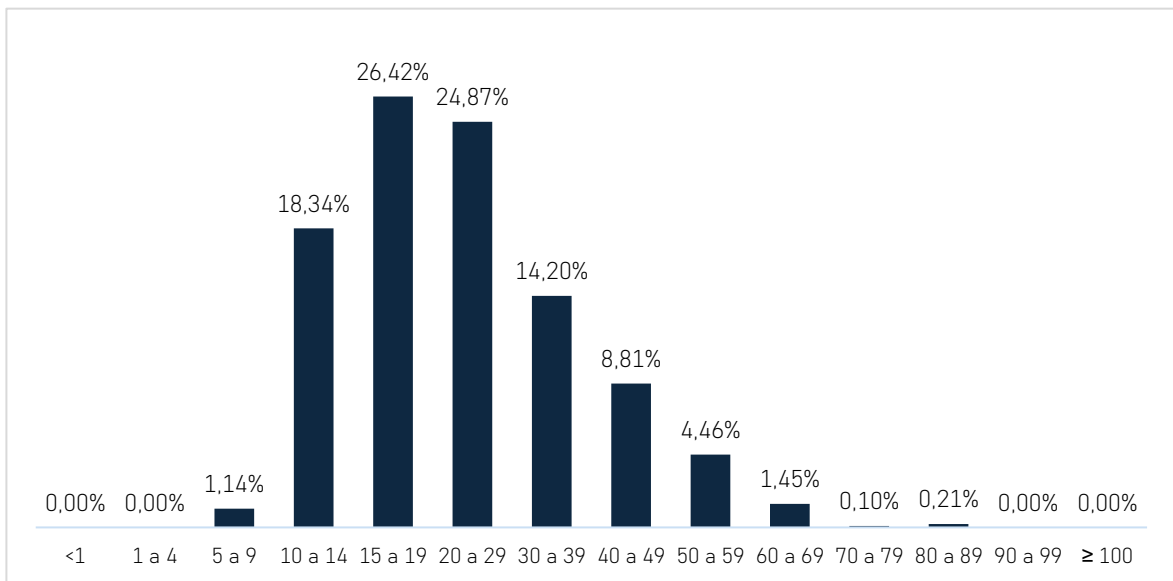
FONTE: SEMUS/GVS/NUPREVI.

Algumas observações são importantes com relação a estes dados:

- Analisando os dados de 2022 observamos que 81,14% das vítimas são do sexo feminino.
- Em 63,63% dos casos as vítimas se autodeclararam da raça negra (Preta + Parda).
- Com relação a ocorrência anterior, 61,66% dos casos já aconteceram anteriormente.

A distribuição dos casos com relação a Faixa Etária é visualizada no gráfico abaixo: a Faixa de 5 a 19 anos corresponde a 45,91% dos casos notificados; de 20 a 59 anos a 52,34% e de 60 anos ou mais a 1,74%.

FIGURA 2 – Percentual de notificações de violências autoprovocadas de residentes em Vitória, segundo faixa etária no ano de 2022, n = 965.



FONTE: PMV/SEMUS/GVS/CVE/NUPREVI, extraído do e-SUS VS em 20/02/2023.

Com relação a classificação dos tipos de violências autoprovocadas:

- 76,58% são tentativas de suicídio;
- 21,66% são lesões autoprovocadas por objetos cortantes (cutting) e
- 1,76% outras formas de autoagressões (por exemplo, corte, queimadura, esfaqueamento, bater, fricção excessiva tricotilomania etc.).

3 OBJETIVOS DA LINHA DE CUIDADO A PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Objetivo geral

Qualificar a atenção integral a pessoas que apresentam comportamentos suicidas e a seus familiares, a partir da organização dos processos de cuidado oferecidos na Rede de Atenção à Saúde de Vitória.

Objetivos específicos

- Contribuir para a ampliação da prevenção dos agravos relacionados ao comportamento suicida; das ações de promoção da saúde e do acesso ao cuidado.
- Subsidiar os profissionais da rede municipal de saúde com informações e orientações assertivas sobre a condução do cuidado.
- Sistematizar as ações a serem adotadas no percurso de cuidado às pessoas com comportamento suicida.

4 SOBRE O COMPORTAMENTO SUICIDA

4.1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS

COMPORTAMENTO SUICIDA

Refere-se a "uma diversidade de comportamentos que incluem pensar em suicídio (ideação suicida), planejar o suicídio, tentar o suicídio e cometer o suicídio propriamente dito" ⁵.

IDEAÇÃO SUICIDA

São "pensamentos relacionados a causar a própria morte. Ideação suicida pode variar em gravidade dependendo da especificidade dos planos de suicídio e do grau de intenção suicida (expectativa subjetiva e desejo de que um ato autodestrutivo termine em morte)" ⁶.

TENTATIVA DE SUICÍDIO

"Comportamento autoagressivo com resultado não fatal acompanhado de evidência (explícita ou implícita) de que a pessoa pretendia morrer" ⁶.

SUICÍDIO

"[...] ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal." ⁵ "Morte autoprovocada, com evidência (explícita ou implícita) de que a pessoa pretendia morrer." ⁶ "Ato de tirar a própria vida deliberadamente" ⁷.

AUTOMUTILAÇÃO DELIBERADA

“Autorrealização intencional de atos dolorosos, destrutivos ou prejudiciais atingindo o corpo, sem intenção de morrer” ⁶.

FONTES: Elaborado pela equipe da Câmara Técnica de Elaboração da Linha de Cuidado para Pessoas que Apresentam Comportamento Suicida a partir de conteúdos da APA (2010) e da OMS (2014).

4.2 COMPORTAMENTO SUICIDA

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, sendo equivocado pensar em causas únicas ou em determinações definitivas. O ato suicida, em si, é o ato final de retirar a própria vida, dentro de um conjunto de comportamentos conhecidos por comportamento suicida, que inclui desde a ideação suicida (o pensar no suicídio), planejar o suicídio, tentar o suicídio e cometer o suicídio propriamente dito ^{6; 10}.

As situações envolvendo o comportamento suicida podem ocorrer como crises, que exigem intervenção imediata. Uma crise, segundo Botega⁸, é um “momento decisivo, difícil de separar, decidir, julgar”.

Existem crises relativas a situações que podem ser vividas com alguma dificuldade, mas que envolvem experiências socialmente mais demarcadas, como, por exemplo, formatura, parentalidade, casamento, separação entre outros. As crises circunstanciais, por outro lado, acontecem a partir de acontecimentos e situações inesperadas, imprevistas, envolvendo fatos sobre os quais o sujeito tem pouco controle. Estas crises geralmente são vividas de forma dolorosa e sofrida, gerando angústias e sentimentos negativos que precisarão ser elaborados para que a pessoa atravessasse tal situação, conseguindo integrá-la em sua história e manter o andamento de sua vida⁸.

Quando as crises são vividas como insuportáveis, a ponto de a pessoa se sentir sem condições de tolerar e de seguir vivendo, podem se tornar um momento mobilizador

para o comportamento suicida. Estas crises podem ocorrer em momento de gravidade de um transtorno mental existente ou devido à desorganização emocional vivida em função de um acontecimento doloroso, vivido como intolerável⁸.

Ter espaços e pessoas a quem se dirigir nos momentos de crise, para ter ajuda, para falar da dor e do sofrimento, e mesmo das ideias e pensamentos suicidas que podem surgir, será essencial para que o sujeito consiga atravessar este momento.

A oferta de **acolhimento e escuta** pode fazer toda a diferença para a prevenção do suicídio.

As pesquisas apontam que há um conjunto de fatores que interagem entre si contribuindo para a suscetibilidade para o suicídio. Entende-se que há algum nível de propensão biológica relacionada à genética, hereditariedade, bem como ação de fatores ambientais, como adversidades ocorridas na infância, por exemplo. Alguns componentes são citados como importantes para esta suscetibilidade, tais como “traços impulsivos e/ou agressivos, experiências traumáticas na infância como a privação materna e o abuso físico, desamparo, pessimismo, carência de apoio social, rigidez cognitiva, prejuízo na capacidade de solução de problemas e acesso a meios letais”⁸.

Várias teorias psicológicas contribuem, também, para o entendimento do comportamento suicida e a suscetibilidade para o ato, e reforçam o entendimento de que o suicídio se relaciona à tentativa de escapar de uma dor psíquica insuportável, vivida como sentimento de desesperança, desespero e desamparo, mas sempre havendo algum nível de ambivalência entre o desejo de viver e o desejo de morrer⁸.

A existência de transtornos mentais é fator que amplia o risco de suicídio. Também é importante saber que o ato suicida envolve agressividade e, muitas vezes, impulsividade, podendo, ainda, ocorrer independentemente de haver crises, como reação impulsiva a um acontecimento inesperado.

O suicídio não consta como transtorno mental nos manuais de classificação de doenças. No DSM-5 TR⁹, a mais recente revisão deste manual, o Comportamento Suicida está no grupo nomeado como “Outras condições que podem ser um foco de Atenção Clínica”, onde também consta a “automutilação não suicida”:

TABELA 3 – Definições de comportamento suicida e de automutilação não suicida no DSM-5 TR.

COMPORTAMENTO SUICIDA	AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA
Esta categoria pode ser usada para indivíduos que se envolveram em atividades potencialmente auto lesivas, comportamento com pelo menos alguma intenção de morrer como resultado do ato. Evidência de intenção de acabar com a própria vida pode ser explícito ou inferido do comportamento ou das circunstâncias.	Esta categoria pode ser usada para indivíduos que se envolveram em danos auto infligidos intencionalmente ao seu corpo, de um tipo que possa induzir sangramento, hematomas ou dor (por exemplo, corte, queimadura, esfaqueamento, bater, fricção excessiva) na ausência de intenção suicida.

FONTE: DSM-5-TR⁹, p. 822-823

Embora não seja um transtorno específico, nem aconteça apenas em pessoas afetadas por transtornos, é importante lembrar que a existência de transtornos mentais contribui para maior vulnerabilidade das pessoas ao comportamento suicida. Assim, a atenção integral continuada a pessoas que sofrem por transtornos mentais é uma ação importante de cuidado e de prevenção ao suicídio.

Pela intensidade afetiva geralmente envolvida, a abertura para o acolhimento e cuidado

às pessoas que apresentam comportamento suicida por vezes não é tão acessível como necessário. É importante trabalhar com os profissionais de saúde sua compreensão e seus sentimentos com relação ao tema, pois devem estar melhor preparados para falar sobre o suicídio, bem como para acolher e ouvir as pessoas com comportamento suicida.

Apesar do aumento das pesquisas e do conhecimento sobre o suicídio e sua prevenção, tabus e estigmas em torno do suicídio persistem e muitas pessoas não procuram ajuda ou encontram-se sozinhas enfrentando essa situação. Por vezes, quando procuram o suporte necessário, muitos sistemas e serviços saúde não fornecem uma assistência oportuna e eficaz¹⁰.

Mudar esta realidade envolve qualificar a informação sobre o tema e seu acesso e desfazer crenças equivocadas que o permeiam, como as dispostas a seguir.

TABELA 4 – Crenças errôneas em relação ao suicídio.

“SE EU PERGUNTAR SOBRE SUICÍDIO, POSSO INDUZIR O PACIENTE A ISSO”.

Por causa do estigma, as pessoas temem conversar sobre suicídio. Na verdade, falar sobre ideias suicidas, se feito de modo sensato e franco, fortalece o vínculo com o paciente, que passa a se sentir acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento. Poder falar sobre suicídio também permite que a pessoa reflita sobre seus sentimentos e sua decisão, sendo ação preventiva do suicídio

“QUEM QUER SE MATAR, SE MATA MESMO.”

Essa postura pode conduzir ao imobilismo terapêutico. Ao contrário dessa ideia, as pessoas que pensam em suicídio frequentemente estão ambivalentes entre viver ou morrer. Quando elas obtêm apoio emocional no momento certo, podem desistir do suicídio. Quando falamos em prevenção, não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim de evitar aqueles que podem ser evitados.

“NO LUGAR DELE EU TAMBÉM ME MATARIA...”

Há sempre o risco de o profissional se identificar profundamente com aspectos do desamparo e da desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para iniciar ou não ações de prevenção. Dividir a situação com colegas de equipe é importante para evitar este problema e para se manter em condições de cuidar.

“QUEM SE MATA É BEM DIFERENTE DE QUEM APENAS TENTA”.

Vistas em conjunto, as pessoas que tentam o suicídio têm características diferentes daquelas que de fato o cometem. No entanto, há muita heterogeneidade em cada um desses dois grupos. A motivação, a intenção e o grau de letalidade são variáveis. Por isso, é equivocado extrapolar achados de estudos populacionais a situações individuais. As tentativas de suicídio são um dos mais fortes indicadores de risco para o suicídio. Assim, toda a situação de tentativa deve ser acolhida e cuidada de forma bastante atenta.

“A MAIORIA DOS SUICÍDIOS ACONTECEM REPENTINAMENTE, SEM ADVERTÊNCIA PRÉVIA”

Na verdade, a maioria dos suicídios são precedidos de sinais de advertência verbal ou atitudinal. Assim, ainda que alguns suicídios aconteçam sem nenhum sinal prévio, é importante conhecer os sinais de advertência e reconhecê-los quando aparecem.

“O SUICÍDIO SÓ OCORRE QUANDO HÁ UM TRANSTORNO MENTAL”

Ainda que um transtorno mental esteja presente na maioria dos casos, isso não é obrigatório. O comportamento suicida em geral indica um sofrimento profundo, mas não necessariamente um transtorno mental. É importante lembrar, também, que a maioria das pessoas acometidas por um transtorno mental não se mata.

“VEJA SE DA PRÓXIMA VEZ VOCÊ SE MATA MESMO!”

O comportamento suicida exerce um impacto emocional sobre nós, desencadeia sentimentos de hostilidade e rejeição. Isso nos impede de tomar a tentativa de suicídio como um marco a partir do qual podem se mobilizar forças para uma mudança de vida. Novamente, compartilhar a situação e seu manejo com outros colegas de equipe é importante para permitir que os sentimentos pessoais não interfiram negativamente nas ações de cuidado.

“UMA VEZ SUICIDA, SEMPRE SUICIDA!”

A elevação do risco de suicídio costuma ser passageira e relacionada a condições de vida adversas. Mesmo que a ideia suicida possa retornar em outros momentos, ela não é permanente. Pessoas que já pensaram em se matar, ou que chegaram a tentar o suicídio, podem viver, bem, uma longa vida, sem passarem por novos momentos em que pensem em interromper a vida.

“O SUICIDA ESTÁ DECIDIDO A MORRER”

Ao contrário, os suicidas são ambivalentes com relação à vida e a morte. A pessoa pode cometer um ato suicida e morrer em consequência disto, ainda que tenha mudado de ideia e preferisse seguir vivendo. O acesso ao apoio emocional no momento propício pode prevenir o suicídio.

“ELE ESTÁ AMEAÇANDO SE SUICIDAR APENAS PARA MANIPULAR...”

Pode não ser bem assim. Muitas pessoas que se matam haviam dado sinais verbais ou não verbais de sua intenção para amigos, familiares ou médicos. Quem fala de suicídio pode estar pedindo ajuda. Muitas pessoas que pensam em suicídio se sentem ansiosas, deprimidas e sem esperanças, acreditando não haver opções na vida. Ser ouvidas e acolhidas neste momento reduz o risco de suicídio.

FONTE: Adaptado de BOTECA (2015) e ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2014).

Como visto, há muitos mitos e crenças que podem ainda se fazer presentes mesmo entre profissionais das equipes de saúde. Trabalhar sobre os mitos, medos, dúvidas e fantasias existentes sobre o tema é essencial para que de fato, todos os serviços e suas equipes estejam preparados para acolher e cuidar das pessoas, reduzindo o risco de suicídio.

Muitos países já conseguiram produzir mudanças nas atitudes e crenças dos profissionais e da população com relação ao suicídio, fazendo com que mais pessoas se sintam encorajadas

Realizar oficinas, rodas de conversa e ações formativas com os profissionais sobre suicídio é recomendado.

Essas ações podem desfazer dúvidas, angústias ou temor para lidar com as questões relativas ao suicídio.

a procurar ajuda quando têm pensamentos suicidas. Isso significa que o estigma e o tabu foram reduzidos e que os profissionais também se tornaram mais acolhedores e capazes de ouvir e falar sobre o tema, proporcionando o cuidado necessário e avançando na prevenção ao suicídio.

Considerando a complexidade envolvida no comportamento suicida, junto às características singulares de cada caso e situação específica, é importante conhecer os riscos envolvidos e saber reconhecê-los de modo a intervir

oportunamente e evitar seu cometimento. O conhecimento acumulado a partir da análise de dados e casos permite o conhecimento de fatores de riscos clássicos, que devem ser considerados ao se lidar com uma situação concreta e com populações específicas.

A natureza dos fatores de risco é variável, [...]. Há a influência da genética, de elementos da história pessoal e familiar, de fatores culturais e socioeconômicos, de acontecimentos estressantes, de traços de personalidade e de transtornos mentais, para citarmos os mais importantes. Alguns fatores constituem características pessoais imutáveis e, embora não possam ser objeto de ações clínicas ou preventivas, são, na prática, importantes *sinalizadores* de risco de suicídio (por exemplo, sexo, história de abuso sexual ou de tentativa de suicídio). Outros fatores, como transtornos mentais, estado emocional e acesso a meios letais, podem ser modificados, tornando-se alvo tanto da atenção clínica dirigida a um paciente quanto das estratégias de prevenção⁸

TABELA 5 – Fatores de risco para o suicídio.

FATORES PSICOSSOCIAIS

■ Abuso físico ou sexual;	■ Desesperança, desamparo;
■ Perda ou separação dos pais na infância;	■ Ansiedade intensa;
■ Instabilidade familiar;	■ Hostilidade, humilhação, violência (bullying);
■ Ausência de apoio social	■ Racismo, misoginia, LGBTQIA+fobia;
■ Isolamento social;	■ Capacitismo;
■ Perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante;	■ Baixa autoestima;
■ Datas importantes (reações de aniversário);	■ Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo;
■ Desemprego (ou relação violenta, abusiva ou assediosa no trabalho);	■ Rigidez cognitiva, pensamento dicotômico;
■ Aposentada;	■ Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades.
■ Violência doméstica;	

TRANSTORNOS MENTAIS

- Tentativa de suicídio pregressa;
- História familiar de suicídio;
- Ideação ou plano suicida;
- História familiar de transtorno mental;
- Presença de depressão, transtorno bipolar, abuso / dependência de álcool e de outras drogas, esquizofrenia, transtornos da personalidade (especialmente borderline);
- Comorbidade psiquiátrica (coocorrência de transtornos mentais);
- Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental.

OUTROS FATORES

- Acesso a meios letais (arma de fogo, venenos);
- Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas, terminais;
- Estados confusionais orgânicos;
- Falta de adesão ao tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes;
- Relação terapêutica frágil ou instável.

FONTE: Adaptado de Botega⁸.

Os riscos a serem considerados podem ter a ver com acontecimentos da história de vida da pessoa, que a tornam mais vulnerável à possibilidade de um ato suicida (fatores predisponentes), ou fatores recentes, ligados a acontecimentos atuais (fatores precipitantes), que disparam a dor psíquica, o desespero ou outros sentimentos negativos. Alteração do estado por uso de substâncias psicoativas, incluindo bebida alcoólica, e o acesso a meios letais também se incluem nos fatores precipitantes, pois são aspectos que podem facilitar a ocorrência do ato suicida. A tabela a seguir apresenta exemplos de fatores predisponentes e precipitantes.

TABELA 6 – Alguns dos principais fatores de risco predisponentes e precipitantes.

PREDISPONENTES	PRECIPITANTES
▪ Tentativa de suicídio ▪ Transtornos psiquiátricos ▪ Suicídio na Família ▪ Abuso físico ou sexual na infância ▪ Impulsividade / agressividade ▪ Isolamento social ▪ Doenças incapacitantes / incuráveis ▪ Desespero e inquietude ▪ Alta recente de internação psiquiátrica	▪ Desilusão amorosa ▪ Separação conjugal ▪ Conflitos relacionais ▪ Derrocada financeira ▪ Perda de emprego ▪ Desonra, humilhação ▪ Embriaguez ▪ Acesso a um meio letal

FONTE: Botega (2015).

Assim, nos momentos de acolhimento e de avaliação, como durante todo acompanhamento, é preciso ouvir aspectos relativos à história do sujeito e também as questões, problemas e contextos que estejam enfrentando. Ainda que em algumas das situações possa haver pouca possibilidade de intervenção e mudança, o compartilhamento e a possibilidade de refletir sobre elas e elaborar formas de lidar com o contexto contribuem para reduzir a sensação de estar sozinho e sem saída (desesperança), abrindo possibilidades para se lidar com a situação e as emoções relacionadas. Alguns aspectos da história do sujeito representam maior potencial de risco.

Existem, também, fatores que são considerados potencialmente protetivos frente ao comportamento suicida. Conhecer como são estes fatores na vida do sujeito compõe as ações que contribuem no cuidado e na prevenção do suicídio.

Uma tentativa de suicídio anterior é um dos principais fatores de risco para um futuro suicídio. Acolher e realizar abordagens para o cuidado da pessoa que tentou o suicídio estão entre as principais estratégias para se evitar futura tentativa.

TABELA 7 – Fatores protetivos para o comportamento suicida.

PERSONALIDADE E ESTILO COGNITIVO	FATORES SOCIOCULTURAIS
■ Flexibilidade cognitiva ■ Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes ■ Disposição para buscar ajuda Abertura à experiência de outrem ■ Habilidade para se comunicar ■ Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade ■ Habilidade para solucionar problemas da vida	■ Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos, trabalho, estudos etc.) ■ Adesão a valores e normas socialmente compartilhados ■ Prática religiosa e outras práticas coletivas (clubes esportivos, grupos culturais) ■ Rede social que propicia apoio prático e emocional ■ Estar empregado [com emprego estável] ■ Disponibilidade de serviços de saúde mental
ORGANIZAÇÃO FAMILIAR	OUTROS
■ Bom relacionamento interpessoal ■ Senso de responsabilidade em relação à família ■ Crianças pequenas na casa ■ Pais atenciosos e consistentes ■ Apoio em situações de necessidade	■ Gravidez, puerpério ■ Boa qualidade de vida ■ Regularidade do sono ■ Boa relação terapêutica

FONTE: Botega (2015)

Conhecer os fatores de risco para cada situação específica, trabalhar para reduzir aqueles que permitem modificação e para fortalecer ou ativar os fatores de proteção são ações de cuidado que podem ser feitas pelas equipes dos serviços.

Outras informações sobre prevenção e cuidado serão acrescentadas nos tópicos seguintes dedicados a estes temas.

5 ATENÇÃO À PESSOA COM RISCO DE SUICÍDIO

“Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante aos princípios e diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS)”¹¹.

Coerente com a definição acima, a noção de atenção à saúde mantém a compreensão da complexidade da noção ampliada de saúde que é base do SUS:

Numa dimensão ético-política, isto significa afirmar que a “atenção à saúde” se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e, também, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde- doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde¹¹.

A atenção à saúde inclui ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação, pois se trata de lidar com a integralidade da atenção, a partir da organização de uma rede que garanta o cuidado de acordo com as necessidades nos diferentes momentos da vida. No caso do comportamento suicida e seus efeitos, incluímos aí as ações de posvenção, a serem realizadas junto a familiares e amigos de pessoas que cometeram suicídio.

Assim, neste item relativo à atenção à saúde para pessoas que apresentam comportamento suicida, cada uma destas dimensões será discutida.

5.1 PREVENÇÃO

Está bem estabelecido na literatura medidas eficazes na redução da ocorrência de suicídios, sendo necessárias estratégias integrais e intersetoriais para sua prevenção.

A literatura evidencia que suicídios são evitáveis, sendo necessário desenvolver ações de prevenção abrangentes e integradas com diferentes setores da sociedade, como a educação. Entre as estratégias de prevenção do suicídio, está a necessidade de envolvimento de gestores e profissionais de saúde no

planejamento de ações e na definição das intervenções voltadas à prevenção do suicídio e uma articulação intersetorial com formação de redes de apoio a comunidade¹².

Com base em dados científicos, as intervenções de prevenção do suicídio são organizadas em diferentes dimensões: prevenção universal, prevenção seletiva e prevenção indicada¹⁰:

- **PREVENÇÃO UNIVERSAL** - é projetada para atingir toda a população. Visa ampliar o acesso à saúde, reduzir os riscos de suicídio e remover barreiras para o cuidado, de modo a aumentar as possibilidades de atenção e fortalecer processos de proteção.
- **PREVENÇÃO SELETIVA** - é voltada a grupos vulneráveis da população com base em características como idade, sexo, situação ocupacional ou história familiar, entre outras.
- **PREVENÇÃO INDICADA** - é organizada visando certos indivíduos vulneráveis dentro da população - por exemplo, aqueles que mostram sinais precoces de potencial suicida ou aqueles que já fizeram uma tentativa de suicídio.

O documento da OPAS “Prevenção do suicídio: um imperativo global”¹⁰, apresenta algumas possibilidades de intervenção, como o acesso a ajuda por telefone em momento de crise.

■ Linhas telefônicas de ajuda em crises

- Linhas telefônicas de ajuda em caso de crise podem ser disponibilizadas pessoas que não têm outro suporte social ou não querem, ao menos ainda, recorrer a cuidado profissional podem recorrer. Estas linhas telefônicas de apoio podem servir à população em geral ou a grupos vulneráveis específicos, o que pode ser vantajoso

por possibilitar o apoio de pares. Nos Estados Unidos, as linhas telefônicas de ajuda demonstraram ser eficazes no acolhimento de pessoas com intenções suicidas graves e na redução do risco de suicídio durante a sessão de chamada e também nas semanas subsequentes.

No Brasil, a Linha 24 horas do **Centro de Valorização da Vida (CVV), número 188**, cumpre esta função e deve ser sempre divulgada pelos profissionais de saúde às pessoas atendidas.

A divulgação das ações do **CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV)** como recurso de acolhimento imediato 24 horas é uma ação importante, simples e sem custos diretos, que deve ser feita por todos, pois é uma forma de garantir à pessoa em risco que ela pode ter ajuda e ser ouvida a qualquer momento. **LIGUE 188 para contato telefônico com o CVV.**

■ Programas de prevenção do suicídio no local de trabalho

Programas de prevenção abrangentes de suicídio, adaptados à cultura do ambiente de trabalho podem ser eficazes na melhoria de atitudes, conhecimentos e comportamentos e podem reduzir significativamente as taxas de suicídio. Como exemplo é citado um programa desenvolvido entre policiais em Montreal, Canadá. O programa consistiu em meio dia de treinamento sobre suicídio para todos os policiais, com foco na identificação de riscos e maneira de ajudar. Os supervisores e os representantes sindicais receberam um dia de treinamento em avaliação de riscos e

ajuda. Uma linha telefônica de ajuda voluntária por oficiais especialmente treinados foi instalada e também houve uma campanha de divulgação dos recursos disponíveis para cuidado e sobre a importância colaborar na prevenção do suicídio. Este programa teve como resultado a redução de 79% nas taxas de suicídio³⁰.

■ **Outras importantes ações de prevenção sinalizadas na literatura^{13;10;14} incluem:**

- Oferecer apoio/acompanhamento a pessoas que recebem alta hospitalar ou de serviço de urgência psiquiátrica pós-tratamento devido a tentativa de suicídio. Manter, efetivamente, este acompanhamento é uma ação recomendada e eficaz na redução de suicídios e tentativas de suicídio.
- Realizar contatos telefônicos periódicos após a alta hospitalar ou a saída do momento crítico de pessoas que fizeram tentativa de suicídio é uma forma de acompanhamento e prevenção que contribui para a vinculação ao tratamento por pessoas com baixa adesão.
- Buscar apoio da comunidade, envolvendo pessoas da família, amigos, vizinhos no cuidado, orientando-os para monitorar regularmente a situação da pessoa em risco e colaborar na adesão ao tratamento.
- Instituir Programas de Formação de “Agentes de Prevenção”^{10;14}.

No contexto da prevenção do suicídio, a literatura aponta a experiência de formação de “guardiões”, aqui denominados agentes de prevenção. Trata-se de pessoas inseridas na comunidade que estejam em condições de identificar e prover primeiros cuidados a indivíduos que possam estar em risco de suicídio. Potencialmente os principais profissionais que atuam como agentes de prevenção são aqueles que atuam em serviços de saúde (atenção básica, especializada e rede de urgência e emergência) mas também educadores, líderes comunitários, oficiais de segurança pública, bombeiros e outros

agentes que lidem com situações conflitivas, trabalhadores da assistência social, lideranças religiosas de qualquer matriz ou cosmovisão, além de profissionais e gestores de recursos humanos de empresas¹⁰, desde que recebam treinamento sobre como identificar, abordar e encaminhar pessoas sob risco de automutilação e suicídio.

“Os programas de treinamento de agentes de prevenção procuram desenvolver os conhecimentos, atitudes e aptidões dos participantes para que possam identificar as pessoas em risco, o nível de risco e, em seguida, encaminhá-las aos serviços para acompanhamento” ^{10, p.38}. Devem também orientar educadores sobre como abordar o tema com a comunidade escolar motivando estudantes, familiares, professores e demais trabalhadores a procurar ajuda, orientando sobre os serviços de saúde disponíveis, “(...) sem cometer enganos como tentar diagnosticar problemas de saúde ou *dar conselhos que possam agravar o quadro.*”¹⁴

No “Guia para implementação da prevenção ao suicídio ‘Viver a Vida’”, produzido pela OMS¹⁵ em 2021, são apresentadas as principais intervenções gerais baseadas em evidências para prevenção do suicídio, conforme a seguir:

- Limitar o acesso aos meios de suicídio;
- Trabalhar com os meios de comunicação formas responsáveis de tratar do tema;
- Desenvolver aptidões socioemocionais para a vida em adolescentes;
- Atuar para identificar, avaliar, cuidar e manter o acompanhamento das pessoas com comportamento suicida.

O documento aponta, ainda, que para viabilizar a implementação destas medidas, é importante se trabalhar de forma organizada a partir de seis pilares básicos: análise da situação; colaboração multissetorial; sensibilização e promoção; capacitação; financiamento; vigilância, monitoramento e avaliação. Estes pilares mostram que a prevenção ao suicídio precisa ser feita de forma ampla e organizada, com participação

de todos os serviços e de forma intersetorial.

A SEMUS já trabalha com fundamento nos pilares básicos apresentados: a Vigilância Epidemiológica da Secretaria, especificamente o Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NUPREVI), realiza a vigilância e monitoramento de dados a partir das notificações de violência e faz a análise da situação relativa ao suicídio no município; o mesmo NUPREVI junto à Escola Técnica do SUS de Vitória (ETSUS) e a Área Técnica de Saúde Mental realizam ações formativas a partir de curso sobre as Diretrizes de Atenção à Violência, oferecido para a rede intersetorial anualmente; muitos casos são conduzidos a partir de discussões, acompanhamento e colaboração entre diferentes serviços e secretarias municipais.

A sistematização das ações de atenção às pessoas que apresentam comportamento suicida, a partir do presente documento, possibilitará avanços em todos os pilares, principalmente, no que se refere à sensibilização; vigilância; capacitação e promoção da saúde, ampliando a capacidade das equipes para o acompanhamento efetivo dos casos.

Tendo como referência essas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) no campo da prevenção ao suicídio, a rede de saúde de Vitória, dentro das competências municipais, desenvolverá e fortalecerá ações nos seguintes campos:

- ➔ **Restrição do acesso aos meios de suicídio**
- ➔ **Identificação a tempo, notificação, avaliação do risco e execução das ações de manejo e cuidado às pessoas em risco de suicídio**
- ➔ **Implementação de ações de promoção e prevenção em saúde mental, observando os ciclos de vida e vulnerabilidades sociais**

5.1.1 Restrição do acesso aos meios de suicídio

Trata-se de medida indicada em todos os estudos e materiais relacionados à prevenção do suicídio. Sua realização deve se dar a partir do conhecimento da realidade local sobre o comportamento suicida, que permita conhecer os meios mais utilizados.

A eliminação completa dos meios mais usados para o suicídio não é algo possível, devendo-se concentrar esforços naqueles que causam a maior parte das mortes e nos mais utilizados. É importante o alerta de que se deve focar na redução do acesso aos meios mais letais, pois, em caso de se limitar apenas os demais meios, as pessoas podem, como resposta, passar a recorrer a métodos de maior letalidade. Em geral, os meios utilizados com mais frequência nos suicídios consumados são o enforcamento fora de instituições fechadas e a autoimolação, meios que não são facilmente suscetíveis de restrição¹⁵.

Frente a tal situação, a indicação de ações fornecidas, para estes casos, é de:

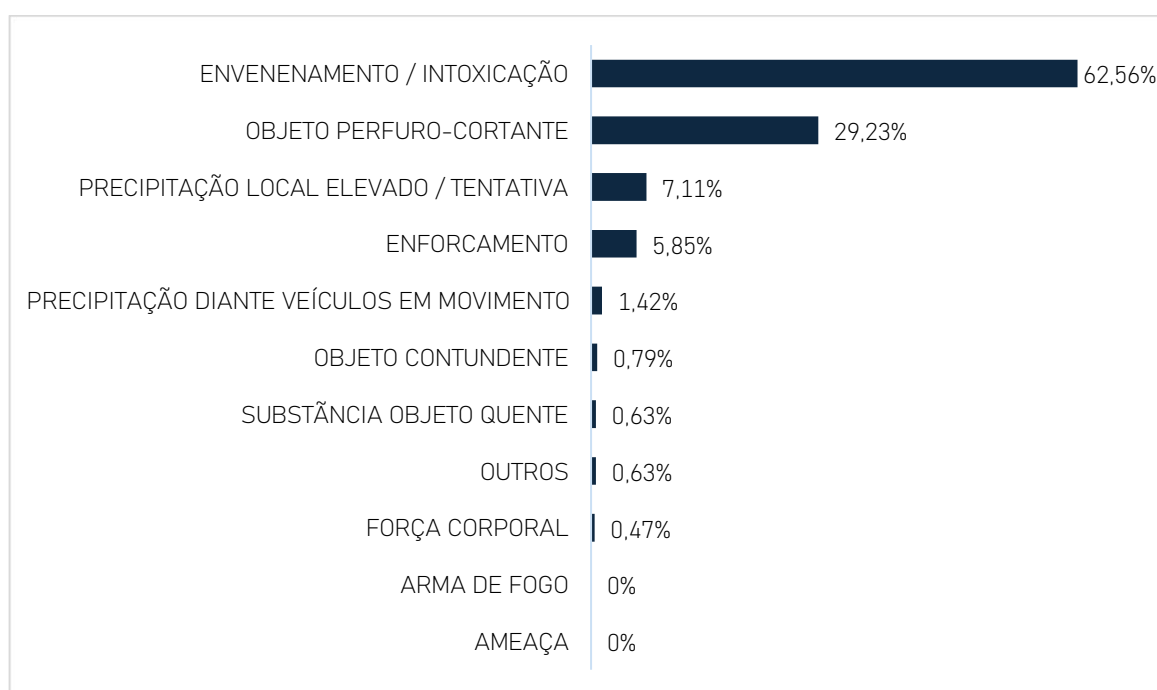
- Assegurar que o trabalho preventivo tenha foco na restrição do acesso aos meios de suicídio em ambientes institucionais;
- Reduzir a probabilidade de imitação destes meios a partir do trabalho com os meios de comunicação, com vistas a não descreverem o método por ocasião das reportagens;
- Melhorar a capacidade de manejo clínico e queimaduras e enforcamentos quase mortais;
- Melhorar a busca de ajuda na comunidade;
- Melhorar a detecção oportuna das pessoas em risco de suicídio (detecção oportuna, avaliação, gestão e seguimento do caso).

As medidas acima devem fazer partes do conjunto de ações de prevenção ao suicídio em âmbito geral, desenvolvendo-se as ações cabíveis ao nível municipal realizando as articulações necessárias para que aconteçam as ações que extrapolam a possibilidade de execução neste nível de gestão.

Para lidar com a restrição aos principais meios utilizados no contexto de Vitória, é necessário analisar a situação local a partir dados da Vigilância Epidemiológica, elucidando quais os meios de suicídio têm sido mais utilizados e, assim, avaliar as possibilidades de atuação para redução do acesso.

A figura a seguir mostra os meios mais utilizados nas tentativas de suicídio por residentes em Vitória durante o ano de 2021:

FIGURA 3 – Percentual de notificações de violência autoprovocada em residentes em Vitória segundo meio utilizado no ano de 2021, n = 663.



FONTE: PMV/SEMUS/GVS/CVE/NUPREVI.

Constata-se que em **62,56% das tentativas de suicídio** ocorridas no município no período considerado, o meio mais utilizado foi o **envenenamento ou intoxicação**.

Dos demais meios utilizados, constata-se que alguns destes não são passíveis de restrição, ao menos de modo universal. Estes dados mostram a importância de realizar ações que possam reduzir o acesso a formas de envenenamento ou intoxicações, uma vez que se trata o meio mais frequentemente utilizado nas tentativas de suicídio em Vitória.

Considerando estes dados, seguem algumas ações que podem ser adotadas na Rede Municipal de Saúde visando a redução do acesso aos meios de suicídio:

FIGURA 4 – Ações indicadas visando a redução do acesso aos meios de suicídio na Rede Municipal de Saúde de Vitória



5.1.2 Desenvolvimento de ações psicossociais e de promoção da saúde para adolescentes

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, o suicídio é a quarta causa de morte depois de acidentes no trânsito, tuberculose e violência interpessoal entre os jovens brasileiros de 15 a 29 anos. Dados da OMS também apontam que o suicídio é considerado a segunda causa de mortes entre jovens no mundo, depois de acidentes de trânsito¹⁶.

A relevância destes dados mostra a importância e urgência do trabalho de prevenção do suicídio em com o público jovem com vistas à sua prevenção. E, principalmente entre este público, a promoção da saúde, com ampliação das possibilidades de vida e com ações voltadas ao contato, expressão e elaboração das emoções é essencial.

No Informe mundial sobre saúde mental¹⁶, é ressaltada a importância de se cuidar da saúde mental desde a primeira infância, durante toda a infância e na adolescência. São sugeridas quatro estratégias chave para reduzir os riscos e potencializar os fatores de proteção:

desenvolver e aplicar políticas e leis que promovam e protejam a saúde mental; apoiar os cuidadores para prestar cuidados afetuosos; implementar programas escolares que incluam intervenções anti-bullying; melhorar a qualidade dos ambientes nas comunidades e nos espaços virtuais. Os programas escolares de aprendizagem social e emocional estão entre as estratégias promocionais mais eficazes para países de todos os níveis de renda ¹⁶, p. 8.

Em documento voltado à realização de intervenções psicossociais com adolescentes, pautada numa síntese de evidências pesquisadas, a OMS apresentou cinco recomendações para intervenções preventivas e promotoras de saúde mental de adolescentes¹⁷:

- “Ofertar intervenções psicossociais universais a todos os adolescentes com objetivo de promover a saúde mental positiva e prevenir e reduzir

comportamentos suicidas, transtornos mentais (como depressão e ansiedade), comportamentos agressivos, disruptivos e opositores, e uso de substâncias. “Com base nas evidências disponíveis, as intervenções devem abranger a aprendizagem social e emocional, que pode incluir componentes como regulação emocional, solução de problemas, habilidades interpessoais, atenção plena, assertividade e gestão do estresse” [...] “As intervenções universais nas escolas podem ser de mais fácil implementação e menos propensas a causar estigmatização que as intervenções com necessidade de triagem. Quando oferecidas nas escolas, as intervenções ajudam a alcançar uma grande parcela dos adolescentes e abordar muitos fatores de risco, ao mesmo tempo que propiciam habilidades básicas para promover a saúde mental e prevenir comportamentos de risco” ^{17, p.15}

- “Realizar intervenções psicossociais voltadas para adolescentes afetados por emergências humanitárias. “Essas intervenções são bastante úteis para prevenir transtornos mentais (depressão, ansiedade e transtornos relacionados especificamente ao estresse) e podem ser consideradas para reduzir o uso de substâncias por essas populações” ^{17, p.15}. O apoio contínuo a estes adolescentes é recomendado, podendo ser oferecidas várias intervenções psicossociais tais como ações de gerenciamento do estresse e estratégias de relaxamento. Nestas situações, também é recomendado cuidar do bem-estar do implementador.”
- “É recomendado que se considere a realização de “intervenções psicossociais para adolescentes grávidas, pais e mães adolescentes, visando, principalmente, a promoção da saúde mental positiva (funcionamento e bem-estar mental) e garantia da frequência escolar” ^{17, p.23}.
- “Para adolescentes que já apresentam sintomas emocionais, especialmente sintomas de depressão e/ou ansiedade, é recomendada a realização de intervenções psicossociais indicadas, além da realização de ações para promover a saúde mental positiva. “A saúde mental precária de adolescentes é um importante fator de risco para a saúde física e mental no futuro. A intervenção

precoce para adolescentes que já apresentam problemas emocionais mostrou-se crucial para prevenir o avanço de problemas de saúde mental e otimizar a saúde e as trajetórias de vida” 17, p.27.

- “As intervenções psicossociais indicadas devem ser oferecidas a adolescentes com comportamento disruptivo/opositor. Essas intervenções reduzem comportamentos agressivos, disruptivos e opositores, previnem transtornos mentais (depressão e ansiedade) e promovem a saúde mental positiva. As intervenções devem ser implementadas com cautela para evitar o aumento do uso de substâncias por adolescentes com comportamento disruptivo e opositor.” Intervenções psicossociais eficazes sugeridas a partir das evidências: “treinamento de habilidades interpessoais e sociocognitivas para a solução de problemas para os adolescentes” 17, p.29

Várias ações de promoção à saúde mental, organizadas por ciclo de vida, assim como ações de cuidado, são sugeridas e descritas no livro “Prevenção do risco de suicídio: guia para profissionais da saúde”¹⁹. E o Guia de Referência Rápida “Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção”²⁰ também traz sugestões importantes de ações para promoção e cuidado a situações relacionadas ao comportamento suicida, de forma que tais referências são indicadas para leitura complementar.

5.1.3 Abordagens dirigidas a grupos e populações vulnerabilizados

O documento da OPAS “Prevenção do suicídio: um imperativo global”¹⁰, apresenta alguns fatores de risco e possibilidades de intervenção indicadas além de orientações para intervenções, das quais destacamos:

- Pessoas que sofreram abuso, trauma, conflito ou desastres: Com base em dados científicos a partir de estudos que investigaram estas situações, intervenções seletivas devem ser direcionadas a grupos muito vulneráveis após conflitos ou

desastres naturais graves, oferecendo apoio e cuidado e promovendo a preservação dos laços sociais existentes nas comunidades afetadas.

- Refugiados e migrantes: os fatores de risco variam de acordo com cada grupo e é importante que as intervenções propostas sejam adaptadas a grupos específicos que se façam presentes no território, não cabendo tratar todos refugiados e migrantes da mesma forma.
- Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexo: esforços para reduzir o risco de suicídio entre esta população devem abordar fatores de risco, como estigmatização, preconceitos e discriminação individual e institucional, além de garantir a oferta de atenção integral nos casos da presença de transtornos mentais ou de consumo problemático de substâncias psicoativas.
- Apoio aos enlutados e outros afetados pelo suicídio: implantar atividades de intervenção para os enlutados e outras pessoas afetadas por suicídios, a fim de apoiar o processo de luto e reduzir a possibilidade de imitação do comportamento suicida. Pode incluir intervenções centradas na família, na escola ou na comunidade. As atividades para a família e amigos depois de um suicídio resultaram no aumento da participação em grupos de apoio e grupos de apoio ao luto e uma mitigação dos efeitos de distúrbios emocionais imediatos, como depressão, ansiedade e desespero.

Destacamos, ainda:

- População idosa: o suicídio na população idosa brasileira, embora não seja o mais alto globalmente, apresenta taxas significativas e demanda ações de prevenção e posvenção. Fatores como isolamento social, doenças crônicas, depressão, tédio e questões de gênero contribuem para o risco. Fortalecer redes de apoio, atenção à saúde mental, e o cuidado integral em saúde bem como intersetorial com as demais políticas públicas são eficazes³¹.
- População negra: O racismo estrutural e a exclusão social são fatores de risco

significativos para o suicídio entre pessoas negras. Estudos mostram que jovens negros têm uma taxa de suicídio 45% maior do que jovens brancos da mesma faixa etária³². A discriminação racial, a violência institucional e urbana e a desigualdade socioeconômica contribuem para um maior sofrimento psicológico e emocional, como ansiedade, depressão e outros transtornos mentais, aumentando a vulnerabilidade ao suicídio^{32,33}. Algumas estratégias de prevenção se relacionam a fortalecer o acesso da população negra aos serviços de saúde e demais políticas públicas intersetoriais, como direitos humanos, assistência, educação, trabalho, entre outras.³²

- Relações de gênero, misoginia e saúde mental: pressões sociais e papéis de gênero hegemônicos podem levar ao sofrimento psíquico, aumentando o risco de suicídio tanto entre mulheres quanto homens.^{34,35} A misoginia, por sua vez, é um importante preditor para o surgimento do comportamento suicida entre mulheres.³⁶ Iniciativas de saúde que abordem essas questões, como grupos de apoio psicossocial, podem ter efeitos preventivos para o comportamento suicida, bem como ações intersetoriais envolvendo diferentes políticas de proteção às mulheres.³⁶

Esses destaques não esgotam a literatura sobre populações com maior vulnerabilidade ao suicídio. Citam-se ainda a população indígena^{36,37}, pessoas com deficiência³⁸, pessoas autistas³⁹, entre outros recortes. Muitos desses grupos, entretanto, compartilham fatores de risco como discriminação, exclusão social, falta de apoio e/ou isolamento social, situações de vulnerabilidade a transtornos mentais, dentre outros fatores de risco já citados, que devem ser levados em consideração na identificação de situações de risco para o suicídio e nas ações de prevenção.

5.1.4 Identificação de situações de risco de suicídio

A identificação precoce do risco de suicídio é uma das **medidas fundamentais** para a prevenção de sua ocorrência e para a oferta adequada de cuidado.

Assim, para todo usuário que acessa os serviços de saúde da SEMUS, por demanda espontânea ou programada, ao realizar o atendimento e fazer a identificação das necessidades de saúde, deve-se observar a presença de sinais de risco para o suicídio. Em seguida, deve-se conduzir as ações de cuidado de acordo com nível de risco identificado. *A detecção de risco para suicídio a ser avaliado deve se dar desde os momentos de recepção inicial das pessoas nos serviços, a partir do acolhimento e da escuta qualificada.*

Caso seja detectado risco de suicídio, deve-se realizar a avaliação deste risco, que o definirá como: **baixo, moderado, alto ou iminente.**

Dentro de suas características e de seu nível de complexidade, todos os serviços devem organizar seu processo de trabalho de forma a cumprir estas funções primordiais de acolhimento e escuta. É importante explorar a potência que o acolhimento e a escuta têm para criação de um vínculo, possibilitando que sejam expressos e reconhecidos os

elementos do comportamento suicida, o que possibilita o cuidado dessa condição específica.

Desde os serviços da Atenção Básica, várias ações já são feitas no sentido de acolher o sofrimento dos usuários, colaborando, assim, para prevenção do suicídio. Por exemplo: a escuta do “desabafo”; o acolhimento e o suporte para os sentimentos do sujeito e fornecimento de informação e orientações que contribuem para que as pessoas se sintam menos sozinhas, menos ansiosas, perdidas e desamparadas²¹.

Os profissionais da Atenção Básica devem:

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Um serviço é acolhedor quando todos os seus profissionais recebem bem, ouvem o que as pessoas têm a dizer e conseguem continuar a exercer a escuta interessada e qualificada mesmo quando surgem sentimentos ou relatos que remetam ao comportamento suicida.

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, de todos os serviços, devem **IDENTIFICAR SITUAÇÕES DE RISCO DE SUICÍDIO,** o que deve acontecer desde o acolhimento e da escuta inicial.

EM TODOS OS SERVIÇOS, os profissionais de saúde devem estar aptos a realizar a **AVALIAÇÃO DE RISCO,** que vai orientar a ação adequada para cada situação específica.

A identificação da presença de risco para o suicídio deve ser buscada em todos os momentos de troca e escuta e não apenas nos momentos de acolhimento a demanda espontânea em sala de avaliação inicial ou nos primeiros atendimentos.

Um estudo internacional realizado no ano 2000 mostrou que, entre as pessoas que cometeram suicídio, metade havia ido a serviços da atenção básica no mês anterior ao ato, e apenas um terço havia ido a serviços de saúde mental²³. Em outro estudo, de 2015, a maioria das pessoas que tentaram ou que cometeram o suicídio haviam buscado serviços da atenção básica no ano anterior ao ato e parte significativa delas no mês anterior, mas não foram acompanhadas²⁴. Estes dados apontam a importância do desenvolvimento de ações de prevenção desde a atenção básica, voltadas à identificação de pessoas em risco de suicídio, sua avaliação e cuidado.

As ações de cuidado à pessoa com comportamento suicida deverão ser definidas a partir da **avaliação e identificação do nível de risco para o suicídio**, como veremos a seguir.

5.2 AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

5.2.1 Avaliação de risco

A avaliação do risco de suicídio é um processo que busca levantar e investigar informações que permitam conhecer a gravidade da situação para determinada pessoa, naquele momento, classificando o risco em leve, moderado, grave ou iminente. A avaliação de risco deve ser feita por profissional de nível superior e com participação, se houver possibilidade, do profissional que acolheu o paciente.

- **Nas Unidades Básicas de Saúde:** A avaliação de risco pode ser feita por um profissional de nível superior das equipes de Saúde da Família (eSF), Atenção Primária (eAP), ou ainda das equipes Multiprofissionais (eMulti).
- **Nos Pronto-Atendimentos:** A avaliação de risco pode ser feita por médicos e enfermeiros.
- **Nos CAPS, Casa Rosa e Centros de Referência:** A avaliação de risco pode ser feita por qualquer dos profissionais de nível superior da equipe multiprofissional do serviço.
- **No CME:** A avaliação de risco pode ser feita por profissionais de nível superior do serviço.

A avaliação de risco não resulta na previsão precisa sobre a possibilidade ou não de uma tentativa ou um suicídio. Porém, fornece informações importantes sobre a maior ou menor probabilidade de a pessoa cometer essa violência autoprovocada.

Na avaliação de risco de suicídio, devem-se considerar as seguintes dimensões:

FIGURA 5 – Dimensões que devem orientar a avaliação do risco de suicídio.

1. O que está acontecendo?

Eventos precipitantes
Estressores agudos e crônicos

2. Estado mental atual

Afetos intensos
Constrição cognitiva

3. Intencionalidade suicida

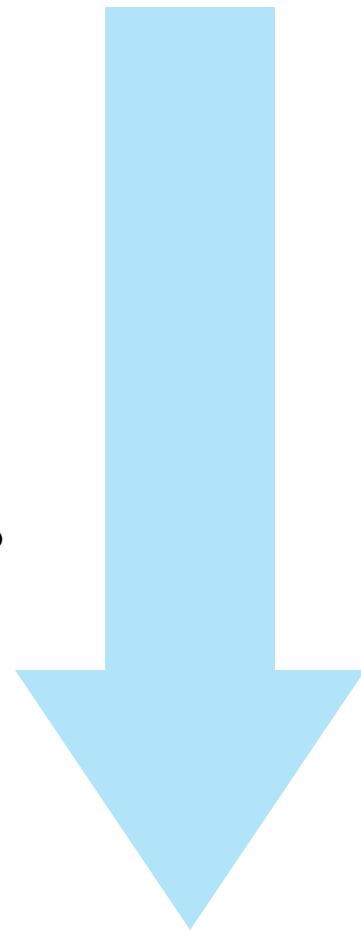
Ideia
Plano

4. Principais Fatores de risco e de proteção

Transtorno mental
Tentativa de suicídio pregressa
História
Personalidade

5. Formulação do risco de suicídio

Registro
Comunicação

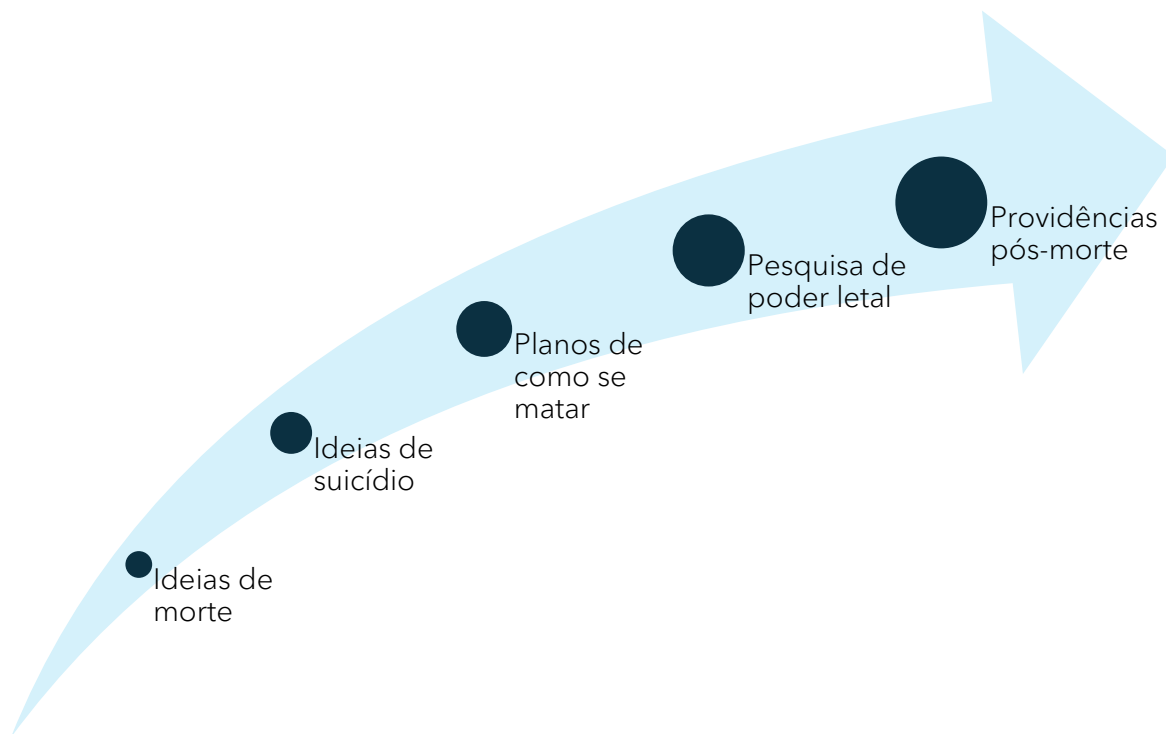


FONTE: Adaptado de Botega ^{8, p. 137}

IMPORTANTE: Não deixe a avaliação da intencionalidade para o final da entrevista ou atendimento, pois, dependendo do resultado, pode ser necessário tomar medidas imediatas. Deve-se investigar com cuidado a intencionalidade suicida em cada caso,

observando as características apontadas na figura a seguir.

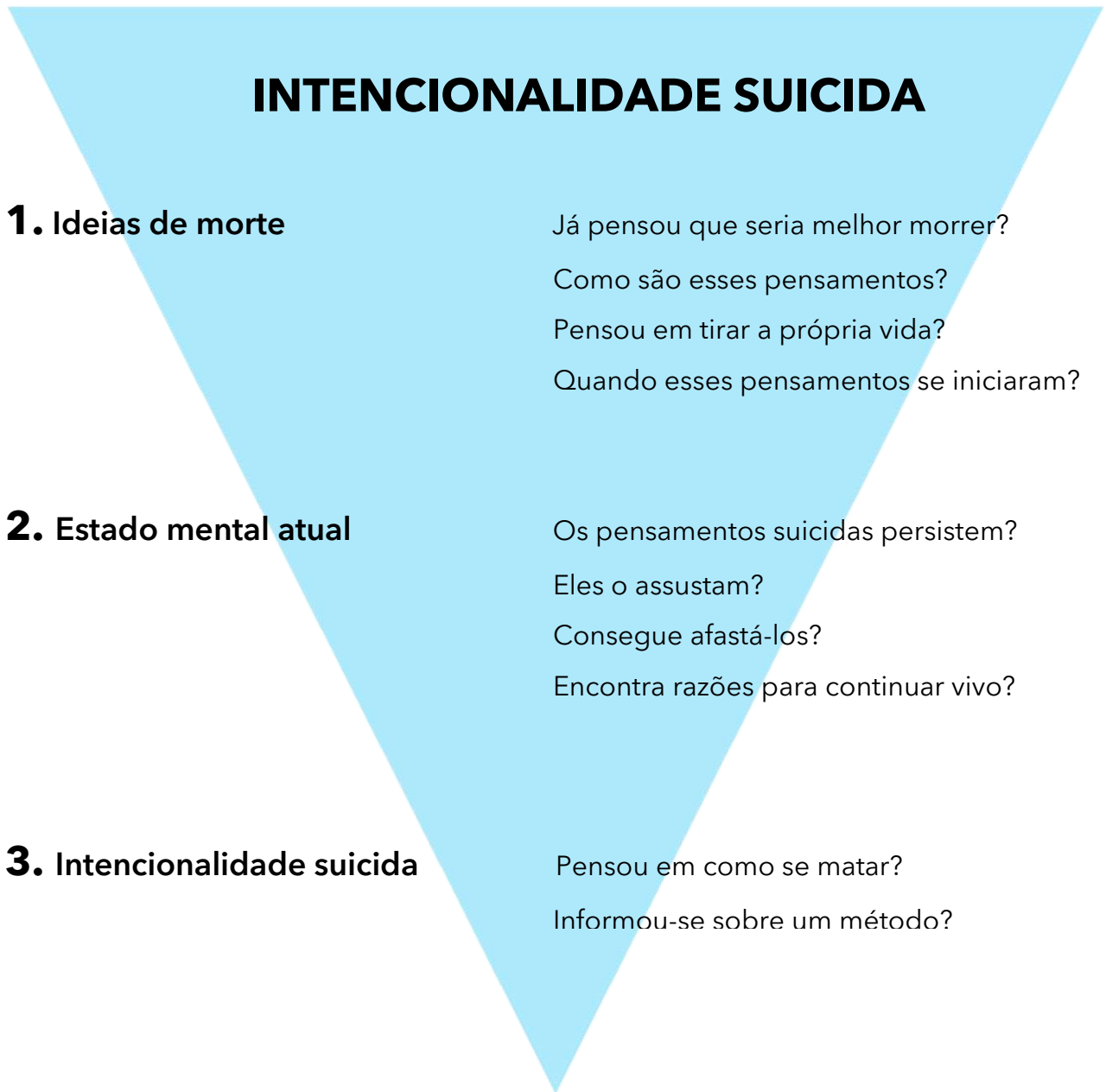
FIGURA 6 – Características que acompanham o aumento da intencionalidade suicida.



FONTE: Adaptado de Botega^{8, p. 142}

Para saber mais sobre a intencionalidade, deve-se fazer mais de uma pergunta sobre, cuidando para não cortar o assunto caso a pessoa responda afirmativamente sobre ter pensado em suicídio. É essencial avançar na investigação sobre as intenções e saber se a pessoa já pensou em meios para cometer o suicídio e se já fez planos.

FIGURA 7 – Exemplos de perguntas a se fazer.



FONTE: Adaptado de Botega⁸, p. 148

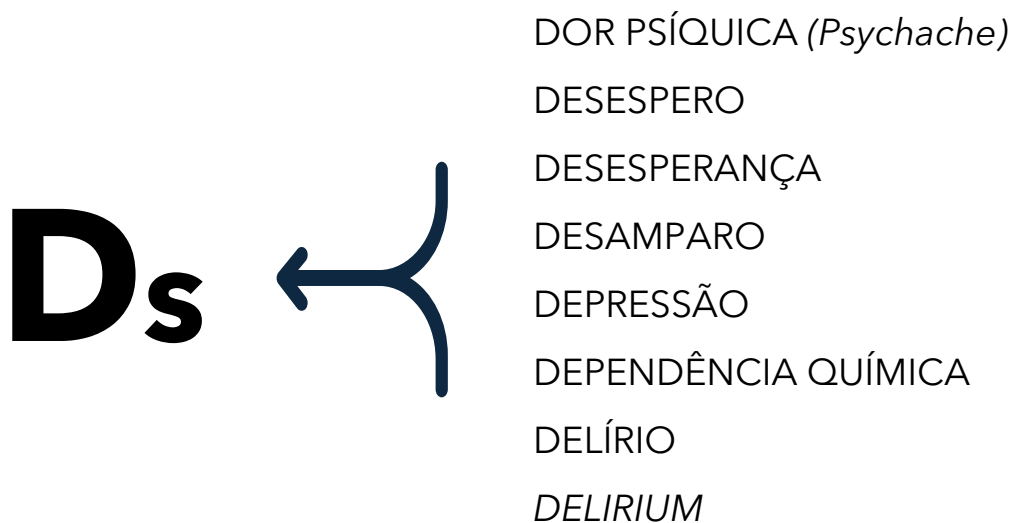
Na avaliação da intencionalidade, considerar as seguintes circunstâncias que sugerem alta intencionalidade⁸, p. 148:

- Comunicação prévia de que irá se matar

- Mensagem ou carta de adeus
- Providências finais antes do ato
- Planejamento detalhado
- Precauções para que o ato não seja descoberto
- Ausência de pessoas por perto que possam socorrer
- Não procurar ajuda logo após a tentativa de suicídio
- Método violento, ou uso de drogas mais perigosas
- Crença clara de que o ato seja irreversível e letal
- Afirmação clara de que quer morrer
- Desapontamento por ter sobrevivido

Observe, também, a presença do estado afetivo da pessoa e a presença de alguns quadros ou transtornos.

FIGURA 8 – “Regra dos D” – transtornos mentais e estados afetivos associados ao suicídio.



FONTE: Adaptado de Botega⁸, p. 142

Como orientação para realização da avaliação de risco, Botega⁸ apresenta um roteiro que pode ser utilizado como guia para este procedimento (**ANEXO I**).

A Secretaria Estadual de saúde do Espírito santo, em suas Diretrizes Clínicas em Saúde Mental²⁶ apresenta alguns importantes sinais de risco a serem considerados por ocasião da avaliação de risco:

TABELA 8 – Treze sinais de risco para o comportamento suicida.

1	Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social, e/ou a presença de sentimentos de solidão, impotência, desesperança.
2	Presença de transtorno mental, diagnosticado ou não, em tratamento ou não.
3	Alcoolismo ou uso de outras substâncias psicoativas.
4	Crises de ansiedade ou pânico.
5	Mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia.
6	Mudança no hábito alimentar e de sono.
7	Odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha.
8	Perda recente importante: morte, divórcio, separação, perda de emprego, perda de status social ou financeiro.
9	Doença física crônica, limitante ou dolorosa, inclusive questões relacionadas ao envelhecimento.
10	História familiar de suicídio.

11 Tentativa de suicídio anterior.

12 Desejo súbito de concluir afazeres pessoais, organizar documentos, escrever testamento, despedir-se sutilmente de pessoas significativas ou escrever cartas/bilhetes de despedida.

13 Menção repetida de morte ou suicídio.

FONTE: SESA, 2018.²⁶, p. 194

5.2.2 Indicação do nível de risco

Realizada a avaliação, **o nível de risco estará identificado para dar andamento aos procedimentos de cuidado**. Existem alguns modelos de identificação do nível de risco para o suicídio⁸. Na Rede Municipal de Saúde de Vitória será utilizado o modelo apresentado no “MI-mhGAP - Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde”⁷. Conforme suas definições e fluxos a avaliação de risco deve considerar:

■ **Risco baixo:** não há histórico de tentativa prévia de suicídio, apresenta ideação suicida não persistente e sentida como perturbadora, não elaborou plano para como cometer o ato suicida, estabilizado ou com adequada adesão a tratamento de transtornos mentais presentes.

■ **Risco moderado:** há tentativas prévias de suicídio e a ideação suicida pode ser frequente e persistente, porém, não há plano elaborado nem comportamento impulsivo ou abuso/dependência de álcool ou drogas.

■ **Risco alto:** quando há risco de o ato suicida ocorrer em curto prazo. São situações em que já existe tentativa prévia, a ideação suicida frequente, alta e persistente,

há plano bem elaborado sobre a forma de cometer o ato, com acesso à forma como planejado. A presença de impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, delirium, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.

■ **Risco iminente de suicídio:** quando há risco de o ato suicida a ocorrer imediatamente. São situações em que os sinais de risco alto se somam a alta intencionalidade e a momentos de extrema agitação psicomotora, violência, sofrimento ou não comunicação. A presença de desespero, delirium, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.

Ressalta-se que o risco para suicídio identificado não é uma condição permanente, de modo que é necessário reavaliar periodicamente o risco para adoção das ações de cuidado necessárias.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- A existência ou não de apoio familiar ou social deve sempre ser considerada ao se avaliar o risco e as medidas a tomar.
- O risco iminente de suicídio é situação que demanda cuidado intensivo, geralmente com medidas só garantidas em serviços de urgência/emergência ou mesmo hospitalares. Por este motivo, a orientação é que tais casos sejam encaminhados para um Pronto Atendimento ou para o Serviço de Urgência em Saúde Mental do HEIMABA (casos infanto-juvenis) ou HEAC (casos de adultos), onde medidas necessárias poderão ser tomadas, assim como o encaminhamento para internação hospitalar quando necessário.
- O risco de suicídio de uma determinada pessoa sofre mudanças com o passar do tempo, diminuindo ou aumentando conforme contingências externas, sofrimento

psíquico, a ocorrência de eventos da vida que podem aumentar o sofrimento ou a sensação de desespero e desamparo, por exemplo. Além disso, a avaliação do risco também deve considerar aspectos ligados à subjetividade, ao estado mental, à dinâmica familiar das pessoas, além do tipo de contato e vínculo que esta estabeleceu com os profissionais de saúde e serviços que as acolheram e avaliaram.

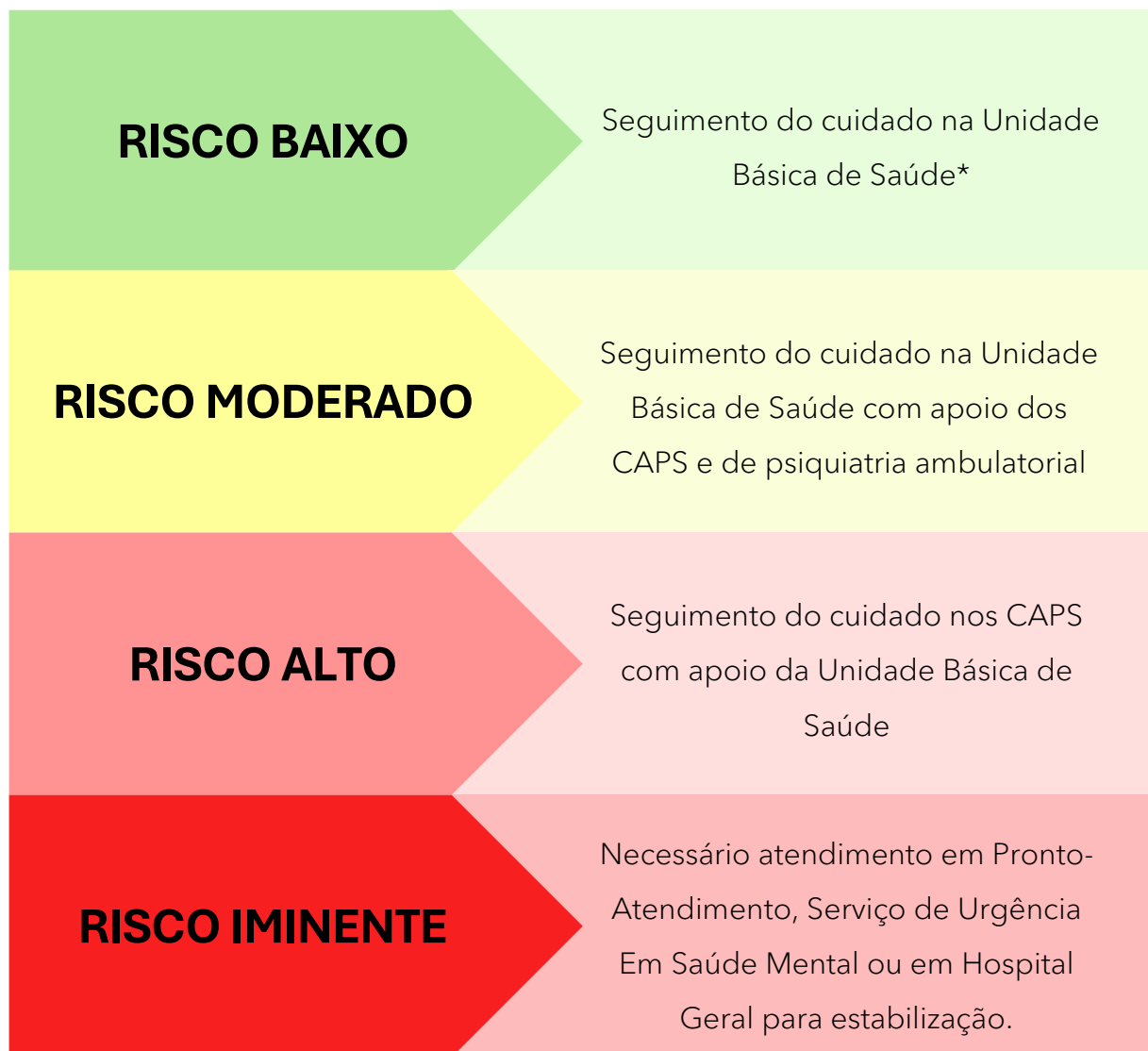
- Por este motivo a avaliação de risco deve ser feita em diferentes momentos do acompanhamento, sendo atualizada a cada vez. Não há possibilidade de previsão absoluta deste risco, sendo o acompanhamento contínuo essencial.

5.2.3 Organização do cuidado após a avaliação de risco

Definido o nível de risco, o profissional deve dar andamento às medidas de cuidado compatíveis com a classificação obtida, seguindo as orientações desta diretriz. A partir do nível de risco observado após a avaliação, ficam definidos os serviços que serão responsáveis pelo cuidado e acompanhamento das pessoas que apresentam comportamento suicida.

Todos os contatos e procedimentos de acolhimento e avaliação, entre outros, **devem ser registrados em prontuário**, deixando compreensíveis as abordagens realizadas, o resultado da avaliação de risco e a condução e encaminhamentos da situação feitos pelo profissional envolvido no processo de cuidado.

QUADRO 1 – Ordenação do cuidado do paciente de acordo com a classificação de risco.



*Nos casos em que o risco baixo for identificado nos serviços especializados (exceto CAPS), os próprios serviços darão seguimento ao cuidado, conforme descrito no item 6.

5.3 CUIDADO A PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA

O cuidado a pessoas que apresentam comportamento suicida visa a prevenção das ocorrências de atos de autoagressão em geral e das tentativas de suicídio especificamente, bem como contribuir para o desenvolvimento e a manutenção do bem-

estar por parte do paciente.

Como aponta Botega⁸, trata-se de uma atividade desafiadora e que envolve sentimentos, angústia, riscos de acontecer o desfeito fatal, necessidade de manutenção de uma atitude sempre acolhedora, com acompanhamento contínuo.

Em termos gerais, o processo de atenção a pessoas com comportamento suicida envolve alguns momentos: acolhimento, avaliação e classificação de risco, definição do local do tratamento, tratamento e monitoramento, reavaliação do risco e assim sucessivamente.

FIGURA 9 - Processo de atenção a pessoas com comportamento suicida.

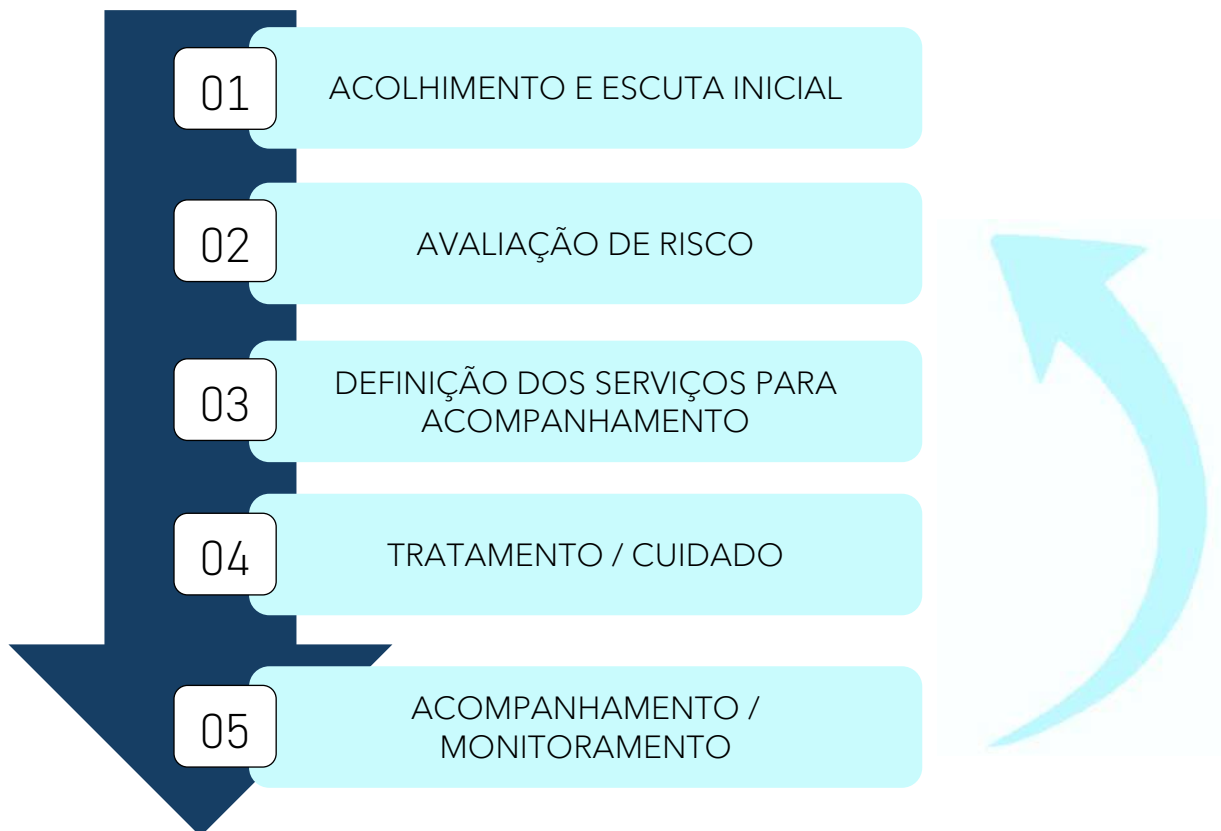
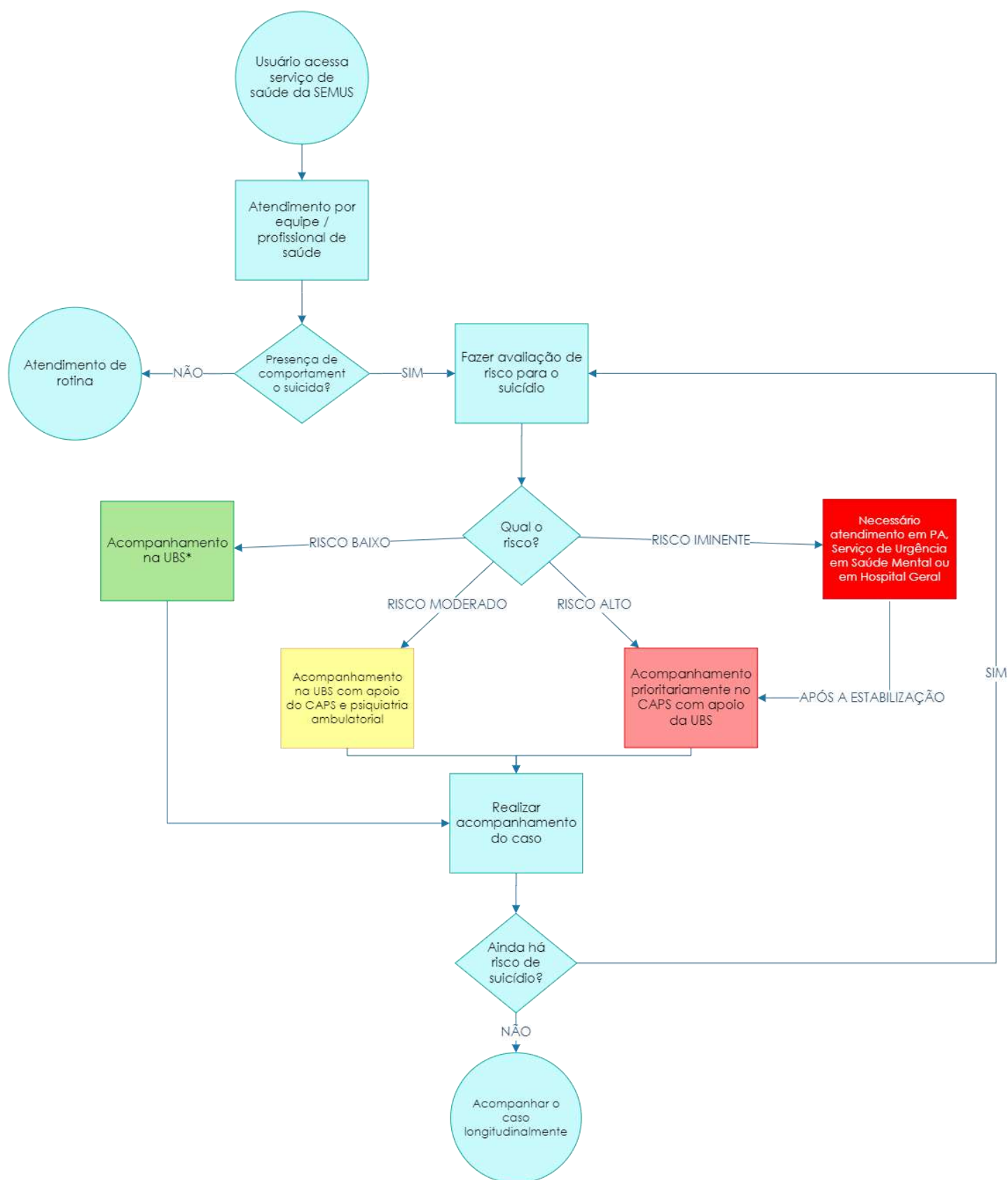


FIGURA 10 – Diagrama de ordenação dos serviços por classificação de risco¹.



¹ Nos casos em que o risco baixo for identificado nos serviços especializados (exceto CAPS), os próprios serviços darão seguimento ao cuidado, conforme descrito no item 6.

Os itens anteriores desta Linha de Cuidado trataram dos momentos de acolhimento e escuta inicial, avaliação e classificação de risco e definição do local de tratamento. No que se refere ao cuidado às pessoas que apresentam comportamento suicida, considerando-se que cada sujeito é singular e vive condições também singulares de vida e contexto, as equipes deverão conduzir o caso de forma particular, considerando suas particularidades²⁵. Seguindo as referências da clínica ampliada na atenção psicossocial, é importante elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS)²⁶, sempre com a participação do próprio sujeito, o que orientará o cuidado.

Ainda assim, considerando o conhecimento acumulado na experiência de atenção a pessoas com comportamento suicida e as questões envolvidas, há orientações importantes a seguir na oferta de cuidado.

As orientações apresentadas têm o material do “MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas Versão 2.07” e as Diretrizes Clínicas em Saúde Mental da SESA/ES27 como importantes referências, acrescidas de outros materiais relevantes na literatura sobre o tema. Estes fundamentos foram adaptados ao contexto local e à rede de atenção básica à saúde de Vitória.

Assim, de modo geral, as ações de cuidado indicadas para cada nível de risco devem seguir as orientações apresentadas no quadro a seguir.

QUADRO 2 – Manejo do cuidado a pessoas com comportamento suicida a partir da classificação de risco².

RISCO BAIXO	AÇÕES E MANEJO	
A pessoa nunca tentou suicídio As ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras para o sujeito A pessoa não fez nenhum plano suicida Se apresenta algum transtorno mental, encontra-se em tratamento e estabilizado A pessoa tem boa vinculação a tratamentos Conta com apoio social e conduz vida diária com autonomia	Oferecer acolhimento e escuta possibilitando a fala sobre os afetos, perdas, medos, e sentimentos de desvalorização. Trabalhar a criação de vínculos com a equipe, com o serviço e pactuação das ações de cuidado. Realizar discussão do caso entre a equipe de referência e Multi, fazendo, em conjunto, reavaliação do risco periodicamente para definir o seguimento do cuidado. Identificar recursos do sujeito, serviço e da comunidade para enfrentamento das dificuldades, utilizando ações diversificadas como atendimentos e farmacologia, grupos, oficinas, ações de atividades corporais e PICs em geral. Identificar com a pessoa possíveis fatores de risco e fatores de proteção. Trabalhar a redução dos fatores de risco e fortalecimento dos fatores de proteção, contando com recursos pessoais, familiares e comunitários. Estimular reflexão sobre as possibilidades e aspectos positivos da vida e da pessoa, lembrando, por exemplo, como já lidou com os problemas em ocasiões anteriores.	Manter encontros/atendimentos em intervalos regulares, com maior frequência no início e redução gradativa dos intervalos de atendimento após melhora, mantendo monitoramento. Garantir o tratamento do transtorno mental quando existente. Adotar medidas de uso racional de medicação: orientar cuidadosamente a pessoa e familiares sobre o uso; usar medicamentos de menor potencial de letalidade; organizar dispensação em intervalos menores ou dispensação supervisionada se necessário. Avaliar se há necessidade de encaminhamento para psiquiatria ambulatorial. Discutir, se necessário, o caso em matriciamento de Saúde Mental. Caso aconteça o encaminhamento, esclarecer o motivo e atuar para garantir que o atendimento no outro serviço aconteça de fato e de forma ágil. Manter a coordenação do cuidado pela equipe de referência da atenção básica. Informar sobre e fornecer telefone do CVV. Estabelecer Plano de Segurança se avaliar pertinente.

² **IMPORTANTE:** Não é necessário que o paciente atenda a todos os critérios descritos, esses são apenas elementos a serem considerados durante a avaliação.

RISCO MODERADO ³	AÇÕES E MANEJO	
ELEMENTOS A CONSIDERAR: A pessoa tem histórico de tentativa de suicídio Apresenta transtorno mental (depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, de personalidade e outros). Tem ideias persistentes de suicídio que são vistas como solução, <i>mas sem um plano</i>. Não tem histórico nem apresenta no momento comportamentos impulsivos Não abusa/depende de substâncias psicoativas Conta com apoio social	Oferecer acolhimento e escuta pela equipe multiprofissional, preferencialmente de forma compartilhada. Agendar retorno com equipe multiprofissional, preferencialmente em até 72 horas, garantindo em agenda o seguimento do cuidado. Trabalhar a ambivalência geralmente apresentada, visando a que gradualmente o desejo de viver se fortaleça. Trabalhar o fortalecimento dos fatores protetivos contando com recursos pessoais, familiares e comunitários Estimular a fala e reflexão sobre as situações de crise e sobre alternativas para lidar com problemas. Avaliar a necessidade de encaminhamento para psiquiatria ambulatorial e outras especialidades pertinentes para o cuidado integral. Avaliar o compartilhamento do caso com o CAPS em apoio matricial, para orientações e/ou elaboração de projeto terapêutico singular (PTS) compartilhado. Providenciar inserção nas ofertas de cuidado em saúde mental, como consultas individuais, atendimentos compartilhados, abordagens psicossociais, atendimento psicológico, grupos temáticos, acompanhamento terapêutico individual ou em grupo, dentre outros, na UBS e outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial	Manter o intervalo entre os atendimentos do PTS próximo (poucos dias), permitindo o monitoramento da situação. Aumentar o intervalo entre os atendimentos previstos no PTS quando a reavaliação do risco indicar sua redução. A equipe deve se mostrar disponível para atendimento a pessoa em demanda espontânea, em caso de busca por piora. Nesse caso, a direção da UBS deve providenciar com equipe a viabilização desse cuidado, como a reprogramação dos atendimentos agendados quando necessário. Realizar atendimentos domiciliares e contatos telefônicos por membros da equipe, incluindo ACS, como opções para manutenção de contato próximo e constante quando necessário. Acionar a família ou a rede de apoio indicada pela pessoa quando necessário. Orientar sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio (como retirada do acesso a possíveis meios), com presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio. Manter a gestão do cuidado pela equipe da UBS e apoio do CAPS. Abordar sobre o suporte a qualquer tempo do CVV e fornecer telefone de contato.

³ **IMPORTANTE:** Não é necessário que o paciente atenda a todos os critérios descritos, esses são apenas elementos a serem considerados durante a avaliação.

RISCO ALTO ⁴	AÇÕES E MANEJO	
A pessoa tem histórico de tentativa de suicídio, principalmente se recente ou se repetidas vezes. Apresenta transtorno mental com gravidade e/ou instabilidade (depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, de personalidade e outros). Apresenta situação de abuso/dependência de substâncias psicoativas Comportamento impulsivo Instabilidade de humor Apresenta sentimentos de desespero, sofrimento psíquico insuportável, sem considerar saídas para seus problemas e situação. Elaborou plano definido de como cometer suicídio Tem meios para executar este plano Já tomou providências para o ato suicida	NÃO deixar a pessoa sozinha. Designar um profissional para permanecer com o paciente todo o tempo até a chegada da família ou alguém da rede de apoio. Impeça o acesso a quaisquer meios de autoagressão, como remoção de acesso a medicamentos, objetos perfurocortantes, produtos tóxicos para ingestão etc. Conduzir de forma compartilhada entre equipe o acolhimento e escuta da pessoa, buscando dar continência à crise. Avaliar o quadro clínico e a necessidade de encaminhamento para serviço da Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, HEAC ou HEIMABA nos casos infanto-juvenis) ou inserção no mesmo dia no CAPS de referência Realizar contato com o CAPS de referência para seguimento do cuidado no serviço especializado, preferencialmente no mesmo dia. A UBS e CAPS podem avaliar a pertinência de acolhimento integral/24 horas no CAPS III. Nesse caso, o CAPS III deve ser inserido na avaliação se não for o CAPS de referência do caso. Se positivo, articular a inserção do paciente no CAPS III, se necessário providenciando transporte sanitário ou ambulância para o deslocamento da pessoa e sua família.	Acionar a família ou a rede de apoio indicada pela pessoa. Orientar sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio (como retirada do acesso a possíveis meios), com presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio. Ainda que, por qualquer motivo, não seja possível acionar a família ou rede de apoio do paciente, os profissionais de saúde devem dar continuidade ao atendimento, mantendo a busca desses contatos. Caso não seja possível o acolhimento no CAPS no mesmo dia, avaliar se há necessidade de encaminhamento para um serviço que componha a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, HEAC ou HEIMABA em casos infanto-juvenis) ou se a família ou rede de apoio têm condições de manter a pessoa acompanhada, sob supervisão e em segurança, até o dia de acolhimento no CAPS Providenciar ambulância para transferência para o CAPS III ou para um serviço de Urgência e Emergência em (Pronto-atendimentos, Serviço de Urgência em Saúde Mental do HEAC ou HEIMABA). Monitorar se houve acolhimento integral 24h no CAPS III ou inserção na Rede de Urgência e Emergência.

⁴ **IMPORTANTE:** Não é necessário que o paciente atenda a todos os critérios descritos, esses são elementos a serem considerados durante a avaliação.

RISCO IMINENTE ⁵	AÇÕES E MANEJO
Apresenta transtorno mental, com instabilidade significativa no momento Crise aguda em saúde mental, desorientação, desorganização psíquica. Impulsividade, instabilidade de humor, delírio, alucinação, insuportabilidade de sintomas psíquicos. Expressa sentimentos intoleráveis de desespero, desesperança, tormento psíquico, sofrimento intenso e a intenção de morrer. Ameaça de autoagressão no serviço de saúde ou imediatamente ao deixar o local, com intenção suicida. Determinação em executar plano para suicídio de forma imediata Tem meios para executar este plano	NÃO deixar a pessoa sozinha. Designar um profissional para permanecer com o paciente todo o tempo até a chegada da família ou alguém da rede de apoio. Impeça o acesso a quaisquer meios de autoagressão, como remoção de acesso a medicamentos, objetos perfurocortantes, produtos tóxicos para ingesta etc. Crie no serviço de saúde um ambiente seguro e de apoio; se possível, ofereça uma área separada e tranquila para abordagens e enquanto ocorrem encaminhamentos. Faça contato com família e/ou rede de apoio indicada pelo paciente para comparecimento ao serviço de saúde, informando sobre a situação e a necessidade de prover orientações cuidadosas para redução de riscos e para acompanhar a pessoa no seguimento do cuidado. Ainda que, por qualquer motivo, não seja possível acionar a família ou rede de apoio do paciente, os profissionais de saúde devem dar continuidade ao atendimento, Providenciar ambulância (SAMU) para transferência para um serviço de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, Serviço de Urgência em Saúde Mental do HEAC ou HEIMABA). Monitorar se houve inserção na Rede de Urgência e Emergência Providenciar em equipe e com o CAPS o cuidado da pessoa pós-alta, mantendo pactuações com a família ou rede de apoio e colaborando para o acesso da pessoa aos cuidados em saúde.

FONTE: Adaptado a partir de Botega (2015), ABP (2014), SESA/ES (2008), OMS (2000).

⁵ **IMPORTANTE:** Não é necessário que o paciente atenda a todos os critérios descritos, esses são elementos a serem considerados durante a avaliação

5.3.1 O Plano de Segurança

O Plano de Segurança é uma das estratégias de intervenção psicossocial breve de fácil utilização, que pode ser incorporado às práticas de cuidado sem grandes dificuldades ou obstáculos. É dirigido a pessoas que apresentam comportamento suicida, com objetivo de colaborar na redução do risco de suicídio a partir de orientações construídas junto ao sujeito para o enfrentamento dos momentos de crise, estimulando a busca por ajuda e o comprometimento com o tratamento.

Trata-se de estratégia bem fundamentada e validada⁸, havendo vários estudos que reafirmam existir evidências de sua efetividade e indicação de uso, tal como descrito por Scheibe²⁷. De modo geral, o Plano de Segurança se refere a um registro escrito de informações sobre as características da crise suicida, das ações possíveis para lidar ou contornar a crise e sobre as possibilidades de ajuda a que o sujeito pode/deve buscar nestes momentos. Trata-se de uma estratégia útil e indicada para o acompanhamento de pessoas que apresentam comportamento suicida, principalmente a partir do risco moderado e/ou após tentativas de suicídio, sendo especialmente indicado para adolescentes, caso em que, em geral, será feito em parte apenas com o sujeito e parte com a participação dos pais e/ou responsáveis.

Importante frisar que a utilização do Plano de Segurança como recurso *não substitui a necessidade de se manter o cuidado de forma mais completa* e intensiva quando necessário. Também vale lembrar que o Plano de Segurança não é o mesmo que o “Contrato de não suicídio”, recurso pelo qual se solicita um compromisso com o não cometimento do suicídio, sem trabalhar as ações que o sujeito pode fazer para lidar com a crise e buscar ajuda. Além disso, também vale ressaltar que o Plano de Segurança não deve ser usado como apenas um formulário a preencher, mas sim como uma estratégia terapêutica que permita a reflexão sobre cada ponto/questão, gerando implicação do sujeito com seu processo de cuidado e, mais importante, com sua vida e sua capacidade tanto de se cuidar como de buscar ajuda quando não conseguir manter este cuidadosozinho.

A utilização do Plano de Segurança visa levar ao reconhecimento de sinais e sentimentos que alertam para o surgimento das crises e, a partir daí, trabalhar no levantamento de estratégias que o próprio sujeito possa ter para o enfrentamento desta, além de identificar e registrar pessoas ou situações que o sujeito considere serem capazes de ajudá-lo a se afastar dos pensamentos suicidas que surgem na crise. Também inclui a identificação de familiares e/ou amigos a quem recorrer quando em crise, bem como profissionais e/ou serviços a buscar neste momento. Por fim, também consta do Plano de Segurança o compromisso com a segurança, pela via do afastamento dos meios passíveis de serem usados para tentativa de suicídio ou do afastamento da pessoa de ambientes que contenham riscos. Um modelo de Plano de Segurança segue no **APÊNDICE I**.

5.3.2 Outras intervenções

Entre outras intervenções indicadas na atenção a pessoas que apresentam comportamento suicida, desde o momento da crise até o seguimento continuado, apresentamos a seguir algumas possibilidades complementares.

■ Internação Domiciliar:

Em alguns casos, apesar da avaliação apontar risco alto de suicídio, pode haver impedimentos como a recusa do paciente e/ou da família para adesão ao serviço de saúde indicado. Nestas situações, a internação domiciliar é um recurso possível ou necessário. Neste caso a pessoa permanecerá em sua casa, sob estrita e permanente supervisão da família.

Botega⁸ alerta para as diversas implicações presentes em uma internação domiciliar, sendo necessárias algumas ações da equipe para orientar e acompanhar a família e o sujeito neste caso:

- É necessário orientar a família sobre riscos, dificuldades e tensões presentes, preparando-os para lidar com o momento.
- Deve-se alertar os familiares sobre o risco presente de acontecer o ato suicida, orientando sobre a necessidade de permanente vigilância do familiar com comportamento suicida, não a deixando sozinha ou em ambiente fechado em nenhum momento.
- A família deverá remover e isolar o acesso a quaisquer meios de suicídio como: cordas, fios, objetos perfurocortantes, álcool, medicamentos, drogas, inseticidas, venenos e outras substâncias.
- A posse e controle dos medicamentos em uso deverão ficar com os familiares.

FONTES: adaptado de Botega⁸, Prefeitura da Cidade do Rio De Janeiro²⁰

Outras ações intervenções na abordagem com o paciente podem ser acessadas no **Guia de Referência Rápida Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**, da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.²⁰

■ **Apoio aos familiares e cuidadores da pessoa com comportamento suicida**

- Informe aos cuidadores e aos familiares que as perguntas sobre suicídio geralmente ajudam a pessoa a se sentir aliviada, menos ansiosa e mais bem compreendida.
- Os cuidadores e familiares das pessoas em risco de autoagressão costumam estar sob estresse acentuado.

- Providencie apoio emocional se eles necessitarem.
- Informe aos cuidadores que embora possam se sentir frustrados com a pessoa devem evitar demonstrar hostilidade e fazer críticas severas à pessoa vulnerável em risco de autoagressão ou suicídio.

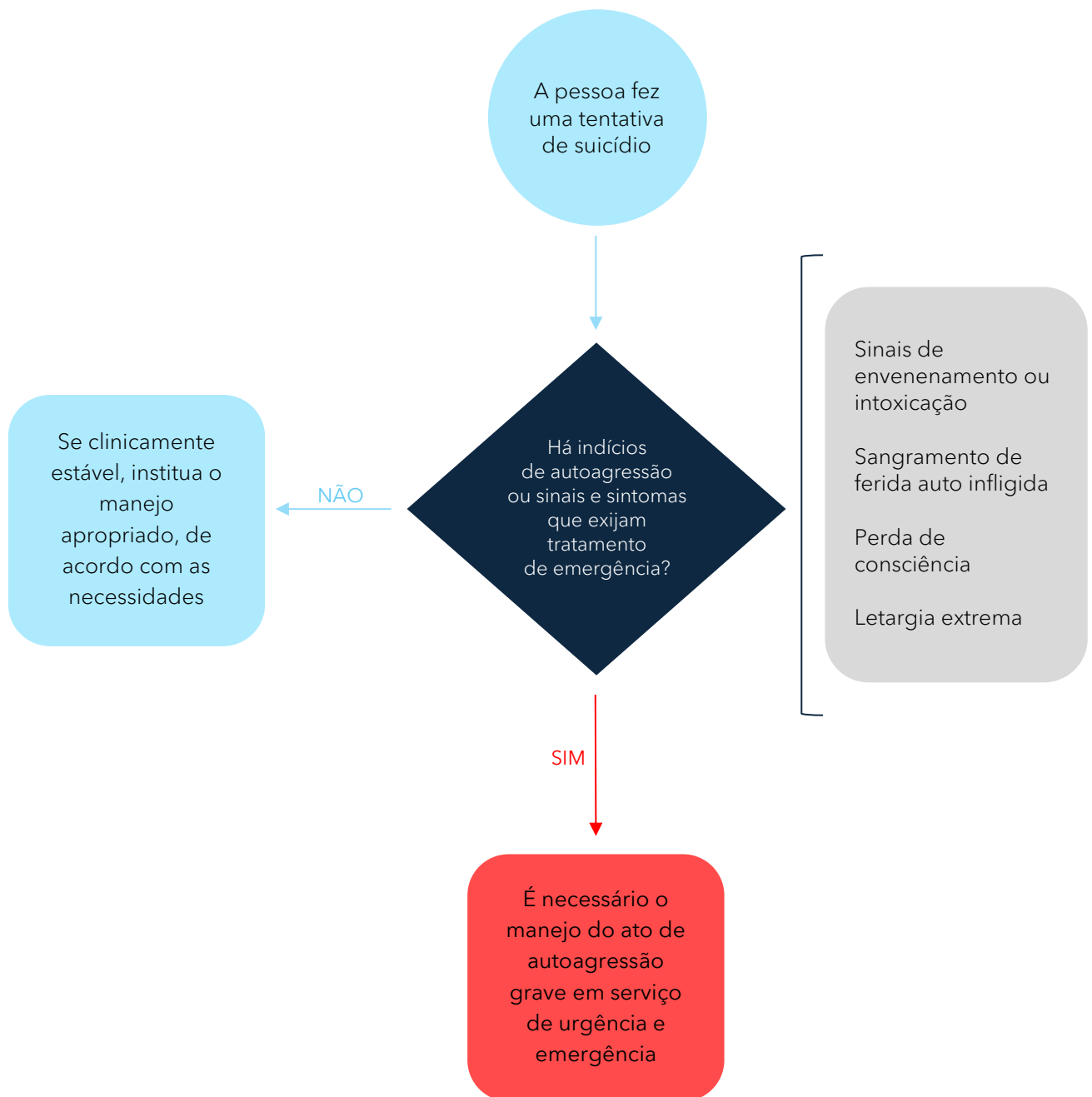
5.3.3 Atenção à pessoa pós-tentativa de suicídio.

Trata-se das situações de tentativa de suicídio ou de autoagressão com resultados graves, que geram risco à vida, caracterizando-se como situações de urgência ou emergência. Nas “Diretrizes em Saúde Mental” da SESA/ES²⁶, as “tentativas de suicídio em qualquer circunstância, com ou sem agitação psicomotora” constam como situações de “Emergência, considerada de RISCO GRAVE, que justifica direcionamento prioritário e atendimento clínico e/ou especializado imediato”, tendo a classificação de risco Vermelha, definida como “Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato. *Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros*” ^{26, p. 260}. Nestas situações:

[...] é inadequado o encaminhamento inicial a um CAPS ou outro serviço especializado em saúde mental. **Ela [a pessoa] deve primeiro ser atendida em uma UPA ou PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL GERAL**^{26, p. 193}

Na atenção à pessoa pós-tentativa de suicídio é importante observar as indicações a seguir.

FIGURA 11 – Conduta na atenção à pessoa pós-tentativa de suicídio.



EM TODOS OS CASOS

- Coloque a pessoa em ambiente seguro e de apoio em um estabelecimento de saúde.
- **NÃO deixe a pessoa sozinha.** Se for necessário esperar pelo tratamento, ofereça um ambiente que minimize o sofrimento; se possível, em uma área separada e tranquila com supervisão constante e em contato com um funcionário designado ou um parente para garantir a segurança permanente da pessoa.
- Elimine o acesso a meios de autoagressão.
- Consulte uma referência em saúde mental, se disponível.
- Trate as pessoas após uma autoagressão com a mesma atenção, respeito e privacidade dedicados a outras pessoas; seja sensível ao sofrimento emocional associado com a autoagressão.
- Inclua os cuidadores se a pessoa desejar seu apoio durante a avaliação e o tratamento; se possível, a avaliação psicossocial deve incluir uma entrevista pessoal com o profissional de saúde para explorar questões particulares.
- Cuide para que haja continuidade da atenção.
- Faça a Notificação de Violência.

➔ EM CASOS DE ENVENENAMENTO

- Ligue para o CIATox (Centro de Informação e Assistência Toxicológica) e siga as orientações de manejo (0800 283 904 - Atendimento 24 horas)

CUIDE DA PESSOA QUE COMETEU O ATO DE AUTOAGRESSÃO

SE EM UNIDADE DE SAÚDE, CME, CASA ROSA, CAPS OU CENTROS DE REFERÊNCIA:

- Em caso de intoxicação aguda, trate conforme as orientações do CIATox.
- Institua as medidas para estabilização clínica.
- Providencie transferência para um Pronto Atendimento.

SE EM PRONTO ATENDIMENTO:

- Em caso de intoxicação aguda, trate conforme as orientações do CIATox.
- Institua as medidas para estabilização clínica.
- Se houver necessidade de hospitalização devido ao quadro psiquiátrico ou para o manejo de consequências médicas da autoagressão, solicite vaga no sistema da SESA e continue o monitoramento rigoroso para prevenir o suicídio até que seja realizada a transferência.
- Oriente a família ou acompanhante, bem como a equipe responsável pela transferência, sobre a necessidade de monitoramento constante da pessoa, com rigor, para evitar que ocorra outra autoagressão durante a internação.

APÓS A ESTABILIZAÇÃO

Se a equipe avaliar que a pessoa, após o atendimento, está clinicamente estável, realizar a Avaliação de Risco e realizar os procedimentos e/ou encaminhamentos devidos de acordo com o risco avaliado (Ver em 5.2.3, acima).

FONTE: Adaptado do MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas Versão 2.0⁷.

5.3.4 Atenção às pessoas com risco iminente de suicídio

Trata-se de situações em que o risco da ocorrência do ato suicida é imediato, caracterizando o risco agudo. São situações de urgência, que demandam cuidado intensivo, com vigilância e monitoramento constante da pessoa, até que se avalie que houve extinção do risco iminente.

No Protocolo de Classificação de Risco da SESA/ES²⁶, as situações de risco iminente de suicídio podem ser consideradas equivalentes à classificação de situação de risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida e requerem rápida intervenção” (Classificação Laranja), ou seja, uma “Urgência considerada de RISCO ELEVADO, com necessidade de classificação imediata, que justifica atendimento clínico e/ou especializado em que não há riscos imediatos de vida.” ²⁶, p. 261

Assim, será necessário atendimento em Pronto-Atendimento, Serviço de Urgência em Saúde Mental ou em Hospital Geral para oferta do cuidado intensivo, avaliação da necessidade de internação e efetivação desta se necessário.

Segundo a OPAS, “não se recomenda a hospitalização em serviços não psiquiátricos de um hospital geral para prevenir a autoagressão” ⁷, p.137, contudo as recomendações enfatizam a necessidade de que se “monitore a pessoa com rigor para evitar que ocorra outra autoagressão durante a internação” caso seja necessária internação, em hospital geral, para o cuidado da condição clínica devido a autoagressão.

Nas Diretrizes Clínicas em Saúde Mental da SESA/ES²⁶, p. 193 é ressaltado que se deve manter o princípio de agir sempre com o consentimento da pessoa, mantendo o sigilo e a privacidade. Porém, destacam que nas situações de risco iminente pode se justificar a adoção de intervenção involuntária para a preservação da vida, “seja intermediando o contato com pessoas de confiança que atuem como uma rede de suporte para a pessoa em risco, seja acionando outros profissionais e serviços de saúde”. O fluxo a seguir adapta as indicações do material do “MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas”⁷ para atenção a

pessoas em situação de risco iminente de suicídio.

FIGURA 12 – Atenção a pessoas em risco iminente de suicídio.



EM TODOS OS CASOS E SERVIÇOS

- Elimine o acesso a meios de autoagressão.
- Crie um ambiente seguro e de apoio; se possível, ofereça uma área separada e tranquilizadora durante a espera pelo tratamento.
- **NÃO deixe a pessoa sozinha.**
- Supervisione e designe um funcionário ou parente para garantir a segurança permanente da pessoa.
- Dê atenção ao estado mental e ao sofrimento emocional.
- Cuide para que haja continuidade da atenção
- Faça a Notificação de Violência.

CUIDE DA PESSOA AVALIADA EM RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO:

SE EM UNIDADE DE SAÚDE, CME, CASA ROSA, CAPS OU CENTROS DE REFERÊNCIA:

- Realize um acolhimento cuidadoso e ofereça escuta ativa à pessoa e seus familiares, como recurso para estabelecer um vínculo de confiança que contribua para a adesão ao tratamento
- Providencie transferência para um Pronto Atendimento, Serviço de Urgência em Saúde Mental do HEAC ou HEIMABA, explicando à pessoa e família/cuidador que lá será reavaliada a indicação de internação e encaminhada a internação se confirmada a necessidade.

SE EM PRONTO-ATENDIMENTO:

- Avaliar/reavaliar a situação e a necessidade de internação
- Solicitar vaga para internação no sistema da SESA se confirmada a necessidade
- Encaminhar para o CAPS de referência do território de moradia caso a avaliação não aponte necessidade de internação
- Orientar a família ou acompanhante sobre a necessidade de monitoramento constante da pessoa, com rigor, para evitar que ocorra autoagressão/tentativa de suicídio durante a internação.

APÓS A ESTABILIZAÇÃO

- Se a equipe avaliar que a pessoa, após o atendimento, está clinicamente estável, realizar a Avaliação de risco e realizar os procedimentos e/ou encaminhamentos devidos de acordo com o risco avaliado (Ver em 5.2.3, acima).
- Fornecer contato do Centro de Valorização da Vida (CVV) como uma via de apoio para acolhimento e escuta 24 horas: **CVV 188.**

FONTE: Adaptado do MI-mhGAP Versão 2.0.

5.4 POSVENÇÃO

Posvenção é a intervenção, ou conjunto de intervenções, dirigidas às pessoas que perderam alguém por suicídio. Tem por objetivo cuidar do sofrimento decorrente desta situação, colaborando na elaboração do processo de luto e dos sentimentos envolvidos, prevenindo complicações, adoecimento e mesmo a ocorrência de outro suicídio, ou tentativa, durante este processo, além de atuar na promoção da saúde mental^{29,30}. Botega⁸ nomeia como posvenção as “várias medidas que favoreçam a expressão de ideias e sentimentos relacionados ao trauma e a elaboração do luto. Nesse sentido, a posvenção também pode ser considerada uma forma de prevenção de suicídio”.

Sua importância é ressaltada pelo fato de que o luto vivido nestas situações de perda de alguém que cometeu suicídio tem características específicas que precisam ser trabalhadas. Rocha e Lima²⁸ destacam que “o impacto de estar enlutado dessa maneira por uma perda que se deu por suicídio é tão significativo que ter se relacionado com alguém que se matou é um dos principais indicadores de risco futuro de suicídio, tamanha a gravidade da situação”.

A importância da oferta de ações de posvenção é ressaltada pelos autores que estudam famílias e amigos de pessoas que cometeram suicídio (chamados de “sobreviventes” por muitos), e que descrevem a gama de sentimentos vividos após esta trágica ocorrência. São relatados sentimentos de culpa, tristeza, desespero, e também, em muitos casos, de um “estranho alívio”, o que demonstra a ambiguidade que atinge as pessoas próximas^{8,23,28, 29}.

Apesar desse afluxo de sentimentos, é comum haver dificuldades de se falar sobre este momento e das vivências em curso, parecendo haver mecanismos de negação e evitação que por vezes predominam, o que torna ainda mais importantes que se façam algumas ações voltadas a este público, com vistas a abrir espaços para a fala, a escuta e a elaboração necessária. É nesse sentido que a posvenção é considerada uma ação não só de assistência e cuidado, mas também de prevenção de novos suicídios que poderiam

acontecer entre pessoas próximas a alguém que se suicida.

Fukumitsu e Kovács (2015)²⁹ e Botega⁸ sugerem algumas ações de posvenção:

“Atendimentos em psicoterapia individual ou em grupo; aconselhamento psicológico; trabalho psicoeducativo, informando os sinais de alerta e fatores de risco predisponentes e precipitantes, bem como incentivando trabalhos de prevenção ao suicídio; formação de profissionais para habilitá-los a lidar com situações de crise; palestras e eventos sobre temática do suicídio e sua prevenção; cursos para apresentar subsídios para novas formas de enfrentamento; e grupos de luto aos sobreviventes, grupos de apoio ao luto por suicídio”²⁸.

Segundo orientação de Botega⁸, após um suicídio “o profissional de saúde deve se preparar para oferecer apoio emocional às pessoas enlutadas, propiciar um ambiente para o apoio, identificar as que mais precisam de ajuda e providenciar-lhes o atendimento apropriado. Assim que souber da ocorrência de um suicídio, é aconselhável manter contato com a família enlutada (...)”. Também afirma que os grupos de suporte mútuo dirigidos a pessoas enlutadas após o suicídio de alguém próximo, são intervenções reconhecidas como importantes e eficientes para o apoio emocional nesta situação, sendo indicados como ações de posvenção.

6 ORIENTAÇÃO AOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA

6.1 ORIENTAÇÃO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

As Unidades Básicas de Saúde constituem a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e, em virtude do contato próximo com a comunidade, as equipes da atenção primária têm a possibilidade de conhecer os usuários, familiares, seus recursos e a organização social do território. Os profissionais da atenção básica estão em situação privilegiada para a identificação e acompanhamento de situações e agravos de saúde, bem como para encaminhamentos à Rede, caso necessário.

Assim, deve fazer parte da rotina dos profissionais de saúde das UBS investigar em seus atendimentos cotidianos se existem pensamentos de autoextermínio e/ou outros fatores de risco para o suicídio.

Quando uma situação de risco para suicídio é detectada, o profissional que o identificou oferece escuta acolhedora e qualificada, iniciando o cuidado e a formação de vínculo com o paciente.

Caso o profissional que detectou o risco seja de nível superior, ele deve fazer a avaliação de risco e proceder conforme o grau de risco avaliado. Caso este profissional seja o agente comunitário de saúde ou qualquer profissional de nível médio, incluindo os técnicos do acolhimento inicial, estes devem solicitar apoio ao enfermeiro da equipe de referência do paciente ou ao enfermeiro supervisor do acolhimento para proceder ou viabilizar a realização da avaliação de risco.

Em se tratando de situações de risco para suicídio, as equipes Multiprofissionais da

Atenção Primária (eMulti) podem ser acionadas a qualquer momento para suporte técnico e atendimento compartilhado com os profissionais que estão assistindo a situação e devem priorizar este atendimento, em virtude de sua urgência.

Caso necessário, a depender da complexidade dos encaminhamentos requeridos, acionar a Direção da UBS para providenciar com a equipe ações necessárias para garantia da assistência, como, por exemplo, reorganização e reprogramação de atendimentos dos profissionais envolvidos, auxílio na articulação de ações necessárias providenciadas pela equipe como solicitação de ambulância e outros.

Observa-se que as UBS são o serviço preferencial para acolhimento de pacientes informados pelo NUPREVI, a partir da notificação compulsória de violência. Nesse caso a equipe de referência, em conjunto com a eMulti, deve realizar busca ativa e organizar o atendimento, preferencialmente compartilhado, para escuta qualificada, avaliação de risco e início dos cuidados.

Segue o fluxo geral que deve ser seguido pelas equipes das UBS, conforme o grau de risco avaliado:

RISCO BAIXO:

- Após escuta acolhedora e avaliação do risco, agendar paciente para médico ou enfermeiro e/ou profissional da eMulti (em atendimento compartilhado) de forma prioritária, em até 72 horas (paciente deve sair da UBS com o atendimento agendado).
- Realizar comunicação com a equipe responsável em relação à prioridade deste atendimento.
- Profissionais da equipe, no dia agendado, devem realizar o atendimento e iniciar o acompanhamento do caso com os procedimentos necessários a partir de sua avaliação, ampliando informações sobre o paciente, sua família e situação atual.

- Realizar busca ativa, com os devidos registros em prontuário, quando o paciente faltar ao atendimento.
- Compartilhar sobre o caso em reunião de equipe, com presença de profissionais da eMulti, para programação do cuidado e outros encaminhamentos.
- Identificar se há necessidade de acompanhamento continuado em saúde mental. Em caso positivo, providenciar inserção nas ofertas de cuidado em saúde mental, como consultas individuais, atendimentos compartilhados, abordagens psicossociais, grupos temáticos, acompanhamento terapêutico individual ou em grupo, inserção em práticas integrativas e complementares, dentre outros.
- Nos casos em que a equipe considerar necessário, encaminhar para psiquiatria ambulatorial e outras especialidades médicas pertinentes para o cuidado integral.
- Manter acompanhamento continuado e avaliação periódica do paciente, com reavaliação de risco quando necessário. Atualizar o plano de cuidados conforme a reavaliação de risco seguindo essa diretriz.
- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso em conformidade com as rotinas e ofertas habituais do serviço voltadas à saúde integral da população.

RISCO MODERADO:

- Realizar atendimento imediato por médico ou enfermeiro, preferencialmente compartilhado com a eMulti.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Acionar a família ou a rede de apoio indicada pela pessoa. Orientar a família ou pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio, manter presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.

- Ainda que, por qualquer motivo, não seja possível acionar a família ou a rede de apoio do paciente, os profissionais de saúde devem dar continuidade ao atendimento, mantendo a busca de contato com os familiares ou a rede de apoio.
- Agendar retorno para médico ou enfermeiro da equipe de referência do usuário e/ou eMulti, preferencialmente em até 72 horas (paciente deve sair da UBS com o atendimento agendado).
- Avaliar a necessidade de encaminhamento para psiquiatria ambulatorial e outras especialidades médicas pertinentes para o cuidado integral.
- Avaliar a necessidade do compartilhamento do caso com o CAPS em apoio matricial, conforme diretrizes municipais, para orientações e/ou elaboração de projeto terapêutico singular (PTS) compartilhado.
- Médico/enfermeiro da equipe e/ou profissional da eMulti (em atendimento compartilhado) devem realizar o atendimento e avaliar as próximas ações para seguimento do cuidado.
- No matriciamento em Saúde Mental ou em reunião de equipe, reavaliar as necessidades do caso para acompanhamento ao paciente, considerando sintomatologias, comorbidades, histórico clínico, contextos de vida e sociais, rede de proteção e apoio familiar e na comunidade, dentre outros aspectos relacionados ao caso.
- Realizar busca ativa, com os devidos registros em prontuário, quando o paciente faltar ao atendimento.
- Compartilhar sobre o caso em reunião de equipe, com presença de profissionais da eMulti, para programação do cuidado, construção de projeto terapêutico singular (PTS) e outros encaminhamentos.
- Identificar as necessidades de acompanhamento em saúde mental para estabelecer os cuidados na UBS, em psiquiatria ambulatorial e apoio dos CAPS quando definido em matriciamento.

- Providenciar inserção nas ofertas de cuidado em saúde mental, como consultas individuais, atendimentos compartilhados, abordagens psicossociais, atendimento psicológico, grupos temáticos, acompanhamento terapêutico individual ou em grupo, dentre outros, na UBS e outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- Manter o intervalo entre os atendimentos do PTS próximo (poucos dias), permitindo o monitoramento da situação. Aumentar o intervalo entre os atendimentos previstos no PTS quando a reavaliação do risco indicar sua redução.
- A equipe deverá se mostrar disponível para atendimento a pessoa em demanda espontânea, em caso de busca por piora. Nesse caso, a direção da UBS deve providenciar com equipe a viabilização desse cuidado, como a reprogramação dos atendimentos agendados quando necessário.
- Realizar atendimentos domiciliares e contatos telefônicos por membros da equipe, incluindo o agente comunitário de saúde (ACS), como opções para manutenção de contato próximo e constante quando necessário.
- Abordar sobre o suporte a qualquer tempo do CVV e fornecer telefone de contato.
- Manter acompanhamento continuado e avaliação periódica do paciente, com reavaliação de risco quando necessário. Atualizar o PTS conforme a reavaliação de risco, seguindo essa diretriz.
- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso em conformidade com as rotinas e ofertas habituais do serviço voltadas à saúde integral da população.

RISCO ALTO:

- O profissional que realizou o acolhimento do paciente e avaliação do risco deve comunicar sobre o caso com médico/enfermeiro da equipe de referência (preferencialmente) para organização de atendimento compartilhado, com

participação de profissional médico e de profissional da eMulti.

- Avaliar inicialmente o quadro clínico e a necessidade de encaminhamento para serviço da Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, HEAC ou HEIMABA nos casos infanto-juvenis) ou inserção no mesmo dia no CAPS de referência.
- Avaliar a necessidade de providenciar ambulância para remoção do paciente.
- **NÃO deixar a pessoa sozinha.** Designar um profissional para permanecer com o paciente todo o tempo até a chegada de familiar ou alguém da sua rede de apoio.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Acionar a família ou a rede de apoio indicada pela pessoa. Orientar a família ou pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio (como retirada do acesso a possíveis meios), com presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.
- Ainda que, por qualquer motivo, não seja possível acionar a família ou a rede de apoio do paciente, os profissionais de saúde devem dar continuidade ao atendimento, mantendo a busca de contato com os familiares ou a rede de apoio.
- Realizar contato com o CAPS de referência para seguimento do cuidado no serviço especializado preferencialmente no mesmo dia. A UBS e o CAPS podem avaliar a pertinência de acolhimento integral/24 horas no CAPS III. Nesse caso, o CAPS III deve ser inserido na avaliação se não for o CAPS de referência do caso.
- A partir da articulação, encaminhar o paciente para acompanhamento no CAPS de referência. Caso não seja possível o acolhimento no CAPS no mesmo dia, avaliar se há necessidade de encaminhamento para um serviço que componha a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, HEAC ou HEIMABA em casos infanto-juvenis) ou se a família ou rede de apoio têm condições de manter a pessoa acompanhada, sob supervisão e em segurança, até o dia de acolhimento no CAPS.

- Providenciar ambulância para remoção do paciente, seja para o CAPS ou para a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental. Se o paciente ou familiar/rede de apoio não concordarem em aguardar a ambulância, pretendendo deslocar-se por meios próprios, realizar orientações que reforcem medidas de segurança.
- Fazer o registro da situação, atendimentos e interlocuções no Prontuário Eletrônico da RBE.

No seguimento do cuidado a equipe de referência do usuário deve:

- Monitorar se houve acolhimento do paciente no CAPS de referência, acolhimento integral 24h no CAPS III ou inserção na Rede de Urgência e Emergência.
- Compartilhar a situação em reunião de equipe, com presença de profissionais da eMulti.
- Contribuir com o acolhimento pós-alta ao paciente no CAPS de referência para seguimento do cuidado, mas também na UBS se pertinente para vinculação do paciente aos acompanhamentos em saúde.
- Realizar acompanhamento à família e/ou rede de apoio, o que pode incluir atendimento domiciliar se necessário.
- Discutir o caso em matriciamento em Saúde Mental com o CAPS, conforme diretrizes municipais. A UBS deve se apropriar do Projeto Terapêutico Singular e apoiar a gestão do caso pelo CAPS, contribuindo com o PTS conforme pactuações.
- Acompanhar e manter as pactuações para o PTS compartilhado e avaliação periódica do paciente, com reavaliação de risco quando necessário. Atualizar o PTS conforme a reavaliação de risco, seguindo essa diretriz.
- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso em conformidade com as rotinas e ofertas habituais do serviço voltadas à saúde integral da população.

RISCO IMINENTE:

- Coloque a pessoa em ambiente seguro.
- Elimine os meios de autoagressão ou suicídio.
- **NÃO deixar a pessoa sozinha.** Designar um profissional para permanecer com o paciente todo o tempo até a chegada da família ou alguém da sua rede de apoio.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Caso a pessoa esteja desacompanhada, acione a família ou alguém da rede de apoio, como acompanhante ou cuidador e oriente sobre o risco presente e a necessidade de supervisão permanente e de tratamento, que se seguirão com as condutas na Rede de Urgência e Emergência.
- Providencie ambulância (SAMU) para um serviço que componha a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, HEAC ou HEIMABA em casos infanto-juvenis) explicando ao familiar ou pessoa da rede de apoio que o serviço de destino realizará reavaliação para condutas em atenção ao caso.
- Fazer o registro da situação, orientações e articulações realizadas no Prontuário Eletrônico da RBE.

Após o manejo na Rede de Urgência e Emergência, a equipe de referência deve:

- Monitorar a alta da paciente.
- Compartilhar a situação em reunião de equipe, com presença de profissionais da eMulti.
- Contribuir com o acolhimento pós-alta ao paciente no CAPS de referência para seguimento do cuidado, mas também na UBS se pertinente para vinculação do paciente aos acompanhamentos em saúde.

- Realizar acompanhamento à família e/ou rede de apoio, o que pode incluir atendimento domiciliar se necessário.
- Discutir o caso em matriciamento em Saúde Mental com o CAPS, conforme diretrizes municipais. A UBS deve se apropriar do Projeto Terapêutico Singular e apoiar a gestão do caso pelo CAPS, contribuindo com o PTS conforme pactuações.
- Acompanhar e manter as pactuações para o PTS compartilhado e avaliação periódica do paciente, com reavaliação de risco quando necessário. Atualizar o PTS conforme a reavaliação de risco, seguindo essa diretriz.
- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso em conformidade com as rotinas e ofertas habituais do serviço voltadas à saúde integral da população.

6.2 ORIENTAÇÃO AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os CAPS se constituem como serviços de média complexidade, cujo objetivo é o de oferecer cuidado a pessoas em sofrimento psíquico ou com transtorno mental. Como serviços especializados, são voltados principalmente a situações severas e persistentes, que incluem sofrimento intenso, risco importante e complexidade que extrapola as possibilidades de resolutividade da Atenção Básica sem o apoio do CAPS. Nesse sentido o CAPS comparece como importante recurso no cuidado às pessoas com risco de suicídio, tanto em situações agudizadas quanto no acompanhamento longitudinal a situações crônicas relacionadas a transtorno mental.

Quando detectado o risco em usuários que já frequentam e são vinculados ao serviço, *independente do risco avaliado* o caso deve continuar em atendimento no próprio CAPS para essa condição.

Para **novos usuários recebidos no acolhimento inicial**, os profissionais devem realizar

avaliação do risco e proceder conforme as orientações que seguem

RISCO BAIXO:

- Realizar atendimento com escuta qualificada a pessoa que buscou o serviço.
- Orientar sobre a importância do acompanhamento e informar que pode acontecer na Unidade Básica de Saúde de referência da pessoa.
- Fazer o encaminhamento para acompanhamento na Unidade Básica de Saúde de seu território de residência, para acolhimento e inserção em cuidados pela equipe. Informar à UBS sobre o encaminhamento realizado, a partir de contato telefônico entre as equipes ou outros meios de comunicação (e-mail à direção, comunicado pela RBE, entre outros), com agendamento na UBS em até 72 horas.
- Realizar busca ativa por telefone para verificação do acesso a cuidados na UBS. Caso ainda não tenha acontecido o atendimento na UBS, realizar nova articulação com o serviço para garantia do cuidado ou, em eventual impossibilidade na efetivação, ofertar novo atendimento no CAPS.
- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.

RISCO MODERADO:

- Atendimento imediato por equipe multiprofissional, preferencialmente de forma compartilhada e participação do profissional médico no seguimento do cuidado.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Acionar a família ou a rede de apoio indicada pela pessoa. Orientar sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio, manter presença constante junto à pessoa em

risco, observação e apoio, bem como sobre as próximas ações de cuidado programadas.

- Ainda que, por qualquer motivo, não seja possível acionar a família ou a rede de apoio do paciente, os profissionais de saúde devem dar continuidade ao atendimento, mantendo a busca de contato com os familiares ou a rede de apoio.
- Agendar retorno em até 72 horas no CAPS para seguimento do cuidado, e avaliar o compartilhamento do caso com a UBS de referência em apoio matricial, para elaboração de projeto terapêutico singular (PTS) compartilhado e planejamento da continuidade da atenção entre os serviços.
- Realizar busca ativa, com os devidos registros em prontuário, quando o paciente faltar ao atendimento.
- Identificar as necessidades de acompanhamento em saúde mental para estabelecer os cuidados compartilhados com a UBS e/ou psiquiatria ambulatorial conforme continuidade do acompanhamento entre os serviços (PTS compartilhado).
- Providenciar inserção nas ofertas de cuidado em saúde mental conforme PTS compartilhado, como consultas individuais, atendimentos compartilhados, abordagens psicossociais, atendimento psicológico, grupos temáticos, acompanhamento terapêutico individual ou em grupo, dentre outros, entre CAPS, UBS e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- Manter atendimento no CAPS e visar a ampliação do acesso a cuidados em outros pontos de atenção da RAPS, conforme PTS compartilhado.
- Manter o intervalo entre os atendimentos do PTS próximo (poucos dias), permitindo o monitoramento da situação. Aumentar o intervalo entre os atendimentos previstos no PTS quando a reavaliação do risco indicar sua redução.
- A equipe deverá se mostrar disponível para atendimento a pessoa em demanda espontânea, em caso de busca por piora. Nesse caso, a direção do serviço deve providenciar com equipe a viabilização desse cuidado, como a reprogramação dos

atendimentos agendados quando necessário.

- Abordar sobre o suporte a qualquer tempo do CVV e fornecer telefone de contato.
- No matriciamento, reavaliar as necessidades do caso para acompanhamento ao paciente, considerando sintomatologias, histórico, comorbidades, contexto de vida e sociais, rede de proteção e apoio familiar e na comunidade, dentre outros aspectos relacionados ao caso.
- Manter ofertas de acompanhamento conforme pactuado no PTS compartilhado com UBS e o apoio matricial para o seguimento de cuidado na UBS.
- Realizar avaliação periódica do paciente e reavaliação de risco quando necessário enquanto a continuidade do acompanhamento não ocorrer na UBS de referência. Atualizar o PTS conforme a reavaliação de risco, seguindo essa diretriz.
- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.

RISCO ALTO:

- Proceder a avaliação clínica e de saúde mental pela equipe, com participação do profissional médico clínico e/ou psiquiatra quando presente no serviço.
- Avaliar inicialmente o quadro clínico e a necessidade de encaminhamento para serviço de Pronto-Atendimento. Neste caso, providenciar ambulância para remoção do paciente.
- **NÃO deixar a pessoa sozinha.** Designar um profissional para permanecer com o paciente todo o tempo até a chegada da família ou alguém da rede de apoio.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Acionar a família ou a rede de apoio indicada pela pessoa. Orientar família ou a pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio (como

retirada do acesso a possíveis meios), com presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.

- Ainda que, por qualquer motivo, não seja possível acionar a família ou a rede de apoio do paciente, os profissionais de saúde devem dar continuidade ao atendimento, mantendo a busca de contato com os familiares ou a rede de apoio.
- Avaliar a pertinência de acolhimento integral/24 horas no CAPS III. Se o caso estiver em atendimento em outro CAPS, o serviço entrará em contato com o CAPS III para realizarem essa avaliação. Se positiva, providenciar a inserção imediata no CAPS III.
- Caso não seja possível o acolhimento 24h no CAPS III no mesmo dia, avaliar se há necessidade de encaminhamento para um serviço que componha a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-Atendimentos, HEAC ou HEIMABA nos casos infanto-juvenis) ou se a família ou rede de apoio têm condições de manter a pessoa acompanhada, sob supervisão e em segurança, até o dia de acolhimento no CAPS.
- Providenciar ambulância para remoção do paciente, seja para o CAPS III ou para a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental. Se o paciente ou familiar/rede de apoio não concordarem em aguardar a ambulância, pretendendo deslocar-se por meios próprios, realizar orientações que reforcem medidas de segurança.
- Intensificar o PTS no serviço e com a Rede, que pode incluir atenção diária, abordagens psicossociais, grupos e oficinas terapêuticas, atendimento psicológico, consultas médicas/psiquiátricas, avaliação/reavaliação médica compartilhada com equipe entre outros.
- Manter o intervalo entre os atendimentos do PTS próximo (atenção diária ou em até poucos dias), permitindo o monitoramento da situação. Aumentar o intervalo entre os atendimentos previstos no PTS quando a reavaliação do risco indicar sua redução.
- A equipe deve viabilizar atenção diária e disponibilizar atendimentos a qualquer tempo, em caso de solicitação e piora. Nesse caso, a direção do serviço deve providenciar com equipe a viabilização desse cuidado, como a reprogramação dos

atendimentos entre a equipe quando necessário.

- Abordar sobre o suporte a qualquer tempo do CVV e fornecer telefone de contato.
- Compartilhar o caso em matriciamento em Saúde Mental com a UBS, conforme diretrizes municipais. A UBS deve se apropriar do Projeto Terapêutico Singular e apoiar a gestão do caso pelo CAPS, contribuindo com o PTS conforme pactuações.
- Acompanhar o PTS e realizar reavaliação de risco quando necessário. Atualizar o PTS conforme a reavaliação, seguindo essa diretriz.
- Fazer o registro da situação, atendimentos e interlocuções no Prontuário Eletrônico da RBE.

RISCO IMINENTE:

- Coloque a pessoa em ambiente seguro.
- Elimine os meios de autoagressão ou suicídio.
- **NÃO deixar a pessoa sozinha.** Designar um profissional para permanecer como paciente todo o tempo até a chegada da família ou alguém da rede de apoio.
- Caso a pessoa esteja desacompanhada, acione a família ou alguém da rede de apoio, como acompanhante ou cuidador, e oriente sobre o risco presente e a necessidade de presença, observação e apoio permanente e de tratamento, que se seguirão com as condutas na Rede de Urgência e Emergência.
- Providenciar ambulância (SAMU) para um serviço que componha a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-Atendimentos, HEAC ou HEIMABA em casos infanto-juvenis) explicando ao familiar ou à pessoa da rede de apoio que o serviço de destino realizará reavaliação para condutas em atenção ao caso.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Fazer o registro da situação, orientações e articulações realizadas no Prontuário

Eletrônico da RBE.

Após o manejo na Rede de Urgência e Emergência, a equipe do CAPS deverá:

- Receber o paciente após alta da atenção hospitalar e estabilização do risco iminente. Intensificar o PTS no serviço e com a Rede, que pode incluir atenção diária, abordagens psicossociais, grupos e oficinas terapêuticas, atendimento psicológico, consultas médicas/psiquiátricas, avaliação/reavaliação médica compartilhada com equipe entre outros.
- Compartilhar o caso em matriciamento em Saúde Mental com a UBS, conforme diretrizes municipais. A UBS deve se apropriar do Projeto Terapêutico Singular e apoiar a gestão do caso pelo CAPS, contribuindo com o PTS conforme pactuações.
- Acompanhar o PTS e realizar reavaliação de risco quando necessário. Atualizar o PTS conforme a reavaliação, seguindo essa diretriz.

6.3 ORIENTAÇÃO À CASA ROSA

RISCO BAIXO:

- Após escuta acolhedora e identificação do risco, agendar retorno para atendimento com equipe multiprofissional, de forma prioritária, em até 72 horas (paciente deve sair do serviço de saúde com o atendimento agendado)
- No dia agendado, a equipe multiprofissional deverá iniciar o acompanhamento com os procedimentos necessários a partir de sua avaliação, ampliando informações sobre o paciente, sua família e situação atual. Se necessário, realizar contato com a UBS de referência para compartilhamento sobre o caso visando o cuidado

compartilhado.

- Realizar busca ativa, com os devidos registros em prontuário, quando o paciente faltar ao atendimento.
- Compartilhar sobre o caso em reunião de equipe, para programação do cuidado e outros encaminhamentos.
- Identificar se há necessidade de intervenção em saúde mental. Em caso positivo, providenciar inserção em ofertas de cuidado em saúde mental, no serviço e com a UBS de referência ou outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como consultas individuais, atendimentos compartilhados, abordagens psicossociais, grupos temáticos, acompanhamento terapêutico individual ou em grupo, inserção em práticas integrativas e complementares, dentre outros.
- Conforme articulação entre o serviço e UBS de referência, integrar ofertas de acompanhamento em saúde, com a elaboração de projeto terapêutico singular (PTS) compartilhado.
- Nos casos em que a equipe avaliar necessário, encaminhar para psiquiatria ambulatorial e outras especialidades médicas pertinentes para o cuidado integral.
- Acompanhar a inserção nos outros pontos de atenção da RAPS conforme PTS e realizar articulações necessárias que contribuam para o acesso.
- Abordar sobre o suporte a qualquer tempo do CVV e fornecer telefone de contato.
- Manter acompanhamento continuado e avaliação periódica do paciente, com reavaliação de risco quando necessário. Atualizar o plano de cuidados conforme a reavaliação de risco seguindo essa diretriz.
- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso conforme as necessidades e objetivos do acompanhamento nesse serviço especializado.
- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário

Eletrônico da RBE.

- Articular o cuidado com a UBS de referência por ocasião de alta do serviço.

RISCO MODERADO:

- Atendimento imediato por médico ou enfermeiro, preferencialmente compartilhado com equipe multiprofissional do serviço.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Acionar a família ou a rede de apoio indicada pela pessoa. Orientar a família ou a pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra o suicídio, manter presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.
- Ainda que, por qualquer motivo, não seja possível acionar a família ou a rede de apoio do paciente, os profissionais de saúde devem dar continuidade ao atendimento, mantendo a busca de contato com os familiares ou a rede de apoio.
- Agendar retorno para atendimento compartilhado com profissionais que acompanhem o caso, preferencialmente em até 72 horas (paciente deve sair do serviço de saúde com a consulta marcada).
- No dia agendado, a equipe multiprofissional deverá iniciar o acompanhamento e avaliar as próximas ações para seguimento do cuidado.
- Avaliar a necessidade de encaminhamento para psiquiatria ambulatorial e outras especialidades médicas pertinentes para o cuidado integral.
- Avaliar o compartilhamento do caso com o CAPS de referência, para orientações e/ou elaboração de projeto terapêutico singular (PTS) compartilhado, com inclusão de acompanhamentos no CAPS.

- Compartilhar o caso em reunião de equipe, para programação do cuidado, construção de projeto terapêutico singular (PTS) e outros encaminhamentos.
- No matriciamento em Saúde Mental com o CAPS ou em reunião de equipe, reavaliar as necessidades do caso para acompanhamento ao paciente, considerando sintomatologias, comorbidades, histórico clínicos, contexto de vida e sociais, rede de proteção e apoio familiar e na comunidade, dentre outros aspectos relacionados ao caso.
- Realizar busca ativa, com os devidos registros em prontuário, quando o paciente faltar ao atendimento.
- Articular com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) os acompanhamentos em saúde mental necessários em atenção ao caso, definindo em PTS compartilhado as ofertas na Casa Rosa, na UBS, em psiquiatria ambulatorial e/ou CAPS.
- Contribuir com a inserção nas ofertas de cuidado em saúde mental definidos no PTS, como consultas individuais, atendimentos compartilhados, abordagens psicossociais, atendimento psicológico, grupos temáticos, acompanhamento terapêutico, dentre outros, na Casa Rosa e nos outros pontos da RAPS.
- Manter o intervalo entre os atendimentos do PTS próximo (poucos dias), permitindo o monitoramento da situação. Aumentar o intervalo entre os atendimentos previstos no PTS quando a reavaliação do risco indicar sua redução.
- A equipe deve se mostrar disponível para atendimento a pessoa em demanda espontânea, em caso de busca por piora. Nesse caso, a direção do serviço deve providenciar com equipe a viabilização desse cuidado, como a reprogramação dos atendimentos entre a equipe quando necessário.
- Abordar sobre o suporte a qualquer tempo do CVV e fornecer telefone de contato.
- Manter acompanhamento continuado e avaliação periódica do paciente, com reavaliação de risco quando necessário. Atualizar o PTS conforme a reavaliação de

risco, seguindo essa diretriz

- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso conforme as necessidades e objetivos do acompanhamento nesse serviço especializado.
- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.

RISCO ALTO:

- Os profissionais envolvidos com o atendimento e avaliação do risco devem organizar atendimento compartilhado com equipe multiprofissional, preferencialmente com participação de profissional médico.
- Avaliar inicialmente o quadro clínico e a necessidade de encaminhamento para serviço da Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, HEAC ou HEIMABA nos casos infanto-juvenis) ou para o CAPS de referência.
- **NÃO deixar a pessoa sozinha.** Designar um profissional para permanecer com o paciente todo o tempo até a chegada de familiar ou alguém da sua rede de apoio.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Acionar a família ou a rede de apoio indicada pela pessoa. Orientar a família ou a pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra o suicídio (como retirada do acesso a possíveis meios), com presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.
- Ainda que, por qualquer motivo, não seja possível acionara família ou rede de apoio do paciente, os profissionais de saúde devem dar continuidade ao atendimento, mantendo a busca de contato com os familiares ou rede de apoio.

- Realizar contato com o CAPS de referência para seguimento do cuidado no serviço especializado preferencialmente no mesmo dia. A partir da articulação, encaminhar o paciente para acompanhamento no CAPS de referência.
- Caso não seja possível o acolhimento no CAPS no mesmo dia, avaliar se há necessidade de encaminhamento para um serviço que componha a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, HEAC ou HEIMABA em casos infanto-juvenis) ou se a família ou rede de apoio têm condições de manter a pessoa acompanhada, sob supervisão e em segurança, até o dia de acolhimento no CAPS.
- Providenciar ambulância para remoção do paciente, seja para CAPS ou para a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental. Se o paciente ou familiar/rede de apoio não concordarem em aguardar a ambulância, pretendendo deslocar-se por meios próprios, realizar orientações que reforcem medidas de segurança.
- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.

No seguimento do cuidado a equipe do serviço especializado deve:

- Monitorar se houve acolhimento do paciente no CAPS de referência, acolhimento integral 24h no CAPS III ou inserção na Rede de Urgência e Emergência.
- Compartilhar a situação em reunião de equipe.
- Contribuir com o acolhimento pós-alta ao paciente no CAPS de referência para seguimento do cuidado, mas também na Casa Rosa e UBS se pertinente para vinculação do paciente aos acompanhamentos em saúde.
- Realizar interlocução com a UBS de referência para acompanhamento conjunto à família e/ou rede de apoio, conforme pactuações entre os serviços para seguimento do cuidado.
- Discutir o caso em matriciamento em Saúde Mental com o CAPS participando

também a UBS de referência. Os serviços devem se apropriar do Projeto Terapêutico Singular e apoiar a gestão do caso pelo CAPS, contribuindo com o PTS conforme pactuações.

- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso conforme as necessidades e objetivos do acompanhamento nesse serviço especializado.
- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.

RISCO IMINENTE:

- Colocar a pessoa em ambiente seguro.
- Eliminar os meios de autoagressão ou suicídio.
- **NÃO deixar a pessoa sozinha.** Designar um profissional para permanecer com o paciente todo o tempo até a chegada da família ou alguém da rede de apoio.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Caso a pessoa esteja desacompanhada, acionar a família ou alguém de referência como acompanhante ou cuidador e oriente sobre o risco presente e a necessidade de supervisão permanente e de tratamento, que se que se seguirão com as condutas na Rede de Urgência e Emergência.
- Providenciar ambulância (SAMU) para um serviço que componha a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, HEAC ou HEIMABA em casos infanto-juvenis) explicando ao familiar ou pessoa da rede de apoio que o serviço de destino realizará reavaliação para condutas em atenção ao caso.

Após o manejo da Rede de Urgência e Emergência, a equipe deve:

- Monitorar a alta do paciente.
- Compartilhar a situação em reunião de equipe.
- Contribuir com o acolhimento pós-alta ao paciente no CAPS de referência para seguimento do cuidado, mas também na Casa Rosa e UBS se pertinente para vinculação do paciente aos acompanhamentos em saúde.
- Realizar interlocução com a UBS de referência para acompanhamento conjunto à família e/ou rede de apoio, conforme pactuações entre os serviços para seguimento do cuidado.
- Discutir o caso em matriciamento em Saúde Mental com o CAPS participando também a UBS de referência. Os serviços devem se apropriar do Projeto Terapêutico Singular e apoiar a gestão do caso pelo CAPS, contribuindo com o PTS conforme pactuações.
- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso conforme as necessidades e objetivos do acompanhamento nesse serviço especializado.
- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.

6.4 ORIENTAÇÃO AOS DEMAIS CENTROS DE REFERÊNCIA MUNICIPAIS

RISCO BAIXO

- Após escuta acolhedora, articular atendimento ao paciente com equipe de referência na UBS (médico, enfermeiro e/ou eMulti) ou com equipe do centro de referência (se melhor opção para o plano de cuidados), de forma prioritária, em até

72 horas (paciente deve sair do serviço de saúde com o atendimento agendado).

- Realizar comunicação com a equipe responsável com relação à prioridade deste atendimento.
- Profissionais da equipe da UBS ou do serviço especializado, no dia agendado, devem realizar o atendimento e iniciar o acompanhamento do caso com os procedimentos necessários a partir de sua avaliação, obtendo mais informações sobre o paciente, sua família e situação atual.
- Realizar busca ativa, com os devidos registros em prontuário, caso o paciente faltar ao atendimento.
- Compartilhar o caso em reunião de equipe, para programação do cuidado e outros encaminhamentos
- Identificar se há necessidade de intervenção em saúde mental. Em caso positivo, providenciar inserção em ofertas de cuidado em saúde mental, no serviço e com a UBS de referência ou outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como consultas individuais, atendimentos compartilhados, abordagens psicossociais, grupos temáticos, acompanhamento terapêutico individual ou em grupo, inserção em práticas integrativas e complementares, dentre outros.
- Nos casos em que a equipe considerar necessário, encaminhar para psiquiatria ambulatorial e outras especialidades médicas pertinentes para o cuidado integral.
- Manter acompanhamento continuado e avaliação periódica do paciente, com reavaliação de risco quando necessário. Atualizar o plano de cuidados conforme a reavaliação de risco seguindo essa diretriz.
- Abordar sobre o suporte a qualquer tempo do CVV e fornecer telefone de contato.
- Caso o acompanhamento seja conduzido pela UBS, manter contato com a equipe de referência para acompanhamento conjunto da situação, em rede.
- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento

longitudinal do caso conforme as necessidades e objetivos do acompanhamento nesse serviço especializado.

- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.

RISCO MODERADO:

- Atendimento imediato por médico ou enfermeiro, preferencialmente de forma compartilhada com equipe multiprofissional do serviço.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Acionar a família ou a rede de apoio indicada pela pessoa. Orientar a família ou a pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio, manter presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.
- Ainda que, por qualquer motivo, não seja possível acionar a família ou rede de apoio do paciente, os profissionais de saúde devem dar continuidade ao atendimento, mantendo a busca de contato com os familiares ou rede de apoio.
- Agendar paciente para atendimento com equipe da UBS de referência ou com equipe do centro de referência (se melhor opção para o plano de cuidados), em até 72 horas (paciente deve sair do serviço de saúde com a consulta marcada).
- No dia agendado, a equipe multiprofissional deverá iniciar o acompanhamento e avaliar as próximas ações para seguimento do cuidado.
- Avaliar a necessidade de encaminhamento para psiquiatria ambulatorial e outras especialidades médicas pertinentes para o cuidado integral.
- Avaliar o compartilhamento do caso com o CAPS de referência, para orientações e/ou elaboração de projeto terapêutico singular (PTS) compartilhado, com inclusão de acompanhamentos no CAPS.

- Compartilhar sobre o caso em reunião de equipe, para programação do cuidado, construção de projeto terapêutico singular (PTS) e outros encaminhamentos.
- Em reunião de equipe ou em matriciamento em Saúde Mental com o CAPS, reavaliar as necessidades do caso para acompanhamento ao paciente, considerando sintomatologias, comorbidades, histórico clínico, contextos de vida e sociais, rede de proteção e apoio familiar e na comunidade, dentre outros aspectos relacionados ao caso.
- Realizar busca ativa, com os devidos registros em prontuário, caso o paciente faltar ao atendimento.
- Articular com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) os acompanhamentos em saúde mental necessários em atenção ao caso, definindo em PTS compartilhado as ofertas no serviço especializado, na UBS, em psiquiatria ambulatorial e/ou CAPS.
- Contribuir com a inserção do paciente nas ofertas de cuidado em saúde mental definidos no PTS, como consultas individuais, atendimentos compartilhados, abordagens psicossociais, atendimento psicológico, grupos temáticos, acompanhamento terapêutico, dentre outros, no serviço especializado e nos outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- Manter o intervalo entre os atendimentos do PTS próximo (poucos dias), permitindo o monitoramento da situação. Aumentar o intervalo entre os atendimentos previstos no PTS quando a reavaliação do risco indicar sua redução.
- A equipe deverá se mostrar disponível para atendimento a pessoa em demanda espontânea, em caso de busca por piora. Nesse caso, a direção do serviço deve providenciar com equipe a viabilização desse cuidado, como a reprogramação dos atendimentos entre a equipe quando necessário.
- Abordar sobre o suporte a qualquer tempo do CVV e fornecer telefone de contato.
- Manter o acompanhamento continuado e a avaliação periódica do paciente, com

reavaliação de risco quando necessário. Atualizar o PTS conforme a reavaliação de risco, seguindo essa diretriz.

- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.
- Caso o acompanhamento seja conduzido pela UBS e/ou CAPS, manter contato com a equipe para acompanhamento conjunto da situação, em rede.
- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso conforme as necessidades e objetivos do acompanhamento nesse serviço especializado.

RISCO ALTO:

- Os profissionais envolvidos com o atendimento e avaliação do risco devem organizar atendimento compartilhado com equipe multiprofissional, preferencialmente com participação de profissional médico.
- Avaliar inicialmente o quadro clínico e a necessidade de encaminhamento para serviço da Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-Atendimentos, HEAC ou HEIMABA nos casos infanto-juvenis) ou para o CAPS de referência.
- **NÃO deixar a pessoa sozinha.** Designar um profissional para permanecer com o paciente todo o tempo até a chegada do familiar ou alguém da sua rede de apoio.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Acionar a família ou a rede de apoio indicada pela pessoa. Orientar a família ou pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio (como retirada do acesso a possíveis meios), com presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.

- Ainda que, por qualquer motivo, não seja possível acionar a família ou a rede de apoio do paciente, os profissionais de saúde devem dar continuidade ao atendimento, mantendo a busca de contato com os familiares ou rede de apoio.
- Fazer contato com o CAPS verificando a possibilidade de acolhimento imediato da pessoa ou agendamento prioritário para o dia seguinte.
- A partir da articulação, encaminhar o paciente para acompanhamento no CAPS de referência. Caso não seja possível o acolhimento no CAPS no mesmo dia, avaliar se há necessidade de encaminhamento para um serviço que componha a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, HEAC ou HEIMABA em casos infanto-juvenis) ou se a família ou rede de apoio têm condições de manter a pessoa acompanhada, sob supervisão e em segurança, até o dia de acolhimento no CAPS.
- Providenciar ambulância para remoção do paciente, seja para CAPS ou para a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental. Se o paciente ou familiar/rede de apoio não concordarem pretendendo deslocar-se por meios próprios, realizar orientações que reforcem medidas de segurança.
- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.

No seguimento do cuidado a equipe do serviço especializado deve:

- Monitorar se houve acolhimento do paciente no CAPS de referência, acolhimento integral 24h no CAPS III ou inserção na Rede de Urgência e Emergência.
- Compartilhar a situação em reunião de equipe.
- Contribuir com o acolhimento pós-alta ao paciente no CAPS de referência para seguimento do cuidado, mas também no serviço especializado e com UBS, se pertinente para vinculação do paciente aos acompanhamentos em saúde.
- Realizar interlocução com a UBS de referência para acompanhamento conjunto à

família e/ou à rede de apoio, conforme pactuações entre os serviços para seguimento do cuidado.

- Discutir o caso em matriciamento com o CAPS participando também a UBS de referência. Os serviços devem se apropriar do Projeto Terapêutico Singular e apoiar a gestão do caso pelo CAPS, contribuindo com o PTS conforme pactuações.
- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso conforme as necessidades e objetivos do acompanhamento nesse serviço especializado.
- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.

RISCO IMINENTE

- Colocar a pessoa em ambiente seguro.
- Eliminar os meios de autoagressão ou suicídio.
- **NÃO deixar a pessoa sozinha.** Designar um profissional para permanecer com o paciente todo o tempo até a chegada da família ou alguém da rede de apoio.
- Realizar a notificação compulsória de violência, referente às tentativas de suicídio identificadas.
- Caso a pessoa esteja desacompanhada, acionar a família ou alguém da rede de apoio como acompanhante ou cuidador e orientar sobre o risco presente e a necessidade de supervisão permanente e de tratamento, que se que se seguirão com as condutas na Rede de Urgência e Emergência.
- Providenciar ambulância (SAMU) para um serviço que componha a Rede de Urgência e Emergência em Saúde Mental (Pronto-atendimentos, HEAC ou HEIMABA em casos infanto-juvenis) explicando ao familiar ou pessoa da rede de apoio que o serviço de destino realizará reavaliação para condutas em atenção ao caso.

Após o manejo da Rede de Urgência e Emergência, a equipe deve:

- Monitorar a alta do paciente.
- Compartilhar a situação em reunião de equipe.
- Contribuir com o acolhimento pós-alta ao paciente no CAPS de referência para seguimento do cuidado, mas também no serviço especializado e UBS se pertinente para vinculação do paciente aos acompanhamentos em saúde.
- Realizar interlocução com a UBS de referência para acompanhamento conjunto à família e/ou rede de apoio, conforme pactuações entre os serviços para seguimento do cuidado.
- Discutir o caso em matriciamento em Saúde Mental com o CAPS participando também a UBS de referência. Os serviços devem se apropriar do Projeto Terapêutico Singular e apoiar a gestão do caso pelo CAPS, contribuindo com o PTS conforme pactuações.
- Quando a reavaliação indicar cessação do risco, manter o acompanhamento longitudinal do caso conforme as necessidades e objetivos do acompanhamento nesse serviço especializado.
- Registrar os atendimentos, orientações e articulações para o cuidado no Prontuário Eletrônico da RBE.

6.5 ORIENTAÇÃO AOS SERVIÇOS DE PRONTO-ATENDIMENTO

A pessoa que acessa o Pronto-Atendimento em função de agravo de saúde decorrente de comportamento suicida passa por acolhimento com classificação de risco.

- A equipe deverá proceder ao atendimento clínico e avaliação social e realizar

notificação compulsória de violência referente a tentativa de suicídio identificada.

- Em caso de tentativa de suicídio por intoxicação exógena, acionar CIATox e preencher ficha de Intoxicação Exógena na RBE.

Depois de estabilização do quadro orgânico:

■ Paciente munícipe

a) Se a avaliação indicar necessidade de leito hospitalar em saúde mental:

- Proceder à solicitação de Regulação para leito hospitalar de Saúde Mental.
- Orientar família ou pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio, e a manter presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.

b) Se a avaliação não indicar necessidade de leito hospitalar em saúde mental:

- Orientar a família ou a pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio, e a manter presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.
- Se o risco for alto, após estabilização, providenciar atendimento no CAPS de referência em até 24h, preferencialmente articulando o momento de alta com a inserção no serviço especializado.
- Se o risco for moderado, após estabilização, providenciar atendimento na Unidade Básica de Saúde em até 72 horas, informando ao paciente e familiar/rede de apoio a data do agendamento garantido na UBS e para qual profissional.
- Se o risco for baixo, orientar a procura da Unidade Básica de Saúde para acolhimento e acesso a cuidados.

- Em todas as situações, abordar sobre o suporte a qualquer tempo do CVV e fornecer telefone de contato.

■ **Paciente não munícipe**

a) Se a avaliação indica necessidade de leito hospitalar em saúde mental:

- Proceder a solicitação de Regulação para leito hospitalar de Saúde Mental.
- Orientar a família ou a pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio, e a manter presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.

b) Se a avaliação não indicar necessidade de leito hospitalar:

- Orientar a família ou a pessoa da rede de apoio sobre ações de proteção e prevenção contra suicídio, e a manter presença constante junto à pessoa em risco, observação e apoio.
- Encaminhar para atendimento psicológico no CIATox, por escrito, com data, horário e endereço, nos casos relacionados a intoxicação.
- Produzir encaminhamento, por escrito, ao CAPS e/ou Unidade Básica de Saúde do município de origem.
- Realizar tentativa de comunicação com o serviço para onde será encaminhada a pessoa ou à Secretaria de Saúde do município de origem, preferencialmente com sua área técnica de saúde mental ou coordenação da atenção especializada.

7 PROCEDIMENTOS A PARTIR DAS NOTIFICAÇÕES ENVIADAS PELO NUPREVI

Na articulação da Vigilância com a Assistência em saúde, O NUPREVI envia a todos os serviços as notificações feitas relativas a violências autoprovocadas e tentativas de suicídio, para que seja providenciada busca ativa e oferta de assistência pelas equipes dos serviços de referência à pessoa.

O objetivo é garantir que todos os casos notificados recebam atendimento da Rede de Atenção à Saúde do município, o que é fundamental para prevenir novas ocorrências, uma vez que a existência de tentativas é um dos fatores de risco para novas ocorrências. O conhecimento do caso pelas equipes de saúde relacionadas ao cuidado e a realização de busca ativa para inserção em cuidados é uma interface direta entre a prevenção secundária e a assistência, com potencial protetivo significativo.

Para efetivação da proposta de busca ativa e oferta de cuidados, os serviços devem se articular conforme as atribuições de cada ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, considerando sua organização no âmbito municipal de Vitória.

■ Nas UBS:

- As equipes, com envolvimento da eMulti, devem acessar/receber os e-mails do NUPREVI com as notificações.
- Realizar interlocução com demais integrantes das equipes (eMulti, eSF ou eAP) para realizar, de forma compartilhada, a busca ativa realizando contato com a pessoa e/ou familiares;
- Oferecer atendimento compartilhado prioritário para avaliação de risco e

seguimento do cuidado;

- Realizar contato com os CAPS, conforme necessidades do caso e avaliação de risco, seguindo as orientações dessa diretriz.
- Manter a gestão do cuidado pela equipe.

■ **Nos CAPS:**

- A equipe deve acessar/receber os e-mails do NUPREVI com as notificações
- Os profissionais de referência para apoio matricial de cada UBS devem acessar as notificações e verificar aquelas com indicativos de maior risco (alta hospitalar recente, pessoas com tentativas recorrentes, tentativas de alto risco de letalidade etc.);
- Observar o prontuário destas situações de maior gravidade verificando se já houve atendimento pela UBS;
- Fazer contato com a equipe da UBS com vistas ao compartilhamento do cuidado, discutindo o caso e definindo o melhor local e forma de atendimento;
- Manter PTS compartilhado com UBS e apoio matricial.
- Manter oferta de atendimento no CAPS, para paciente e familiares, nos casos graves.

8 REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em dezembro de 2021.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.876**, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em dezembro de 2021.
3. BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html >.
4. BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm. Acesso em dezembro de 2021.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde mundo 2001**: saúde mental –nova concepção, nova esperança. Genebra. 2001, p. 80. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em dezembro de 2021.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors**. American Psychiatric Association, p.9, 2010. Disponível em: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf. Acesso em abril de 2023.
7. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da

Saúde; 2018.

8. BOTEGA, J. N. **Crise suicida**: Avaliação e manejo. Porto Alegre, RS: Artmed, 2015.
9. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5-TR** (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), 2022.
10. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Prevención del suicidio**: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014, p.12. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em dezembro de 2019.
11. MATTA, Gustavo Corrêa, MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães . Atenção à saúde. IN: PEREIRA. Isabel Brasil, LIMA, Júlio Cesar França (Org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed ver amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em 30 de maio de 2023.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico 33**. v. 52, set 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em dezembro de 2021.
13. BOTEGA NJ, Silveira IU, Mauro MLF. **Telefonemas na crise**: percursos e desafios na prevenção do suicídio. Rio de Janeiro: ABP; 2010.
14. QUESADA, A. A.; NOGUEIRA, A. G. R.; NETO C. H. A.; FILHO, V. S. R. **Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio**: orientações para educadores e profissionais da saúde. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020.
15. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Viver a vida**. Guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países. Organização Mundial da Saúde – Oficina regional para as Américas; 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/61445/9789275724248_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em setembro de 2024.
16. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Informe mundial sobre saúde mental**: transformar a saúde mental para todos. Panorama general. Genebra: 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em abril de 2023.

17. OPAS. OMS. **Diretrizes sobre Intervenções de Promoção e Prevenção em Saúde Mental para Adolescentes:** Ajudar os adolescentes a prosperar, 2023. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57453/9789275727133_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em maio de 2023.
18. MARTIN, I. S., SILVA, A. C. e PEDROLLO, L. F. S. et al. (Organizadoras). **Prevenção do risco de suicídio:** guia para profissionais da saúde. Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.
19. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Superintendência de Atenção Primária. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção.** Versão Profissional. Coleção Guia de Referência Rápida Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2016.
20. CHIAVERINI, Dulce Helena. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011, p.211.
21. LUOMA, J.B.; Martin, C.E.; Pearson Luoma, J.B.; Martin, C.E.; Pearson, J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **American Journal of Psychiatry**, 2002; v. 159/6, pp. 909-916.
22. TURECKI, G.; Brent, D. A. Suicide and suicidal behaviour. **Lancet online**, n. 387, PP.1227-39, 2015. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00234-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00234-2/fulltext).
23. BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. de; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, p. S87–S95, 2010.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada compartilhada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf). Acesso em 21 de junho de 2023.
25. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental.** 1 ed. Vitória: SESA/ES, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude>

[e%20mental.pdf](#). Acesso em 15 de maio de 2023.

26. SCHEIBE, S.. **Gestão do comportamento suicida de adolescentes**: Diretrizes para prevenção no contexto da urgência e emergência hospitalar. 2019.143f. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da saúde/Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, 2019.
27. ROCHA, P. G.; LIMA, D. M. A.. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 323-344, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n2/07.pdf>. Acesso em maio de 2023. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438V0031N02A06>.
28. FUKUMITSU, K. O. e KOVÁCS, M. J.. O luto por suicídios: uma tarefa da prevenção. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 41-47, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/download/1840/456>. Acesso em maio de 2023.
29. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: WHO, 2000. Disponível em: [<Prevencao-Suicidio-Manual-Profissionais-Saude.pdf \(cofen.gov.br\)>](#) Acesso em 22 de abril de 2020.
30. VIOLANTI, J. M.; ANDREW, M. E.; MNATSAKANOVA, A.; HARTLEY T. A., FEKEDULEGN, D.; BURCHFIEL, C. M.. Correlates of hopelessness in the high suicide risk police occupation. **Police Practice and Research**, v. 17, n. 5, p. 408-419, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/15614263.2015.1015125>. Acesso em julho de 2022.
31. GOMES DE MELO SANTOS, E. D. et al. Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos. **Psicología. Conocimiento y Sociedad**., Montevideo, v.9, n.1, p.205-220, 2019. Disponível em http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262019000100205&lng=es&nrm=iso. Acesso em agosto 2024.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros: 2012 a 2016**. Brasília, Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros - 2012 a 2016](#)

(saude.gov.br). Acesso em agosto de 2024.

33. DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V. M. L.. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 3, p. 450–464, jul. 2018.
34. BARROSO MARTINEZ, A. A.. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, Madrid , v. 39, n. 135, p. 51-66, jun. 2019 . Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352019000100004&lng=es&nrm=iso. Acesso em Agosto de 2024. Epub 11-Nov-2019. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>.
35. BAÉRE, F. de.; ZANELLO, V.. Suicídio e masculinidades: uma análise por meio do gênero e das sexualidades. **Psicologia em Estudo**, v. 25, p. e44147, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pe/a/LzMM7YDThptPXCkJkpKnWkn/#>. Acesso em agosto de 2024. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44147>
36. DANTAS, E. S. O. et al.. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1469–1477, maio 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/35hM7kcd8Dh3DCm5JFqHgPy/#>. Acesso em agosto de 2024.
37. OLIVEIRA ALVES, F. J., The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 31, 2023. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2667-193X%2824%2900018-8>. Acesso em agosto de 2024.
38. GIANNINI, M. J., BERGMARK B., KRESHOVER, S., ELIAS, E., PLUMMER, C., O'Keefe, E. Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: Intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. **Disability and Health**

Journal, Volume 3, Issue 2, Pages 74-78, 2010.
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2009.09.001>.

39. OLIVEIRA, L. G. de; MAIA, J. L. F. . Depressão e suicídio em adultos com o Transtorno do Espectro Autista: Uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 15, p. e255111537265, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i15.37265. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37265>. Acesso em agosto de 2024.

ANEXO I – ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO⁸

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO			
Paciente: Sexo: Idade: Data: Avaliador:			
O que está acontecendo?			
☐ Desencadeante ☐ Motivação ☐ Significado do morrer			
Estado Mental Atual			
☐ Delírio/alucinação ☐ Incontinência afetiva ☐ Constrição cognitiva ☐ Depressão ☐ Instabilidade do humor ☐ Vergonha/humilhação ☐ Desesperança ☐ Ansiedade/inquietude ☐ Insônia ☐ Desespero (<i>psychache</i>) ☐ Impulsividade/agressividade ☐ Dor/incapacitação ☐ Colapso existencial ☐ Raiva			
Intencionalidade Suicida			
IDEIAS DE MORTE	IDEIAS DE SUICÍDIO	TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA	PLANO SUICIDA
☐ Passivas ☐ Rejeita o suicídio	☐ Persistentes ☐ Intensas ☐ Incontroláveis ☐ Vistas como alívio ☐ Aceitáveis	☐ Quantas ☐ Última Motivação Intencionalidade Letalidade	☐ Em preparação ☐ Detalhado ☐ Conhece poder letal ☐ Possui os meios letais ☐ Providências
Principais Fatores de Risco			
☐ Transtorno mental ☐ Suicídio na família ☐ Acesso a meio letal ☐ Tentativa de suicídio ☐ Discórdia familiar ☐ Rigidez cognitiva ☐ Álcool ou outra droga ☐ Desilusão amorosa ☐ Perfeccionismo ☐ Abuso físico ou sexual ☐ Relações conflituosas ☐ Conflito de identidade ☐ Exposição a um suicídio ☐ Desemprego ☐ Dor/incapacidade ☐ Isolamento ☐ Derrocada financeira ☐ Alta hospitalar recente ☐ Falta de apoio social ☐ Desonra ☐ Não adere a tratamento			
Formulação do Risco e Manejo			
☐ Risco baixo ☐ Risco moderado ☐ Risco alto			

APÊNDICE I – O PLANO DE SEGURANÇA

A. INSTRUÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SEGURANÇA

1º Passo – Reconhecer os sinais que alertam do início da crise suicida: Pedir que o sujeito escreva, com suas próprias palavras, como se sente, o que pensa, que sensações tem quando está em crise, tentando, assim, identificar o início das crises como momento de utilizar o Plano de Segurança.

2º Passo – Identificar estratégias pessoais de enfrentamento das crises (*coping*): Pedir que o sujeito anote coisas que costuma fazer para se distrair, relaxar coisas que pode fazer, sem precisar de outras pessoas, se afastar dos problemas e pensamentos negativos, de modo a evitar o crescimento destes. Refletir sobre o que pode fazer por si mesmo para impedir o avanço de pensamentos suicidas sobre sua capacidade de fazer isso durante uma situação de crise.

3º Passo – Listar pessoas com quem se sinta bem e que sinta que o ajudam a se sentir melhor e/ou ambientes e situações sociais que o ajudam a relaxar, se sentir bem e se distrair dos pensamentos negativos.

4º Passo – Solicitar ao sujeito listar nomes e telefone de pessoas que possam lhe dar apoio, suporte e ajudar durante a crise. Perguntar quem, entre familiares e amigos, o sujeito poderia entrar em contato para ter ajuda durante uma crise, pessoas que lhe apoiem e com quem consiga conversar quando está mal (Podem ser as mesmas pessoas do item anterior, mas aqui o objetivo do contato é que apoiem durante a crise, enquanto acima se tratava de contato com vistas a socialização como estratégia de enfrentamento e evitação da crise).

5º Passo – Listar os serviços e/ou profissionais a serem contatados em caso da crise se instalar e se agravar: perguntar e pedir que registre no Plano de Segurança, com que serviços e/ou profissionais de saúde fazer contato em caso de persistência ou piora da crise.

6º Passo – Registrar formas de tornar o ambiente seguro eliminando possíveis meios de cometimento do suicídio: Perguntar ao sujeito sobre os meios a que tem acesso e que considera haver riscos de que use em caso de tentativa de suicídio, questionando sobre as formas a serem usadas/medidas a serem tomadas para limitar seu acesso a estes meios enquanto em crise.

Principalmente neste passo é importante ter familiares e/ou amigos participando da elaboração do Plano de Segurança com fins de compartilharem destas informações e pactuarem as medidas a tomar no sentido da segurança do sujeito. Incluir nesta discussão o acesso à medicação.

B. PLANO DE SEGURANÇA⁹

1. Que tipos de pensamentos, sensações, emoções ou comportamentos costumo ter quando estou em crise? Como posso reconhecer que estou começando a entrar em crise e que devo pôr em ação este Plano de Segurança?		
2. Que coisas eu costumo e posso tentar fazer sozinho para me acalmar, relaxar e afastar os sentimentos negativos e/ou vontade de me ferir?		
3. Quem são as pessoas com quem costumo me distrair, relaxar, me divertir e com quem posso contar para fazer as coisas que me ajudam a ficar bem? (Registrar nomes e telefones).		
Nome:	Telefone:	
Nome:	Telefone:	
Nome:	Telefone:	
4. Quem são as pessoas a quem posso pedir ajuda, com quem eu posso contar para estar comigo me apoiando e dando suporte para enfrentar uma crise e a seguir com as ações deste Plano de Segurança? (Registrar nomes e telefones)		
Nome:	Telefone:	
Nome:	Telefone:	
Nome:	Telefone:	
5. Com que serviços e/ou profissionais de saúde deve ser feito contato como meu cuidado durante a crise? (Registrar nomes e telefones)		
CVV - 188		
SAMU 190		
UBS:	CAPS:	Outros:
6. O que pode ser feito para reduzir o risco de suicídio enquanto estou em crise? Registrar os meios a que tem acesso e as pessoas a quem solicitar que os retirem de meu acesso. Pode registrar, também, algum ambiente seguro a que ir, caso tenha.		

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:17:29. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
381DB42F-EB6A-4F68-904A-D11CA933BC69



ANÁLISE DE DADOS EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

Análise Exploratórias de Pacientes e Atendimentos Geral e por Sexo

Banco de Dados: Retirado do Relatório Dinâmico da RBE – Procedimentos Ambulatoriais

Filtros:

- Atendimentos associados a CIDS do Capítulo V do CID-10 (CID-F)
- Anos: 2019 a 2024
- Número de Pacientes e Atendimentos, separados por sexo.

Estatísticas Pacientes

	Sexo	Media	Mediana	Desvio_Padiao	Desvio_Interquartil
1	Feminino	9952.667	9566.0	1792.011	2790.5
2	Masculino	5752.167	5628.5	1283.963	1806.5
3	Todos	15704.833	15194.5	3062.223	4597.0

Estatísticas Atendimentos

	Sexo	Media	Mediana	Desvio_Padiao	Desvio_Interquartil
1	Feminino	34880.5	30829.0	13043.54	12485.25
2	Masculino	33612.0	27773.5	19677.07	21991.50
3	Todos	68492.5	58602.5	32699.76	34476.75

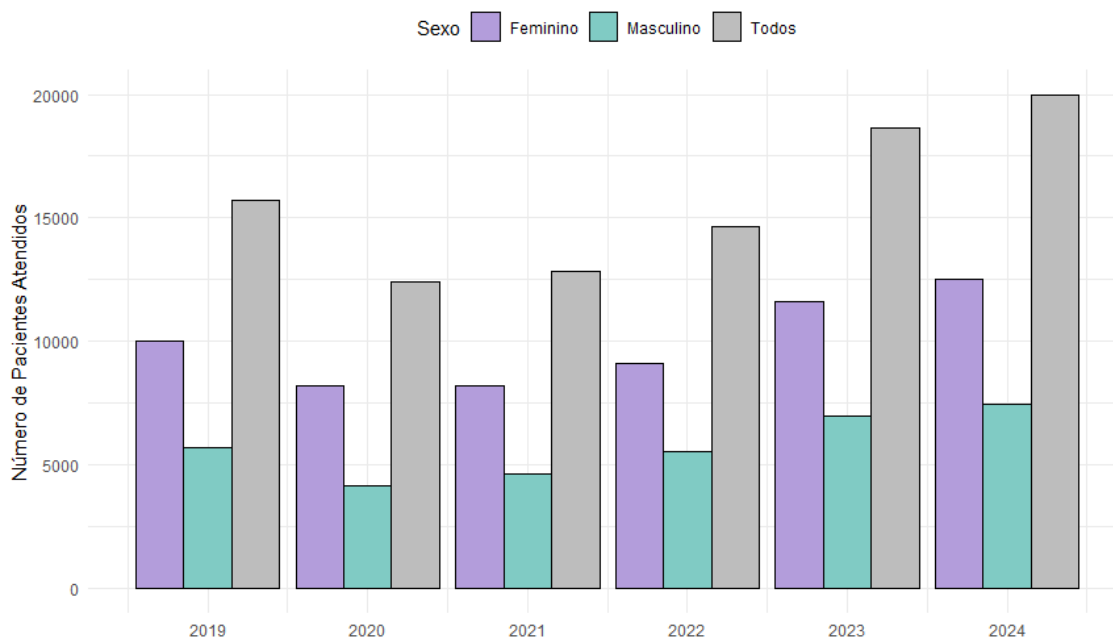
Visualização dos dados:



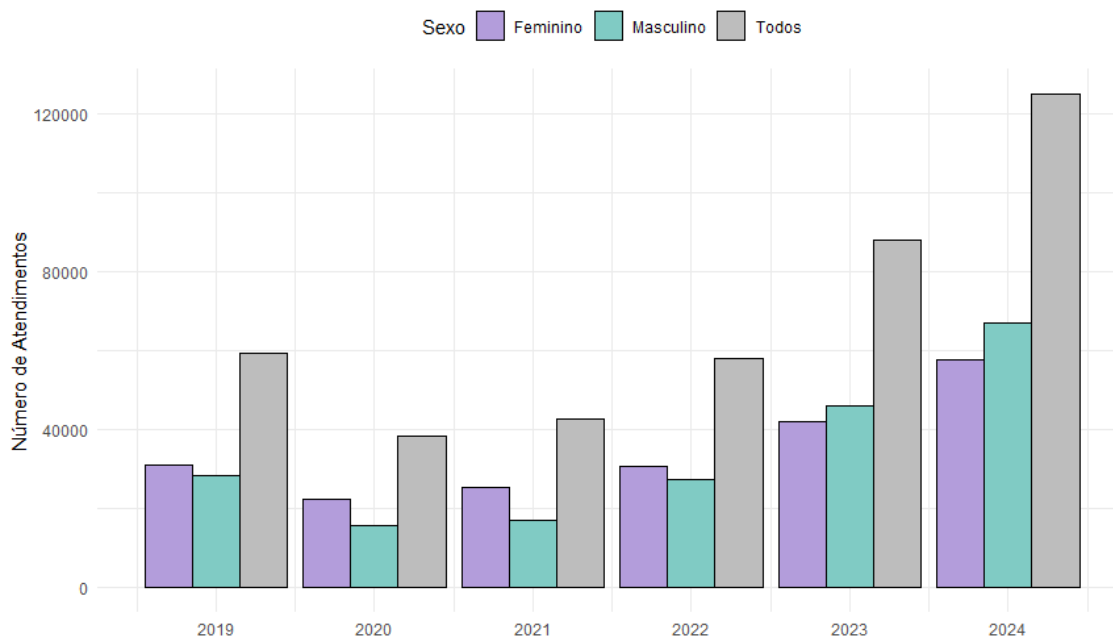
PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL



Pacientes por Ano - 2019 a 2024



Atendimentos por Ano - 2019 a 2024

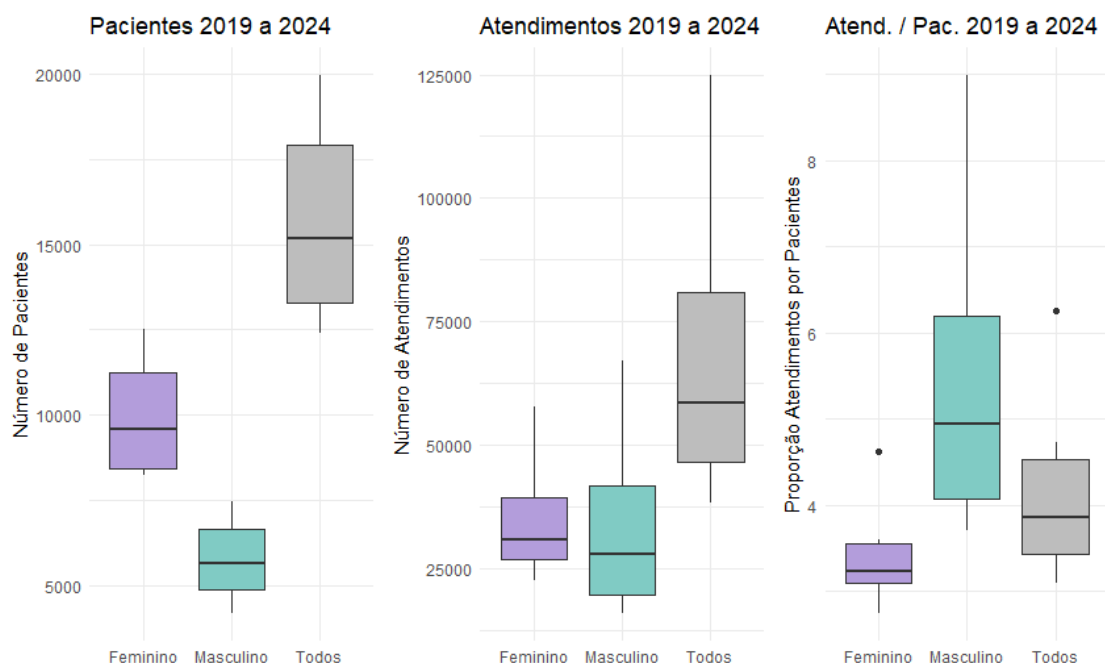




PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL



Proporção Atendimentos por Paciente - 2019 a 2024



Análises Preliminares

Os gráficos 1 e 3 demonstram que no período de 2019 a 2024 há uma queda tanto no número de pacientes diagnosticados com transtornos mentais quanto na quantidade de atendimentos a esses pacientes no período pandêmico (2020 a 2022), demonstrando o efeito da pandemia no acesso a diagnóstico e cuidados em saúde mental.



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL



Observa-se que a partir de 2023, período pós-pandêmico, tanto o número de pacientes quanto de atendimentos se eleva a índices superiores a 2019, pré-pandemia, para ambos os sexos.

Isso corrobora estudos que demonstram que houve um aumento do adoecimento psíquico da população após a pandemia de COVID-19, trazendo desafios importantes à Rede de Atenção Psicossocial.

É digno de nota que há mais pacientes do sexo feminino, porém a diferença entre os quantitativos de atendimentos a cada sexo não é proporcional ao número de pacientes diagnosticados. E em 2023 e 2024 o número de atendimentos aos pacientes do sexo masculino supera os do sexo feminino.

A média de mulheres atendidas ao longo do período avaliado é 73% maior do que a média de homens, contudo a média de atendimentos para as pacientes do sexo feminino é apenas 3% do que a média de atendimentos para os pacientes do sexo masculino.

O gráfico 3 compara a proporção de atendimentos por paciente para cada sexo e para população em geral no período estudado. Nota-se que apesar da quantidade menor de pacientes do sexo masculino, esses estão recebendo mais atendimentos que as pacientes do sexo feminino, particularmente no período pós-pandêmico.

Isso aponta a importância de uma análise mais aprofundada para a compreensão dessas diferenças. Algumas hipóteses:

a) talvez o banco de dados não leve em consideração atendimentos em grupo na contagem de "atendimentos", uma modalidade de atendimento que tende a ter maior adesão de mulheres. É necessário revisar a fonte de informação.

b) as mulheres frequentam mais serviços de saúde do que os homens, por isso há mais mulheres do que homens diagnosticadas com transtornos mentais.

c) mulheres estão tendo menos aderência aos atendimentos por motivos sociais, como sobrecarga de tarefas (trabalho, cuidado com a família) ou logísticas dos serviços.



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL



d) os homens estão sendo diagnosticados com transtornos mentais mais complexos que exigem maior investimento da rede de saúde, enquanto as mulheres podem ter diagnósticos mais leves que demandam menos atendimentos.

A comparação entre os boxplots mostra a assimetria positiva de todos os dados, demonstrando novamente o crescimento ao longo dos anos tanto do número de pacientes, quanto atendimentos e a proporção de atendimentos.

É importante avaliar se o aumento de atendimentos reflete também maior número de profissionais na rede para atender aos pacientes, ou se há mais atendimentos de saúde sendo ocupados com demandas de saúde mental em serviços como Unidades Básicas de Saúde e Pronto-Atendimentos.

Nos boxplots 4 e 5 visualiza-se claramente o que já foi observado nas outras análises em relação ao número expressivamente maior de pacientes do sexo feminino, mas de maior quantidade de atendimentos aos pacientes do sexo masculino.

Há uma variância expressiva na quantidade de atendimentos em geral e para ambos os sexos e uma grande variância na proporção de atendimentos por pacientes do sexo masculino, com outliers nos dados do sexo feminino e consequentemente nos dados em geral.

CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é responsável por organizar ações e serviços relacionados ao cuidado integral em saúde mental da população, em consonância com o redirecionamento do modelo assistencial nessa área e garantia da proteção e dos direitos das pessoas com transtorno mental, definidos na Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Sua organização visa à criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, conforme preconizado na Portaria do GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

O Município de Vitória, no âmbito da Política de Saúde Mental, organiza sua RAPS para acolhimento e cuidado em saúde mental em todos os ciclos de vida, de forma integral, por equipes multiprofissionais e serviços com diferentes finalidades terapêuticas. Desenvolve acompanhamentos com variados objetivos, como ações educativas/orientativas; voltadas à promoção de saúde mental e bem-estar; e relacionadas a acompanhamento multiprofissional para tratamento de transtornos mentais, crônicos e agudos.

As causas para o sofrimento intenso e transtornos são multifatoriais e sensíveis à determinantes sociais da saúde como alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, lazer, acesso a bens e serviços essenciais entre outros, e também dos impactos advindos da desigualdade social, violências e discriminações sociais, em suas múltiplas formas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória/ES conta com diversos pontos de atenção, a saber:

- **No componente da Atenção Básica:** ações e acompanhamentos multiprofissionais em saúde mental nas 29 unidades básicas de saúde da rede municipal. É realizado de forma articulada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família e/ou Atenção Primária e equipes multiprofissionais (eMulti) e equipes de Consultório na Rua.

- **No componente da Atenção Psicossocial:** 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 CAPS tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria), 01 CAPS tipo III (CAPS III São Pedro), 01 CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) e 01 CAPS Infanto-Juvenil (CAPSij).
- **No componente da Atenção Especializada:** atendimento ambulatorial especializado em Saúde Mental no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CMEV); 01 Centro de Referência no Atendimento ao Idoso (CRAI); 01 Centro de Referência em IST/Aids; 01 Centro Especializado de Atenção à Saúde da Mulher e Famílias em Situação de Violência (Casa Rosa).
- **No componente da Atenção de Urgência e Emergência:** acolhimento de urgências em saúde mental nas 29 Unidades Básicas de Saúde e 02 Prontos Atendimentos Municipais;
- **No componente das Estratégias de Desinstitucionalização:** 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT);
- **Nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial:** compõem as ações desenvolvidas pelos CAPS de Vitória, SRT, UBS atividades individuais e coletivas voltadas ao resgate e promoção da autonomia, reinserção social, exercício de cidadania e geração de renda.

Destaca-se que a RAPS de Vitória será ampliada, no componente da atenção residencial de caráter transitório, com a implantação de 01 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) masculina e 01 UAA feminina, equipamento destinado ao atendimento a pessoas em situação de significativa vulnerabilidade social e que estão em tratamento quanto a uso problemático de álcool e outras drogas no CAPS AD III, conferindo ações protetivas com moradia transitória, alimentação e outras necessidades básicas enquanto o tratamento, a reinserção social e a reabilitação psicossocial ocorrem, o que resulta em menor índice de abandono de tratamento e maiores possibilidades de recuperação e estabilidade em saúde integral e mental.

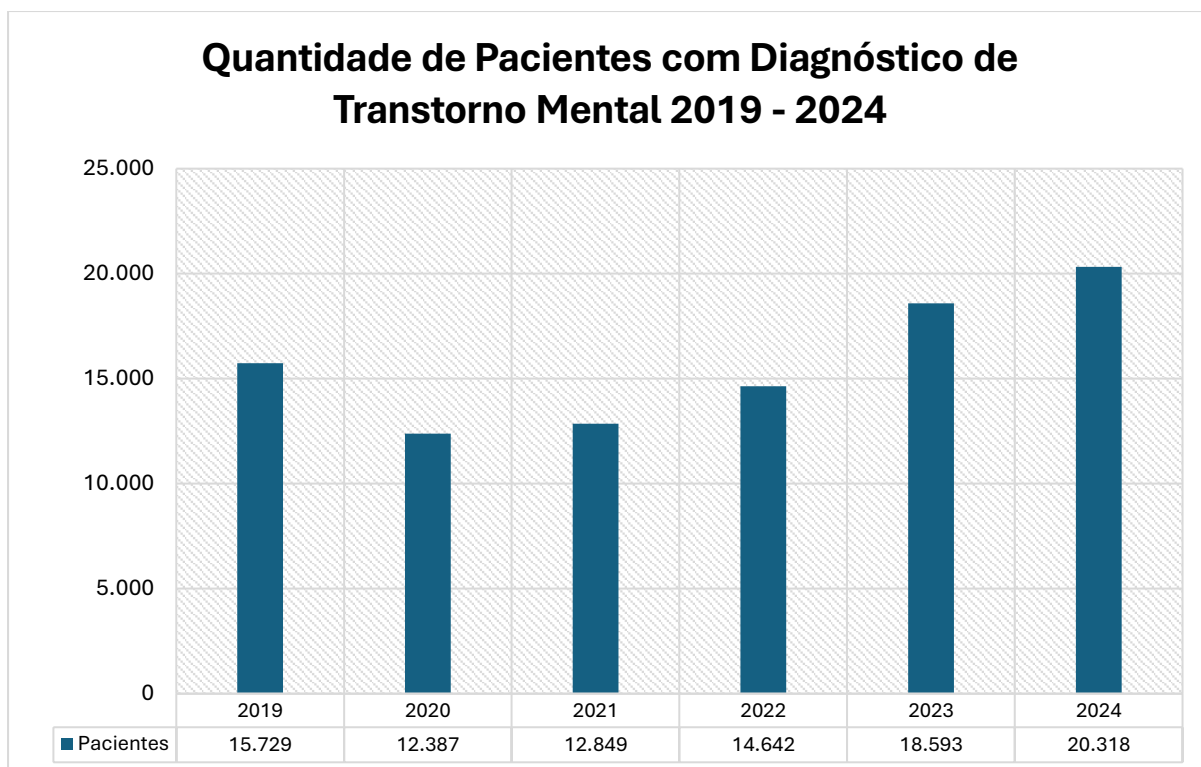
A RAPS municipal contará com a formulação, análise e acompanhamento das políticas públicas no âmbito da Saúde Mental pelo Grupo Condutor da RAPS de Vitória, instituída pela Portaria nº 073/2024 da SEMUS, com o objetivo também de promover articulações e pactuações entre os diversos setores da SEMUS e outras secretarias corresponsáveis pela implementação, gestão, acompanhamento, avaliação e controle das ações de promoção e assistência em saúde mental na RAPS municipal.

Dentre as ênfases para o trabalho no âmbito da RAPS encontram-se a implementação da Linha de Cuidado a Pessoas com Comportamento Suicida de Vitória e também das Diretrizes da RAPS de Vitória, documentos relevantes para a organização da Rede e qualificação das ofertas de cuidado. Além disso, a comunicação e integração entre os diferentes serviços e suas equipes visando ofertar um cuidado integral, e mais articulado e resolutivo para a população, é uma ênfase para a organização do cuidado na RAPS, contando com o matriciamento como uma importante estratégia para sua efetivação.

Alguns dados da Organização Mundial de Saúde (OMS):

- Em 2019, quase 1 bilhão de pessoas, incluindo 14% dos adolescentes globalmente, viviam com algum transtorno mental no mundo.
- O suicídio foi responsável por mais de 1 em cada 100 mortes, sendo que 58% desses óbitos ocorreram antes dos 50 anos de idade.
- Além disso, os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, correspondendo a 1 em cada 6 anos vividos com incapacidade.
- Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis.

É importante notar que o aumento do adoecimento psíquico observado na população mundial após a pandemia de COVID-19 também é uma realidade no município, com um aumento de 29% de pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental 2024 em comparação ao período pré-pandêmico.



O aumento progressivo nos atendimentos reflete tanto a ampliação da capacidade da rede quanto o crescimento da demanda, possivelmente intensificada pelos impactos psicossociais da pandemia de COVID-19.

O que as pessoas expressam ao buscar as unidades básicas de saúde com interface com a saúde mental?

A RAPS de Vitória conta com equipes multiprofissionais em todas as unidades básicas de saúde, sendo uma das ênfases do seu trabalho a oferta de cuidados em saúde mental junto as equipes de saúde da família e/ou de atenção primária.

Em 2024, as queixas de saúde mental mais comuns identificadas nas unidades de saúde foram sintomas ansiosos (34,75%), sintomas depressivos (14,74%), queixas relacionadas a problemas comportamentais da criança ou adolescente (13,28%) e abuso de substâncias (10,29%).¹

¹ Fonte: Relatório de CIAPs registrados em 2024, Sistema de Gestão Rede Bem Estar.

Tratando-se de diagnóstico propriamente dito, 20.318 pessoas foram diagnosticadas com algum transtorno mental em 2024², representando 6,24% dos pacientes atendidos na rede municipal no período. Desse total:

- 10.341 pessoas com transtorno de ansiedade (50,89%),
- 3.382 pessoas com depressão (16,64%),
- 2.975 pessoas com transtorno do espectro autista (14,64%),
- 2.458 pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas (12%).
- 1.178 pessoas com esquizofrenia (5,79%)

OBS: A soma de pacientes é superior ao total de pessoas atendidas, pois o mesmo paciente pode ter mais de um diagnóstico.

Dos casos com gravidade e instabilidade, acompanhadas pelos CAPS, as principais condições de saúde mental no CAPS infanto-juvenil são os transtornos de desenvolvimento (68,94%), na qual se incluem o autismo; nos CAPS II e III são prioritariamente esquizofrenia (45%), transtorno bipolar (17,66%) e depressão (8,79%). No CAPS AD, que atende ao público adulto com problemas de saúde decorrentes do uso de álcool e/outras drogas, 93,89% dos casos representam o transtorno associado ao uso de múltiplas drogas.

Acompanhamento nos CAPS de Vitória

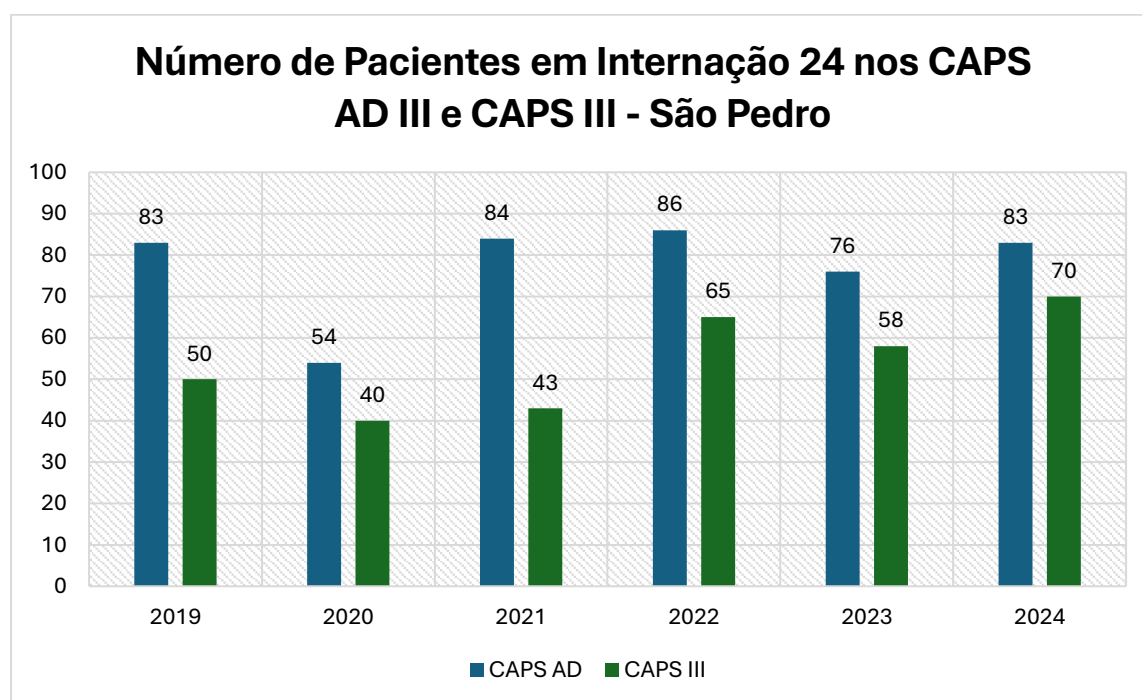
Os CAPS são serviços estratégicos na RAPS, e realizam acompanhamento aos casos graves e instáveis relacionados a sofrimento intenso e transtornos mentais bem como articulações das redes de saúde, intersetoriais e recursos comunitários para o cuidado.

Em 2024, os CAPS realizaram acolhimento de 1.126 novos pacientes para avaliação, tendo como desfecho a inserção de 848 (75%) novos casos nos serviços.

² Fonte: Relatório de CIDs registrados em 2024, Sistema de Gestão Rede Bem Estar.

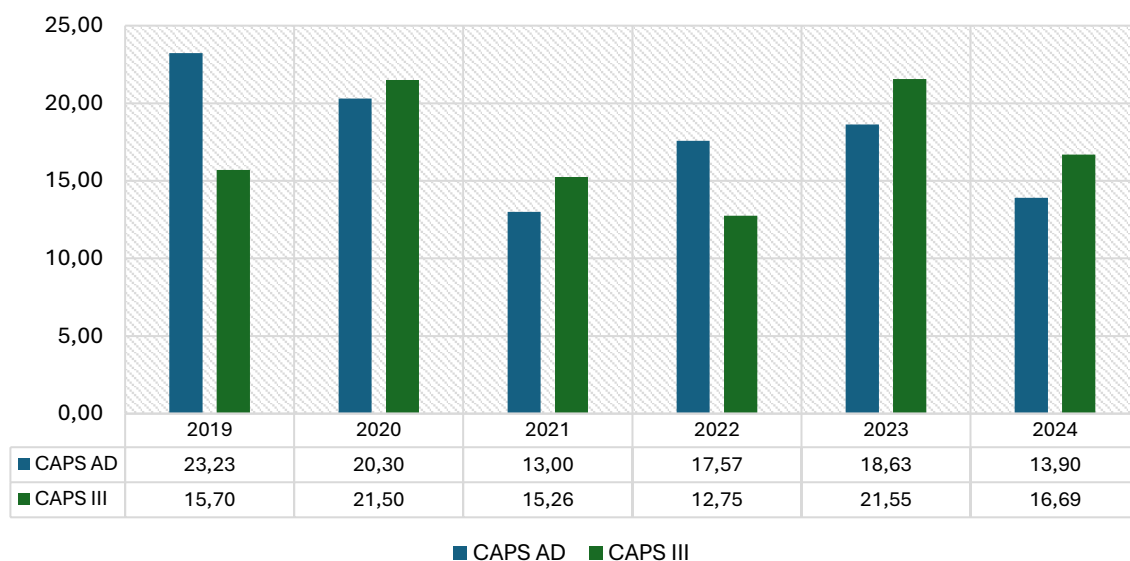
Ao todo, 3.018 pacientes foram atendidos pelos CAPS no ano de 2024, representando 14,8% da população atendida com algum diagnóstico de transtorno mental no mesmo período. A média anual de atendimentos por paciente nos CAPS foi de 26 atendimentos por paciente, demonstrando a intensidade de ofertas de cuidado nesse ponto de atenção da Rede.

Os CAPS AD III e CAPS III São Pedro ofertam hospitalidade 24h para os casos acompanhados com instabilidade e crise em saúde mental, de forma voluntária e pactuada com os pacientes e seus familiares. É notável que o número de pacientes atendimentos nessa modalidade de atendimento aumentaram em 40% para o CAPS III, voltado para atendimento de transtornos mentais graves, enquanto o índice de pacientes acolhidos no CAPS AD III permaneceu relativamente estável exceto por 2020, auge da pandemia de COVID-19.



Com relação ao tempo médio de permanência em dias dos usuários em acolhimento 24 horas, em 2024 observa-se uma queda de 67% ao longo do tempo no CAPS AD III, na comparação entre 2024 e 2019.

Tempo Médio de Permanência dos Usuários em Acolhimento 24h (em dias)





PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

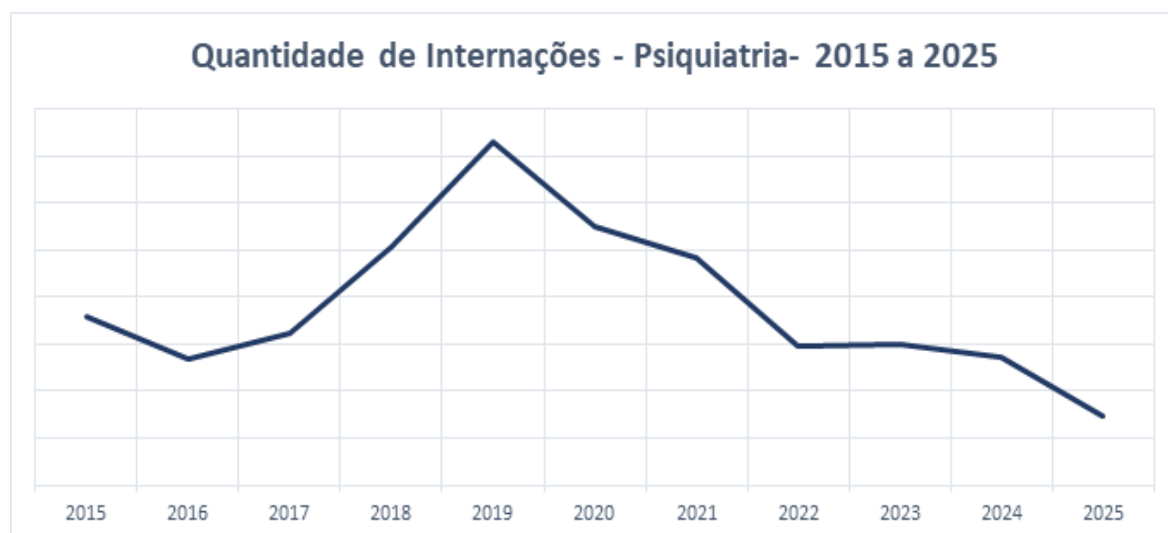
INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM LEITOS PSIQUIÁTRICOS ANÁLISE PRELIMINARES

Objetivo: Levantamento de série histórica quanto ao quantitativo de pessoas residentes no município de Vitória internadas em leitos psiquiátricos no período de 2015 a JUN/2025, perfil epidemiológico e cálculo da taxa de internação em leito psiquiátrico por 100.000 habitantes.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Levantamento dos dados: JUL/2025.

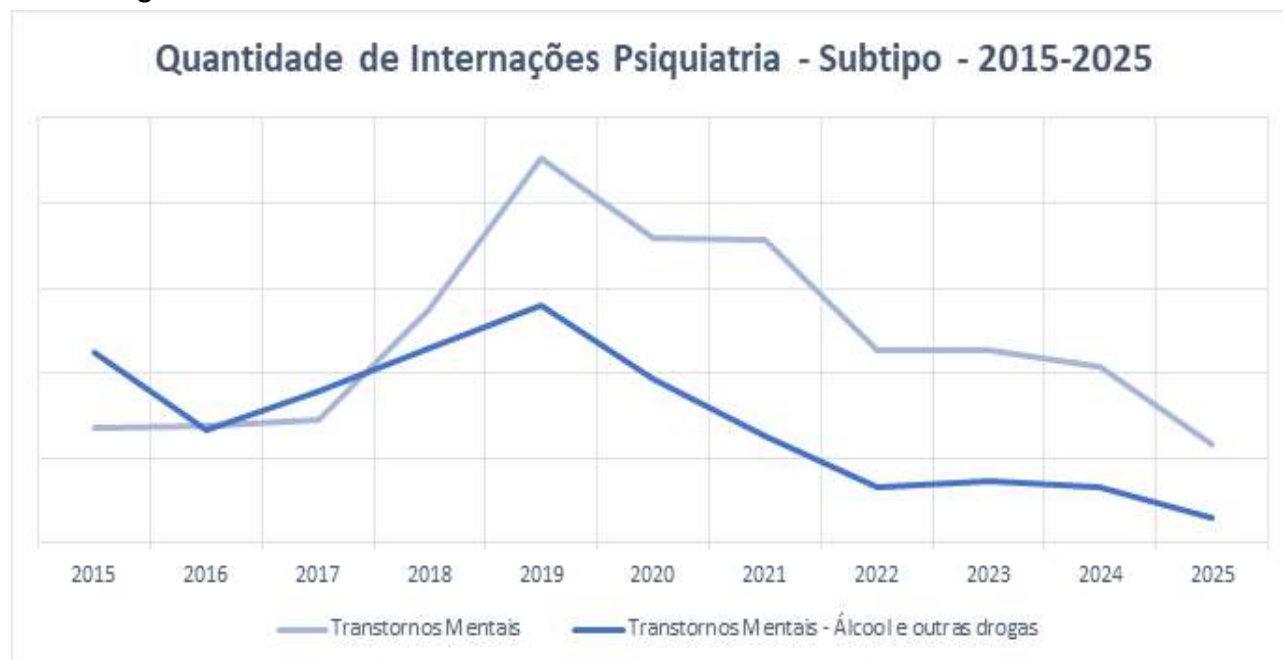
Quantidade de Internações em Leitos Psiquiátricos 2015 – 2025



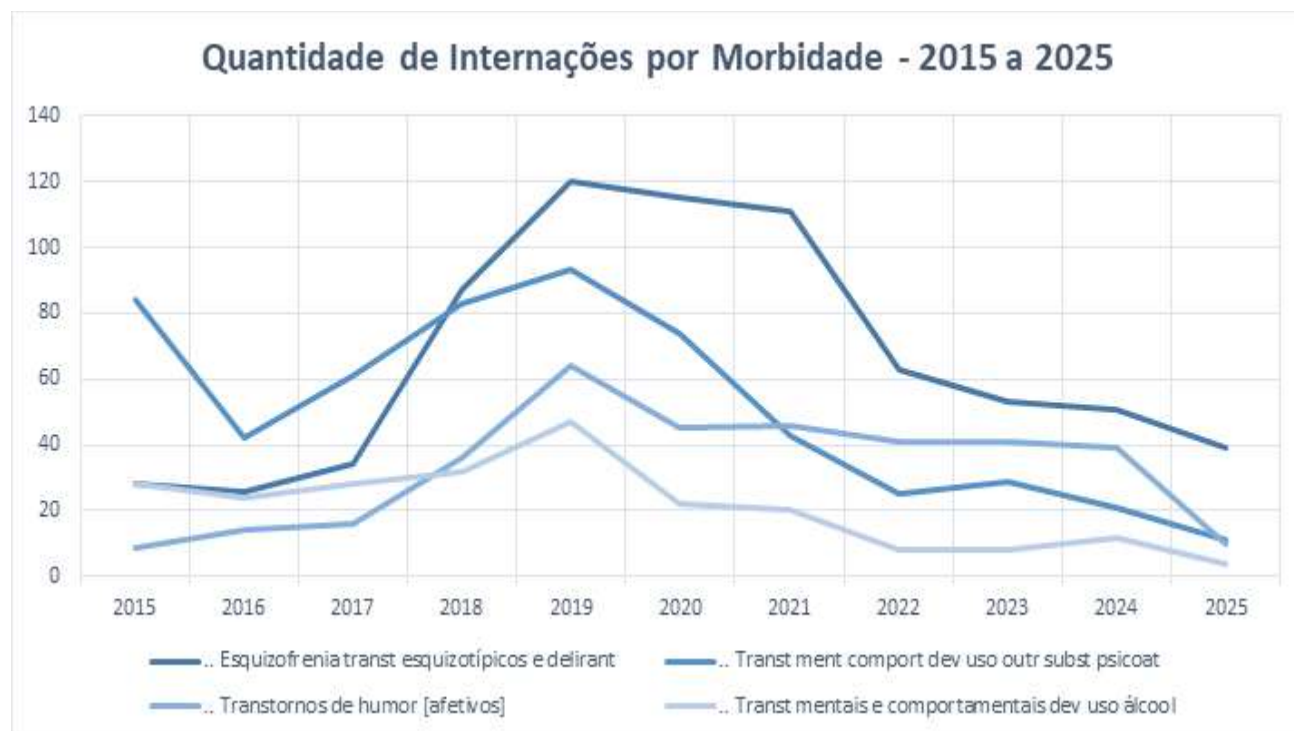


PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Quantidade de Internações Transtornos Mentais x Transtornos Mentais relacionadas ao uso de álcool
outras drogas**



Quantidade de Internações em leitos psiquiátricos por grupo de morbidade CID



Média de Permanência de Internação em Dias



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Média de Permanência em Dias - 2015 a 2025



Recorte 2020 a JUN/2025:

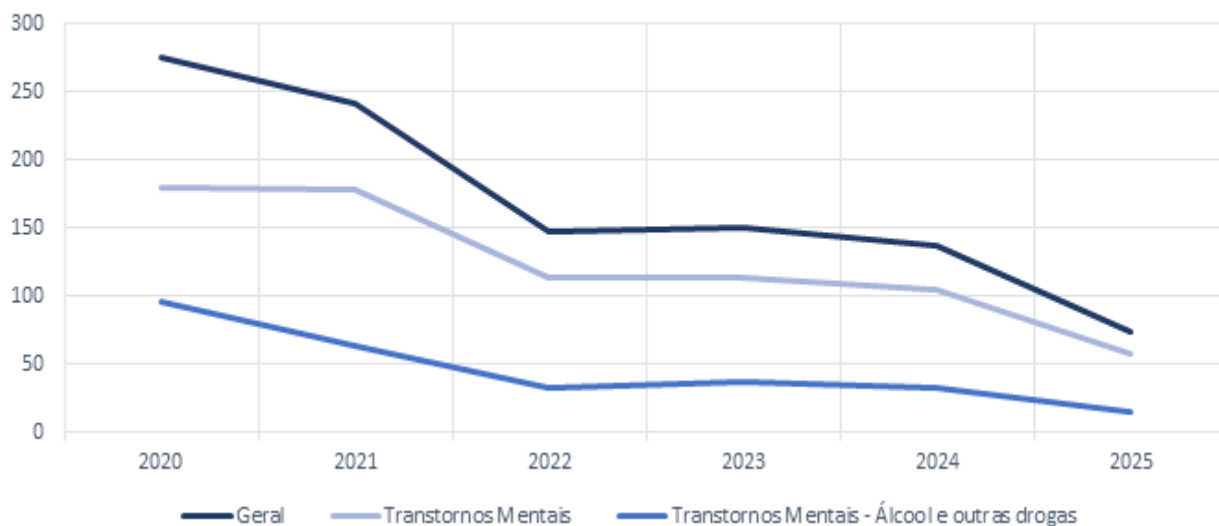
Quantidade de Internações - Psiquiatria - 2020 a 2025



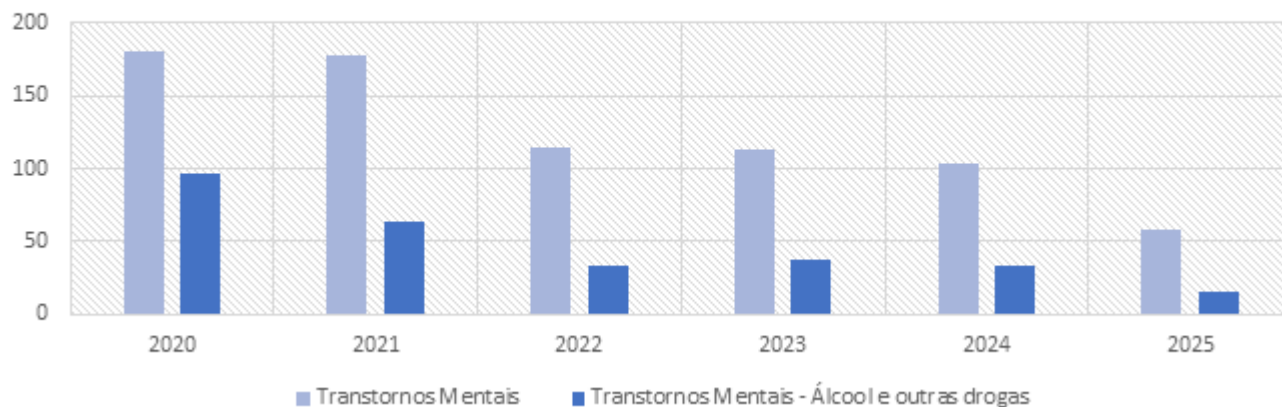


PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Quantidade de Internações Psiquiatria - Geral e Subtipo - 2020-2025



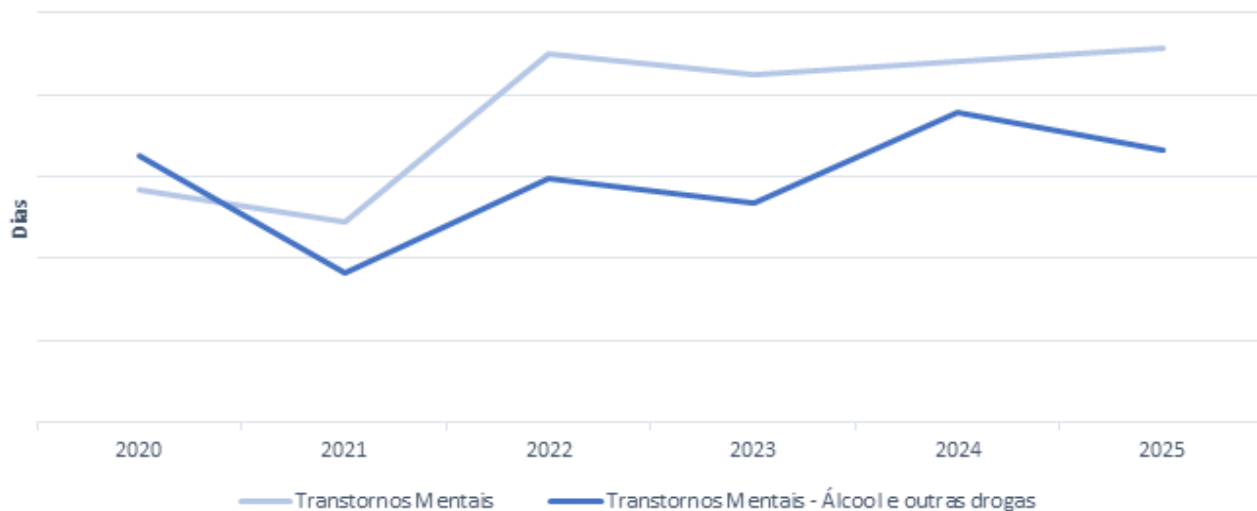
Quantidade de Internações Psiquiatria por Subtipo - 2020 a 2025





PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Média de Permanência em Dias - 2020 a 2025





PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

ANÁLISE DE DADOS EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

Análise Exploratória de Quantitativo de Pacientes Atendidos por Demandas de Saúde Mental

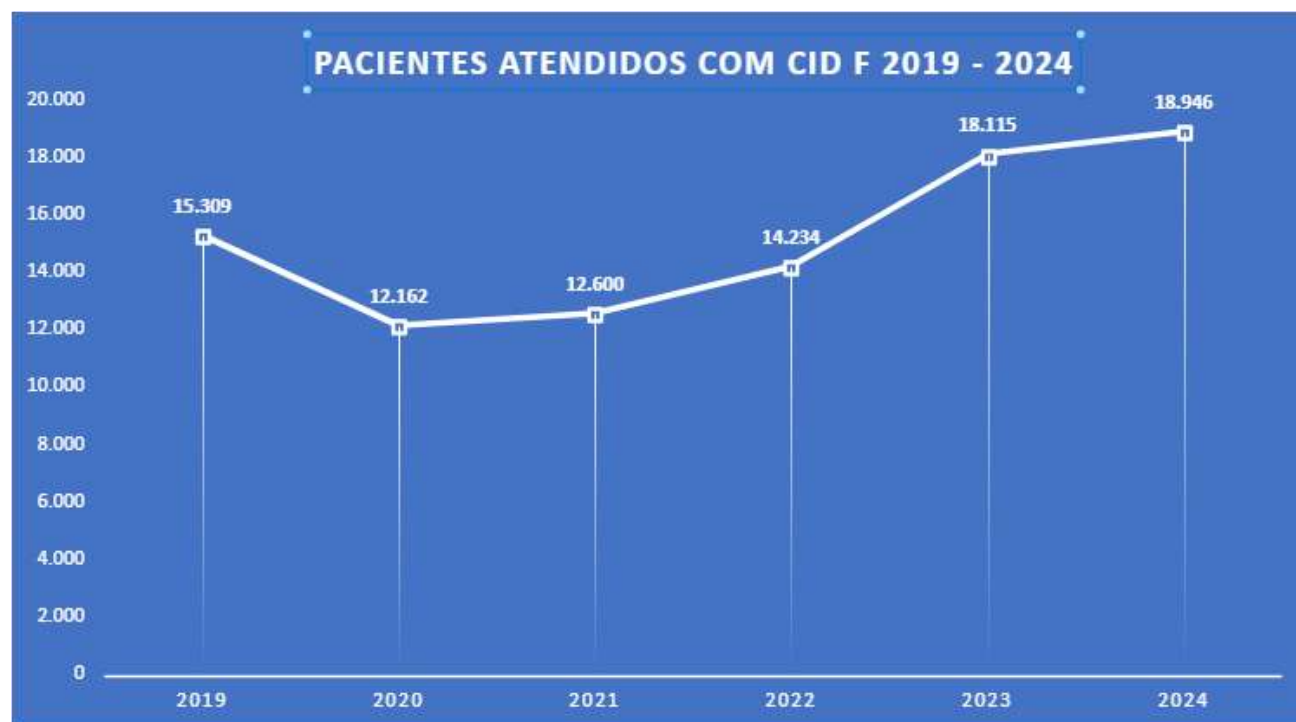
Fonte: SGI-RBE

Levantamento dos dados: Dez/2024

Filtros:

- Atendimentos associados a CIDS do Capítulo V da CID-10 (CID-F)
- Anos: 2019 a 2024
- Pacientes atendidos por Unidade de Saúde

Gráfico 1 – Quantidade de Pacientes Atendidos no período 2019 a 2024





PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Tabela 1 – Quantidade de Pacientes Atendidos no período 2019 a 2024, discriminado por Unidade de Saúde

Unidade de Saúde	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total Geral
Unidade de Saúde Alagoano	458	366	395	262	341	480	1.460
Unidade de Saúde Avelina	3	2	2	1	3		10
Unidade de Saúde Bairro República	490	303	285	489	609	643	1.764
Unidade de Saúde Bairro da Penha	564	386	335	412	500	443	1.612
Unidade de Saúde Bonfim "Thomaz Tomasi"	281	267	278	333	420	501	1.286
Unidade de Saúde Conquista/Nova Palestina	704	483	572	796	1.103	1.152	2.812
Unidade de Saúde Consolação	976	685	534	632	898	849	2.782
Unidade de Saúde Fonte Grande	289	388	349	304	388	451	1.312
Unidade de Saúde Forte São Joao	435	290	366	549	642	700	1.820
Unidade de Saúde Grande Vitória	620	534	547	601	856	854	2.361
Unidade de Saúde Ilha das Caieiras	487	348	347	487	628	639	1.754
Unidade de Saúde Ilha de Santa Maria	388	340	337	302	407	414	1.352
Unidade de Saúde Maria Ortiz	392	333	417	510	698	726	1.871
Unidade de Saúde Praia do Suá	456	402	446	490	554	585	1.728
Unidade de Saúde Resistência	419	251	372	382	408	414	1.371
Unidade de Saúde Santa Luiza	446	332	349	478	606	566	1.683
Unidade de Saúde Santa Martha	550	294	302	548	809	668	1.952
Unidade de Saúde Santo André	665	549	610	766	952	902	2.605
Unidade de Saúde Santo Antônio	842	918	847	817	968	997	3.150
Unidade de Saúde São Cristóvão	772	702	563	731	973	993	2.653
Unidade de Saúde Vitória	536	425	497	456	535	467	1.765
Unidade de Saúde de Andorinhas	271	226	268	274	324	313	1.013
Unidade de Saúde de Ilha do Príncipe	236	158	137	161	171	273	735
Unidade de Saúde de Itararé	396	419	480	570	658	696	1.978
Unidade de Saúde de Jabour	473	360	405	373	470	603	1.803
Unidade de Saúde de Jardim Camburi	1.299	1.083	1.078	1.046	1.123	1.364	4.475



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Unidade de Saúde de Jardim da Penha	545	344	424	404	695	798	2.182
Unidade de Saúde de Jesus Nazareth	369	234	312	298	348	330	1.048
Unidade de Saúde de Maruípe	620	445	602	596	760	854	2.270
Unidade de Saúde do Quadro	481	400	272	283	510	520	1.533
Total Geral	15.309	12.162	12.600	14.234	18.115	18.946	53.694

Análise do quantitativo de pessoas com demanda de saúde mental em relação a população total estimada, cadastrada e vinculada com atendimentos por CID F, por UBS e Região de Saúde

Conceitos

População Estimada: Estimativa populacional aproximada para o território, calculada com base com referência no censo IBGE 2022 para os bairros de Vitória. Limitação: o território de uma UBS supera as divisões administrativas municipais.

População Cadastrada: População cadastrada na UBS, dados levantados no SGI-RBE. Limitação: Nem todo os pacientes cadastrados estão, de fato, residindo ainda no território.

População Vinculada: População vinculada a uma equipe eSF ou eAP da UBS, atendida nos últimos doze meses. Fonte de dados: E-Gestor AB. Limitação: se um paciente for atendido nos últimos doze meses por uma unidade de saúde que não a sua de cadastro, será vinculado àquela UBS, mesmo que não resida no território.



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Unidade de Saúde	Região	2024	População Estimada	%	População Cadastrada*	%	População Vinculada	%
Unidade de Saúde Alagoano	Santo Antônio	480	5.466	8,78%	6.366	7,54%	8.151	5,89%
Unidade de Saúde Andorinhas	Maruípe	313	1.981	15,80%	3.691	8,48%	5.745	5,45%
Unidade de Saúde Bairro da Penha	Maruípe	443	4.738	9,35%	6.318	7,01%	7.772	5,70%
Unidade de Saúde Bairro República	Continental	643	20.116	3,20%	11.485	5,60%	13.400	4,80%
Unidade de Saúde Bonfim "Thomaz Tomasi"	Maruípe	501	5.973	8,39%	5.511	9,09%	7.135	7,02%
Unidade de Saúde Conquista/Nova Palestina	São Pedro	1.152	8.426	13,67%	12.595	9,15%	14.481	7,96%
Unidade de Saúde Consolação	Maruípe	849	10.380	8,18%	12.515	6,78%	15.335	5,54%
Unidade de Saúde Fonte Grande	Centro	451	1.272	35,46%	7.253	6,22%	9.610	4,69%
Unidade de Saúde Forte São Joao	Forte São João	700	6.938	10,09%	7.984	8,77%	10.067	6,95%
Unidade de Saúde Grande Vitória	Santo Antônio	854	10.789	7,92%	12.209	6,99%	13.626	6,27%
Unidade de Saúde Ilha das Caieiras	São Pedro	639	8.944	7,14%	9.680	6,60%	11.145	5,73%
Unidade de Saúde Ilha de Santa Maria	Forte São João	414	7.732	5,35%	17.240	2,40%	6.364	6,51%
Unidade de Saúde Ilha do Príncipe	Centro	273	2.199	12,41%	2.498	10,93%	4.017	6,80%
Unidade de Saúde Itararé	Maruípe	696	7.377	9,43%	9.517	7,31%	10.145	6,86%
Unidade de Saúde Jabour	Continental	603	4.068	14,82%	21.874	2,76%	7.452	8,09%
Unidade de Saúde Jardim Camburi	Continental	1.364	48.286	2,82%	82.444	1,65%	26.121	5,22%
Unidade de Saúde Jardim da Penha	Continental	798	27.795	2,87%	29.076	2,74%	37.302	2,14%



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Unidade de Saúde Jesus Nazareth	Forte São João	330	2.631	12,54%	3.653	9,03%	4.741	6,96%
Unidade de Saúde Maria Ortiz	Continental	726	12.538	5,79%	20.946	3,47%	9.440	7,69%
Unidade de Saúde Maruípe	Maruípe	854	8.163	10,46%	10.249	8,33%	12.210	6,99%
Unidade de Saúde Praia do Suá	Forte São João	585	18.211	3,21%	12.775	4,58%	11.485	5,09%
Unidade de Saúde Quadro	Centro	520	7.035	7,39%	7.682	6,77%	8.214	6,33%
Unidade de Saúde Resistência	São Pedro	414	6.811	6,08%	7.876	5,26%	14.919	2,77%
Unidade de Saúde Santa Luiza	Forte São João	566	27.863	2,03%	15.242	3,71%	11.345	4,99%
Unidade de Saúde Santa Martha	Maruípe	668	11.063	6,04%	10.695	6,25%	12.194	5,48%
Unidade de Saúde Santo André	São Pedro	902	10.562	8,54%	10.206	8,84%	16.294	5,54%
Unidade de Saúde Santo Antônio	Santo Antônio	997	11.577	8,61%	15.090	6,61%	13.072	7,63%
Unidade de Saúde São Cristovão	Maruípe	993	11.118	8,93%	12.219	8,13%	11.603	8,56%
Unidade de Saúde Vitória	Centro	467	12.817	3,64%	7.600	6,14%	8.103	5,76%
Total Geral		18.946	322.869	5,87%	392.489	4,83%	341.488	5,55%



Prefeitura de Vitória
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

PRODUÇÃO REFERENTE AO 1º Quadrimestre 2025

Instrumento de Registro

Centro de Atenção Psicossocial

Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES)	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0012041 CPTT - CAPS AD III	1.405	1.992	1.787	2.324	7.508
0012351 CAPS II (CAPS Ilha)	534	1.013	922	1.059	3.528
5526175 CAPS Infante Juvenil	394	937	689	837	2.857
7603592 CAPS SÃO PEDRO	1.042	1.367	1.027	1.291	4.727
Total	3.375	5.309	4.425	5.511	18.620

Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES)	BPA-C	BPA-I	RAAS	Total
0012041 CPTT - CAPS AD III	1.251	108	6.149	7.508
0012351 CAPS II (CAPS Ilha)	496	61	2.971	3.528
5526175 CAPS Infante Juvenil	492	101	2.264	2.857
7603592 CAPS SÃO PEDRO	1.026	104	3.597	4.727
Total	3.265	374	14.981	18.620

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 26 de Junho de 2025



Prefeitura de Vitória
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

PRODUÇÃO REFERENTE AO 1º Quadrimestre 2025
Instrumento de Registro
BPA-C - Boletim de Produtividade Ambulatorial Consolidado
0012041 CPTT - CAPS AD III

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0101010028 Atividade Educativa / Orientacao Em Grupo Na Atencao Especializada	-	-	1	2	3
0301040036 Terapia Em Grupo	-	-	-	3	3
0301060096 Atendimento Medico Em Unidade De Pronto Atendimento	-	1	-	1	2
0301080143 Atendimento Em Oficina Terapeutica I - Saude Mental	3	1	3	4	11
0301080151 Atendimento Em Oficina Terapeutica II - Saude Mental	1	3	1	-	5
0301080178 Atendimento Individual Em Psicoterapia	7	13	10	11	41
0301080259 Acoes De Articulacao De Redes Intra E Intersetoriais	10	17	19	27	73
0301080267 Fortalecimento Do Protagonismo De Usuarios De Centro De Atencao Psicossocial E Seus Familiares	3	-	-	1	4
0301080305 Matriciamento De Equipes Da Atencao Basica	10	19	17	26	72
0301080313 Acoes De Reducao De Danos	183	215	149	169	716
0301100012 Administracao De Medicamentos Na Atencao Especializada.	32	63	93	133	321
Total	249	332	293	377	1.251

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 26 de Junho de 2025

0012351 CAPS II (CAPS Ilha)

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0101010028 Atividade Educativa / Orientacao Em Grupo Na Atencao Especializada	-	1	-	-	1
0301080259 Acoes De Articulacao De Redes Intra E Intersetoriais	65	83	58	67	273
0301080267 Fortalecimento Do Protagonismo De Usuarios De Centro De Atencao Psicossocial E Seus Familiares	-	8	28	8	44
0301080305 Matriciamento De Equipes Da Atencao Basica	9	17	17	16	59
0301080313 Acoes De Reducao De Danos	31	49	-	1	81
0301100012 Administracao De Medicamentos Na Atencao Especializada.	11	19	1	7	38
Total	116	177	104	99	496

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 26 de Junho de 2025



Prefeitura de Vitória
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

PRODUÇÃO REFERENTE AO 1º Quadrimestre 2025
Instrumento de Registro
BPA-C - Boletim de Produtividade Ambulatorial Consolidado
5526175 CAPS Infanto Juvenil

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0301080259 Acoes De Articulacao De Redes Intra E Intersectoriais	55	130	87	123	395
0301080267 Fortalecimento Do Protagonismo De Usuarios De Centro De Atencao Psicossocial E Seus Familiares	8	12	-	2	22
0301080305 Matriciamento De Equipes Da Atencao Basica	13	20	22	19	74
0301080399 Matriciamento De Equipes Dos Pontos De Atencao Da Urgencia E Emergencia, E Dos Servicos Hospital	-	-	1	-	1
Total	76	162	110	144	492

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 26 de Junho de 2025

7603592 CAPS SAO PEDRO

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0301010161 Consulta/Atendimento Domiciliar Na Atencao Especializada	-	4	-	-	4
0301060118 Acolhimento Com Classificacao De Risco	6	-	1	-	7
0301080143 Atendimento Em Oficina Terapeutica I - Saude Mental	2	1	-	1	4
0301080151 Atendimento Em Oficina Terapeutica Ii - Saude Mental	-	1	-	-	1
0301080178 Atendimento Individual Em Psicoterapia	3	2	2	4	11
0301080259 Acoes De Articulacao De Redes Intra E Intersectoriais	50	95	41	45	231
0301080267 Fortalecimento Do Protagonismo De Usuarios De Centro De Atencao Psicossocial E Seus Familiares	60	31	40	19	150
0301080305 Matriciamento De Equipes Da Atencao Basica	10	19	5	10	44
0301080313 Acoes De Reducao De Danos	-	-	14	-	14
0301080399 Matriciamento De Equipes Dos Pontos De Atencao Da Urgencia E Emergencia, E Dos Servicos Hospital	1	-	-	-	1
0301100012 Administracao De Medicamentos Na Atencao Especializada.	175	153	98	133	559
Total	307	306	201	212	1.026

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 26 de Junho de 2025


Carlos Henrique Colnago
9 9721-3444



Prefeitura de Vitória
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

PRODUÇÃO REFERENTE AO 1º Quadrimestre 2025
BPA-I - Boletim de Produtividade Ambulatorial Individualizado
0012041 CPTT - CAPS AD III

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0301080232 Acolhimento Inicial Por Centro De Atencao Psicossocial	8	39	24	37	108

0012351 CAPS II (CAPS Ilha)

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0301080232 Acolhimento Inicial Por Centro De Atencao Psicossocial	14	14	17	16	61

5526175 CAPS Infanto Juvenil

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0301010315 Teleconsulta Por Profissionais De Nivel Superior Na Atencao Especializada (Exceto Medico)	4	-	-	-	4
0301080232 Acolhimento Inicial Por Centro De Atencao Psicossocial	16	28	33	20	97
Total	20	28	33	20	101

7603592 CAPS SAO PEDRO

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0301080232 Acolhimento Inicial Por Centro De Atencao Psicossocial	25	31	27	21	104

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 26 de Junho de 2025


Carlos Henrique Colnago
9 9721-3444



Prefeitura de Vitória
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

PRODUÇÃO REFERENTE AO 1º Quadrimestre 2025
RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
0012041 CPTT - CAPS AD III

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0301080020 Acolhimento Noturno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	52	88	120	147	407
0301080194 Acolhimento Diurno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	225	261	193	294	973
0301080208 Atendimento Individual De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	427	670	660	807	2.564
0301080216 Atendimento Em Grupo De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	123	144	159	154	580
0301080224 Atendimento Familiar Em Centro De Atencao Psicossocial	19	49	41	50	159
0301080240 Atendimento Domiciliar Para Pacientes De Centro De Atencao Psicossocial E/Ou Familiares	1	3	-	2	6
0301080283 Praticas Expressivas E Comunicativas Em Centro De Atencao Psicossocial	141	193	116	222	672
0301080291 Atencao As Situacoes De Crise	9	26	20	24	79
0301080348 Acoes De Reabilitacao Psicossocial	151	187	160	209	707
0301080356 Promoção de Contratualidade no Território	-	-	1	1	2
Total	1.148	1.621	1.470	1.910	6.149

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 26 de Junho de 2025

0012351 CAPS II (CAPS Ilha)

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0301080194 Acolhimento Diurno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	55	63	104	88	310
0301080208 Atendimento Individual De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	160	376	285	267	1.088
0301080216 Atendimento Em Grupo De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	6	52	80	121	259
0301080224 Atendimento Familiar Em Centro De Atencao Psicossocial	27	34	26	27	114
0301080240 Atendimento Domiciliar Para Pacientes De Centro De Atencao Psicossocial E/Ou Familiares	-	3	1	3	7
0301080275 Praticas Corporais Em Centro De Atencao Psicossocial	-	8	16	50	74
0301080283 Praticas Expressivas E Comunicativas Em Centro De Atencao Psicossocial	48	101	80	109	338
0301080291 Atencao As Situacoes De Crise	15	19	16	5	55
0301080348 Acoes De Reabilitacao Psicossocial	93	165	188	273	719
0301080356 Promoção de Contratualidade no Território	-	1	5	1	7
Total	404	822	801	944	2.971

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 26 de Junho de 2025


Carlos Henrique Colnago
9 9721-3444



Prefeitura de Vitória
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

PRODUÇÃO REFERENTE AO 1º Quadrimestre 2025
RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
5526175 CAPS Infante Juvenil

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0301080194 Acolhimento Diurno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	-	5	4	7	16
0301080208 Atendimento Individual De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	76	146	124	130	476
0301080216 Atendimento Em Grupo De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	109	293	183	291	876
0301080224 Atendimento Familiar Em Centro De Atencao Psicossocial	42	115	71	59	287
0301080240 Atendimento Domiciliar Para Pacientes De Centro De Atencao Psicossocial E/Ou Familiares	6	5	3	3	17
0301080275 Praticas Corporais Em Centro De Atencao Psicossocial	7	28	23	53	111
0301080283 Praticas Expressivas E Comunicativas Em Centro De Atencao Psicossocial	56	155	136	123	470
0301080291 Atencao As Situacoes De Crise	2	-	2	7	11
Total	298	747	546	673	2.264

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 26 de Junho de 2025

7603592 CAPS SAO PEDRO

Procedimentos realizados	jan/25	fev/25	mar/25	abr/25	Total
0301080020 Acolhimento Noturno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	75	91	39	48	253
0301080038 Acolhimento em Terceiro Turno De Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	-	-	1	3	4
0301080194 Acolhimento Diurno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	77	173	199	248	697
0301080208 Atendimento Individual De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	268	418	257	322	1.265
0301080216 Atendimento Em Grupo De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	134	170	141	176	621
0301080224 Atendimento Familiar Em Centro De Atencao Psicossocial	19	41	16	38	114
0301080240 Atendimento Domiciliar Para Pacientes De Centro De Atencao Psicossocial E/Ou Familiares	5	12	4	9	30
0301080275 Praticas Corporais Em Centro De Atencao Psicossocial	-	-	-	30	30
0301080283 Praticas Expressivas E Comunicativas Em Centro De Atencao Psicossocial	65	88	103	127	383
0301080291 Atencao As Situacoes De Crise	1	8	-	5	14
0301080348 Acoes De Reabilitacao Psicossocial	51	20	31	40	142
0301080356 Promoção de Contratualidade no Território	15	9	8	12	44
Total	710	1.030	799	1.058	3.597

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 26 de Junho de 2025


Carlos Henrique Colnago
9 9721-3444



Prefeitura de Vitória

Secretaria Municipal de Saúde

Gerência de Regulação, Controle e Avaliação

PRODUÇÃO REFERENTE AO 1º Quadrimestre 2025

Instrumento de Registro

Centro de Atenção Psicossocial

Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES)	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0012041 CPTT - CAPS AD III	1.750	1.847	2.952	2.647	9.196
0012351 CAPS II (CAPS Ilha)	907	1.091	1.125	1.102	4.225
5526175 CAPS Infante Juvenil	724	895	726	825	3.170
7603592 CAPS SÃO PEDRO	1.464	1.094	1.400	1.386	5.344
Total	4.845	4.927	6.203	5.960	21.935

Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES)	BPA-C	BPA-I	RAAS	Total
0012041 CPTT - CAPS AD III	1.068	611	7.517	9.196
0012351 CAPS II (CAPS Ilha)	566	62	3.597	4.225
5526175 CAPS Infante Juvenil	563	128	2.479	3.170
7603592 CAPS SÃO PEDRO	562	444	4.338	5.344
Total	2.759	1.245	17.931	21.935

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025



Prefeitura de Vitória

Secretaria Municipal de Saúde

Gerência de Regulação, Controle e Avaliação

PRODUÇÃO REFERENTE AO 2º Quadrimestre 2025

Instrumento de Registro

BPA-C - Boletim de Produtividade Ambulatorial Consolidado

0012041 CPTT - CAPS AD III

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0101010028 Atividade Educativa / Orientacao Em Grupo Na Atencao Especializada	-	1	1	3	5
0301060096 Atendimento Medico Em Unidade De Pronto Atendimento	-	1	-	-	1
0301080143 Atendimento Em Oficina Terapeutica I - Saude Mental	-	1	3	7	11
0301080178 Atendimento Individual Em Psicoterapia	11	12	-	-	23
0301080259 Acoes De Articulacao De Redes Intra E Intersectoriais	13	11	14	6	44
0301080267 Fortalecimento Do Protagonismo De Usuarios De Centro De Atencao Psicossocial E Seus Familiares	-	4	11	20	35
0301080305 Matriciamento De Equipes Da Atencao Basica	10	20	24	18	72
0301080313 Acoes De Reducao De Danos	180	128	-	192	500
0301100012 Administracao De Medicamentos Na Atencao Especializada.	97	66	-	214	377
Total	311	244	53	460	1.068

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025

0012351 CAPS II (CAPS Ilha)

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0101040024 Avaliacao Antropometrica	-	-	1	-	1
0214010015 Glicemia Capilar	-	-	16	-	16
0301010030 Consulta De Profissionais De Nivel Superior Na Atencao Primaria (Exceto Medico)	-	-	1	-	1
0301040079 Escuta Inicial / Orientacao (Acolhimento A Demanda Espontanea)	-	-	12	-	12
0301080143 Atendimento Em Oficina Terapeutica I - Saude Mental	-	-	1	-	1
0301080259 Acoes De Articulacao De Redes Intra E Intersectoriais	61	83	72	82	298
0301080267 Fortalecimento Do Protagonismo De Usuarios De Centro De Atencao Psicossocial E Seus Familiares	11	3	4	8	26
0301080305 Matriciamento De Equipes Da Atencao Basica	14	11	14	10	49
0301080313 Acoes De Reducao De Danos	2	-	1	7	10
0301100012 Administracao De Medicamentos Na Atencao Especializada.	2	-	34	39	75
0301100039 Afericao De Pressao Arterial	-	-	57	-	57
0309050049 Sessao De Auriculoterapia	-	-	20	-	20
Total	90	97	233	146	566

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025



Prefeitura de Vitória

Secretaria Municipal de Saúde

Gerência de Regulação, Controle e Avaliação

PRODUÇÃO REFERENTE AO 2º Quadrimestre 2025

Instrumento de Registro

BPA-C - Boletim de Produtividade Ambulatorial Consolidado

5526175 CAPS Infanto Juvenil

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0101010028 Atividade Educativa / Orientacao Em Grupo Na Atencao Especializada	2	-	-	-	2
0301080259 Acoes De Articulacao De Redes Intra E Intersectoriais	99	129	111	97	436
0301080267 Fortalecimento Do Protagonismo De Usuarios De Centro De Atencao Psicossocial E Seus Familiares	16	18	-	21	55
0301080305 Matriciamento De Equipes Da Atencao Basica	15	14	18	23	70
Total	132	161	129	141	563

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025

7603592 CAPS SAO PEDRO

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0301010161 Consulta/Atendimento Domiciliar Na Atencao Especializada	-	-	-	2	2
0301040036 Terapia Em Grupo	1	-	-	1	2
0301060118 Acolhimento Com Classificacao De Risco	2	-	-	1	3
0301080143 Atendimento Em Oficina Terapeutica I - Saude Mental	3	3	1	1	8
0301080178 Atendimento Individual Em Psicoterapia	3	-	-	1	4
0301080259 Acoes De Articulacao De Redes Intra E Intersectoriais	27	42	31	43	143
0301080267 Fortalecimento Do Protagonismo De Usuarios De Centro De Atencao Psicossocial E Seus Familiares	4	3	48	-	55
0301080305 Matriciamento De Equipes Da Atencao Basica	12	3	8	9	32
0301100012 Administracao De Medicamentos Na Atencao Especializada.	165	15	-	133	313
Total	217	66	88	191	562

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025


Carlos Henrique Colnago
9 9721-3444



Prefeitura de Vitória

Secretaria Municipal de Saúde

Gerência de Regulação, Controle e Avaliação

PRODUÇÃO REFERENTE AO 2º Quadrimestre 2025
BPA-I - Boletim de Produtividade Ambulatorial Individualizado

0012041 CPTT - CAPS AD III

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0201020041 Coleta De Material Para Exame Laboratorial	-	-	5	-	5
0214010015 Glicemia Capilar	-	-	30	-	30
0301040079 Escuta Inicial / Orientacao (Acolhimento A Demanda Espontanea)	-	-	4	-	4
0301050023 Assistencia Domiciliar Por Equipe Multiprofissional.	-	-	1	-	1
0301080178 Atendimento Individual Em Psicoterapia	-	-	3	-	3
0301080232 Acolhimento Inicial Por Centro De Atencao Psicossocial	18	44	29	37	128
0301080313 Acoes De Reducao De Danos	-	-	196	-	196
0301100012 Administracao De Medicamentos Na Atencao Especializada.	-	-	150	-	150
0301100039 Afericao De Pressao Arterial	-	-	73	-	73
0301100217 Administracao De Medicamentos Por Via Oral	-	-	1	-	1
0301100284 Curativo Simples	-	-	1	-	1
0309050049 Sessao De Auriculoterapia	-	-	9	-	9
0309050162 Sessao De Imposicao De Maos	-	-	10	-	10
Total	18	44	512	37	611

0012351 CAPS II (CAPS Ilha)

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0301080232 Acolhimento Inicial Por Centro De Atencao Psicossocial	13	20	12	15	60
0301100209 Administracao De Medicamentos Por Via Intramuscular	-	-	2	-	2
Total	13	20	14	15	62

5526175 CAPS Infanto Juvenil

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0301010315 Teleconsulta Por Profissionais De Nivel Superior Na Atencao Especializada (Exceto Medico)	-	1	2	1	4
0301040079 Escuta Inicial / Orientacao (Acolhimento A Demanda Espontanea)	-	-	13	-	13
0301060118 Acolhimento Com Classificacao De Risco	-	1	-	-	1
0301080232 Acolhimento Inicial Por Centro De Atencao Psicossocial	19	28	27	36	110
Total	19	30	42	37	128

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025



Prefeitura de Vitória

Secretaria Municipal de Saúde

Gerência de Regulação, Controle e Avaliação

PRODUÇÃO REFERENTE AO 2º Quadrimestre 2025
BPA-I - Boletim de Produtividade Ambulatorial Individualizado

7603592 CAPS SAO PEDRO

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0101030029 Visita Domiciliar/Institucional Por Profissional De Nivel Superior	-	-	1	-	1
0214010015 Glicemia Capilar	-	-	8	-	8
0214010058 Teste Rapido Para Deteccao De Anticorpos Anti-Hiv Parapopulacao Geral (Exceto Gestante, Parceiro	-	-	1	-	1
0214010074 Teste Rapido Treponemico (Sifilis) Para Populacao Geral(Exceto Gestante, Parceiro Ou Parceria)	-	-	1	-	1
0301010161 Consulta/Atendimento Domiciliar Na Atencao Especializada	-	1	-	-	1
0301040079 Escuta Inicial / Orientacao (Acolhimento A Demanda Espontanea)	-	-	5	-	5
0301060118 Acolhimento Com Classificacao De Risco	-	2	1	-	3
0301080178 Atendimento Individual Em Psicoterapia	-	-	2	-	2
0301080232 Acolhimento Inicial Por Centro De Atencao Psicossocial	16	30	14	20	80
0301100012 Administracao De Medicamentos Na Atencao Especializada.	-	-	126	-	126
0301100039 Afericao De Pressao Arterial	-	-	33	-	33
0301100209 Administracao De Medicamentos Por Via Intramuscular	-	-	9	-	9
0301100217 Administracao De Medicamentos Por Via Oral	-	-	169	-	169
0309050049 Sessao De Auriculoterapia	-	-	5	-	5
Total	16	33	375	20	444

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025


Carlos Henrique Colnago
9 9721-3444



Prefeitura de Vitória

Secretaria Municipal de Saúde

Gerência de Regulação, Controle e Avaliação

PRODUÇÃO REFERENTE AO 2º Quadrimestre 2025

RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

0012041 CPTT - CAPS AD III

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0301080020 Acolhimento Noturno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	84	74	167	134	459
0301080194 Acolhimento Diurno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	233	216	405	405	1.259
0301080208 Atendimento Individual De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	657	666	1.006	890	3.219
0301080216 Atendimento Em Grupo De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	104	167	219	213	703
0301080224 Atendimento Familiar Em Centro De Atencao Psicossocial	50	64	43	48	205
0301080240 Atendimento Domiciliar Para Pacientes De Centro De Atencao Psicossocial E/Ou Familiares	1	2	1	-	4
0301080275 Praticas Corporais Em Centro De Atencao Psicossocial	-	-	-	50	50
0301080283 Praticas Expressivas E Comunicativas Em Centro De Atencao Psicossocial	152	203	270	264	889
0301080291 Atencao As Situacoes De Crise	30	25	61	41	157
0301080348 Acoes De Reabilitacao Psicossocial	110	142	215	105	572
Total	1.421	1.559	2.387	2150	7.517

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025

0012351 CAPS II (CAPS Ilha)

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0301080194 Acolhimento Diurno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	99	127	160	88	474
0301080208 Atendimento Individual De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	238	283	206	312	1.039
0301080216 Atendimento Em Grupo De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	71	102	54	81	308
0301080224 Atendimento Familiar Em Centro De Atencao Psicossocial	21	21	36	33	111
0301080240 Atendimento Domiciliar Para Pacientes De Centro De Atencao Psicossocial E/Ou Familiares	-	1	3	2	6
0301080275 Praticas Corporais Em Centro De Atencao Psicossocial	19	45	41	45	150
0301080283 Praticas Expressivas E Comunicativas Em Centro De Atencao Psicossocial	139	115	56	43	353
0301080291 Atencao As Situacoes De Crise	3	15	14	21	53
0301080348 Acoes De Reabilitacao Psicossocial	203	265	307	316	1.091
0301080356 Promoção de Contratualidade no Território	11	-	1	-	12
Total	804	974	878	941	3.597

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025


Carlos Henrique Colnago
9 9721-3444



Prefeitura de Vitória

Secretaria Municipal de Saúde

Gerência de Regulação, Controle e Avaliação

PRODUÇÃO REFERENTE AO 2º Quadrimestre 2025
RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

5526175 CAPS Infante Juvenil

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0301080194 Acolhimento Diurno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	1	-	1	5	7
0301080208 Atendimento Individual De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	135	165	109	151	560
0301080216 Atendimento Em Grupo De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	215	262	228	209	914
0301080224 Atendimento Familiar Em Centro De Atencao Psicossocial	98	73	82	78	331
0301080240 Atendimento Domiciliar Para Pacientes De Centro De Atencao Psicossocial E/Ou Familiares	1	1	4	5	11
0301080275 Praticas Corporais Em Centro De Atencao Psicossocial	12	21	10	16	59
0301080283 Praticas Expressivas E Comunicativas Em Centro De Atencao Psicossocial	110	176	118	180	584
0301080291 Atencao As Situacoes De Crise	1	3	3	3	10
0301080348 Acoes De Reabilitacao Psicossocial	-	2	-	-	2
0301080356 Promoção de Contratualidade no Território	-	1	-	-	1
Total	573	704	555	647	2.479

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025

7603592 CAPS SAO PEDRO

Procedimentos realizados	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	Total
0301080020 Acolhimento Noturno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	87	79	130	146	442
0301080038 Acolhimento em Terceiro Turno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial	3	-	-	1	4
0301080194 Acolhimento Diurno De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	360	272	232	411	1.275
0301080208 Atendimento Individual De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	382	368	378	392	1.520
0301080216 Atendimento Em Grupo De Paciente Em Centro De Atencao Psicossocial	111	54	12	18	195
0301080224 Atendimento Familiar Em Centro De Atencao Psicossocial	51	42	34	41	168
0301080240 Atendimento Domiciliar Para Pacientes De Centro De Atencao Psicossocial E/Ou Familiares	3	10	-	4	17
0301080275 Praticas Corporais Em Centro De Atencao Psicossocial	69	73	69	83	294
0301080283 Praticas Expressivas E Comunicativas Em Centro De Atencao Psicossocial	135	63	59	53	310
0301080291 Atencao As Situacoes De Crise	3	3	4	11	21
0301080348 Acoes De Reabilitacao Psicossocial	18	24	17	13	72
0301080356 Promoção de Contratualidade no Território	9	7	2	2	20
Total	1.231	995	937	1.175	4.338

Fonte: Datasus/Tabwin/SIA - SEMUS

Vitória 11 de Dezembro de 2025


Carlos Henrique Colnago
9 9721-3444

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:18:06. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
DD7DA938-56D3-41CA-B459-F219ED143E0A

Auditoria Operacional na Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Espírito Santo



com o identificador 3300330033003700320037003A005000, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.

Assinado por
RICARDO DA SILVA PEREIRA MAYTE CARDOSO AGUIAR
30/08/2024 14:43

Assinado por
30/08/2024 15:08

Processo: 2153/2024

Relator: Sebastião Carlos Ranna de Macedo

Unidade técnica responsável: Núcleo de Controle Externo de Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas de Saúde - NSaúde

Unidades gestoras: Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) e Secretarias Municipais de Saúde

Ato de designação da equipe: Termo de Designação 00024/2024-4

Número da fiscalização no e-tcces: 17/2024-4

Periodo abrangido pela auditoria: 2023-2024

Periodo de realização da auditoria: 16/4/2024 a 16/8/2024

Equipe de auditoria: Luiz Antônio Alves e Ricardo da Silva Pereira

Supervisora: Maytê Cardoso Aguiar

RESUMO

O que o TCEES fiscalizou?

O objetivo da auditoria foi “avaliar se os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), no âmbito do Estado do Espírito Santo e dos municípios, estão suficientes e adequados para o atendimento dos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas”.

As questões de auditoria constantes na matriz de planejamento definiram o escopo da auditoria e abordaram a existência dos pontos de atenção da Raps, com foco nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), a tempestividade da oferta de consultas de psiquiatria e psicologia e a falta de repasses de recursos federais decorrente da falta de habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde.

O que o TCEES encontrou?

Em resposta às 5 (cinco) questões de auditoria, foram apontados 17 **achados de auditoria (AA)**, conforme se verifica a seguir:

Questão de Auditoria (QA1): A Raps no Espírito Santo possui todos os pontos de atenção previstos nas normas?

- Ausência de Caps em municípios elegíveis para habilitação desse ponto de atenção de saúde mental pelo Ministério da Saúde (**AA01**);
- Ausência de Equipes de Consultório na Rua (eCR) em municípios elegíveis para habilitação desse ponto de atenção de saúde mental pelo Ministério da Saúde (**AA02**);
- Necessidade de adequação e/ou atualização das referências hospitalares para transtornos mentais previstas no Manual de Perfilização Hospitalar da Sesa (**AA03**);
- Ausência da Referência Técnica Municipal da Rede de Atenção Psicossocial (**AA04**);
- Ausência do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial (**AA05**).

Questão de auditoria (QA2): Os Caps existentes na Raps, considerando-se os parâmetros mínimos para implantação e funcionamento (populacional, estrutura física e composição da equipe), estão adequados, quantitativa e qualitativamente, para atendimento das pessoas portadoras de transtornos mentais e as que utilizam crack, álcool e outras drogas?

- Caps com estruturas físicas inadequadas; (**AA06**);
- Caps com equipes mínimas incompletas (**AA07**);
- Desatualização das escalas de trabalho de médicos em saúde mental em Caps e outros pontos de atenção (**AA08**);

Questão de auditoria (QA3): Em que medida os Caps existentes estão cumprindo suas finalidades, quanto às características e atribuições, bem como quanto às atividades prestadas aos pacientes, para garantir os processos de recuperação e reintegração familiar e social das pessoas portadoras de transtornos mentais e as que utilizam crack, álcool e outras drogas?

- Ausência de fornecimento de refeições para os usuários dos Caps (**AA09**).

Questão de auditoria (QA4): A Sesa e os municípios garantem a realização das consultas psiquiátricas no prazo de 100 dias definido no Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)?

- Tempo de espera para consultas de psiquiatria superior a 100 dias, contrariando o Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (**AA10**);
- Tempo de espera para consultas de psicologia superior a 100 dias, contrariando o Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (**AA11**).

Questão de auditoria (QA5): Os pontos de atenção da Raps no Espírito Santo, tanto os geridos pela Sesa como os geridos pelos municípios, estão habilitados junto ao Ministério de Saúde, de maneira a garantir o repasse de recursos federais?

- Inexistência de financiamento federal para Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (Emaesm) no Espírito Santo (**AA12**);
- Inexistência de financiamento federal para Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) no Espírito Santo (**AA13**);
- Inexistência de financiamento federal para Caps no Espírito Santo (**AA14**);

- Inexistência de financiamento federal para leitos hospitalares de saúde mental em hospitais gerais no Espírito Santo (**AA15**);
- Inexistência de financiamento federal para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no Espírito Santo (**AA16**).

Achados não decorrentes das questões de auditoria

- Fragilidades na gestão da assistência farmacêutica dos municípios (**AA17**).

O relatório preliminar foi submetido aos gestores para conhecimento e comentários e as recomendações sugeridas no relatório preliminar e mantidas no relatório final foram as seguintes, em resumo (ao todo, são 33 recomendações):

- Implantar Caps I, Caps II, Caps i (infanto-juvenil), Caps AD, Caps III e Caps AD III, preferencialmente em imóveis próprios construídos para essa finalidade específica (**QA01**);
- Implantar a estratégia Consultório na Rua mediante habilitação da equipe junto ao Ministério da Saúde (**QA01**);
- Realizar as alterações e/ou atualizações do Manual Instrutivo da Nova Perfilização Hospitalar Regionalizada do Estado do Espírito Santo (**QA01**);
- Indicar formalmente as referências técnicas de saúde mental municipais (**QA01**);
- Constituir formalmente os Grupos Condutores Municipais da Raps (**QA01**);
- Realizar as adequações necessárias na estrutura física dos Caps, visando ao atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do Ministério da Saúde (**QA02**);
- Implementar sistema informatizado de prontuário eletrônico nos Caps (**QA02**);
- Realizar as adequações necessárias na composição mínima das equipes dos Caps (**QA02**);
- Manter atualizados os registros das lotações e cargas horárias dos médicos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), em consonância com as efetivas escalas semanais de horários exercidas nos respectivos estabelecimentos (**QA02**);

- Providenciar o fornecimento de refeições para os usuários dos Caps (**QA03**);
- Reduzir o tempo de espera para consultas psiquiátricas e psicológicas para no máximo 100 dias, conforme disposto no Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (**QA04**);
- Utilizar sistema informatizado para regulação das consultas de psiquiatria e psicologia sob gestão municipal (**QA04**);
- Habilitar equipes e-Multi, Caps, leitos hospitalares de saúde mental em hospitais gerais e residências terapêuticas para recebimento de recursos federais (**QA05**);
- Providenciar a melhoria das condições da estrutura física da farmácia básica municipal, formalizar/atualizar a Remume e implementar sistema informatizado de gestão de estoque e dispensação de medicamentos (recomendações relativas a achados não decorrentes das questões de auditoria).

Benefícios esperados

Caso as deliberações sejam implementadas, espera-se como **benefício** a melhoria da atenção psicossocial prestada aos usuários com transtornos mentais e que utilizam crack, álcool e outras drogas, decorrente do aumento de pontos de atenção, das melhores instalações físicas e completude das equipes dos Caps, da qualificação dos encaminhamentos de urgência/emergência e internação em saúde mental, da redução do tempo de espera para consultas em psiquiatria e psicologia e do aumento do aporte de recursos federais, entre outros.

Quais são os próximos passos?

As deliberações propostas pela equipe de fiscalização, após apreciação do Plenário do TCEES, deverão ser objeto de monitoramento para verificação da implementação e dos impactos. Propõe-se o encaminhamento do presente relatório para a Comissão de Saúde e Saneamento da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, ao COSEMS, ao Conselho Estadual de Saúde e ao Grupo de Estudos Fênix/UFES.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 VISÃO GERAL DO OBJETO.....	12
3 ACHADOS DE AUDITORIA	37
3.1 PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS	37
3.1.1. Ausência de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em municípios elegíveis para habilitação desse ponto de atenção de saúde mental pelo Ministério da Saúde (ACHADO 01).....	37
3.1.2 Ausência de Equipes de Consultório na Rua (eCR) em municípios elegíveis para habilitação desse ponto de atenção de saúde mental pelo Ministério da Saúde (ACHADO 02).....	44
3.1.3 Necessidade de adequação e/ou atualização das referências hospitalares para transtornos mentais previstas no Manual de Perfilização Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde (ACHADO 03)	45
3.1.4 Ausência da Referência Técnica Municipal da Rede de Atenção Psicossocial (ACHADO 04)	50
3.1.5 Ausência do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial (ACHADO 05)	51
3.2 ESTRUTURA FÍSICA E COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DOS CAPS	53
3.2.1 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) com estruturas físicas inadequadas (ACHADO 06)	53
3.2.2 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) com equipes mínimas incompletas (ACHADO 07)	63
3.2.3 Desatualização das escalas de trabalho de médicos em saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e outros pontos de atenção (ACHADO 8)	71
3.3 CARACTERÍSTICAS, ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES PRESTADAS AOS PACIENTES PELOS CAPS	74
3.3.1 Ausência de fornecimento de refeições para os usuários dos Caps (ACHADO 9)	74
3.4 ACESSO A CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS E PSICOLÓGICAS	76
3.4.1 Tempo de espera para consultas de psiquiatria superior a 100 dias, contrariando o Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (ACHADO 10) .	76
3.4.2 Tempo de espera para consultas de psicologia superior a 100 dias, contrariando o Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (ACHADO 11) .	84
3.5 INEXISTÊNCIA DE FINANCIAMENTO FEDERAL DEVIDO A NÃO HABILITAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE, ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS	91

3.5.1 Inexistência de financiamento federal para Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (Emaesm) no Espírito Santo (ACHADO 12)	91
3.5.2 Inexistência de financiamento federal para Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) no Espírito Santo (ACHADO 13)	93
3.5.3 Inexistência de financiamento federal para Centros de Atenção Psicossocial (Caps) no Espírito Santo (ACHADO 14)	99
3.5.4 Inexistência de financiamento federal para leitos hospitalares de saúde mental em hospitais gerais no Espírito Santo (ACHADO 15)	101
3.5.5 Inexistência de financiamento federal para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no Espírito Santo (ACHADO 16)	103
3.6 ACHADOS NÃO DECORRENTES DAS QUESTÕES DE AUDITORIA ..	107
3.6.1 Fragilidades na gestão da assistência farmacêutica dos municípios (ACHADO 17)	107
4 CONCLUSÃO	112
5 PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTOS.....	114

1 INTRODUÇÃO

Esta auditoria operacional atende a proposição contida no Plano Anual de Controle Externo – PACE para o exercício de 2024, aprovado pela Decisão Plenária nº 13, na 56ª Sessão Ordinária Plenária de 2023, relativa à linha de ação por Objetivo de Desenvolvimento Sustentável / Saúde e Bem-Estar / Fiscalização / Avaliar a estrutura e o acesso aos serviços públicos relacionados à saúde mental, sob responsabilidade do NSAÚDE, sendo para o feito autuado o Processo TC nº 2153/2024.

O objetivo da fiscalização foi “avaliar se os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), no âmbito do Estado do Espírito Santo e dos municípios, estão suficientes e adequados para o atendimento dos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas”.

A avaliação da existência, suficiência e adequação dos pontos de atenção da Raps, em especial dos Caps, refere-se à dimensão da eficácia. A avaliação dos tempos de espera para acesso às consultas de psiquiatria e psicologia refere-se à dimensão da eficiência. Já a avaliação das habilitações, junto ao Ministério da Saúde, dos pontos de atenção da Raps para recebimento de recursos federais, refere-se à dimensão da economicidade.

As questões de auditoria elaboradas em matriz de planejamento foram as seguintes:

- **Questão 1:** A Raps no Espírito Santo possui todos os pontos de atenção previstos nas normas?
- **Questão 2:** Os Caps existentes na Raps, considerando-se os parâmetros mínimos para implantação e funcionamento (populacional, estrutura física e composição da equipe), estão adequados, quantitativa e qualitativamente, para atendimento das pessoas portadoras de transtornos mentais e as que utilizam crack, álcool e outras drogas?
- **Questão 3:** Em que medida os Caps existentes estão cumprindo suas finalidades, quanto às características e atribuições, bem como quanto às atividades prestadas aos pacientes, para garantir os processos de recuperação e reintegração familiar e social das pessoas portadoras de transtornos mentais e as que utilizam crack, álcool e outras drogas?
- **Questão 4:** A Sesa e os municípios garantem a realização das consultas psiquiátricas no prazo de 100 dias definido no Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)?

- **Questão 5:** Os pontos de atenção da Raps no Espírito Santo, tanto os geridos pela Sesa como os geridos pelos municípios, estão habilitados junto ao Ministério de Saúde, de maneira a garantir o repasse de recursos federais?

Metodologia

Na fase de planejamento, foram realizadas as seguintes atividades pela equipe de auditoria: levantamento de normas e publicações sobre o tema saúde mental; pesquisa documental nos planos de saúde (estadual e municipais); levantamento da composição das equipes dos Caps; reuniões com as Áreas Técnicas de Saúde Mental da Sesa (14/3/2024), da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (3/4/2024) e com o Grupo de Estudos Fênix do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo (5/4/2024).

Com base nas informações levantadas foram elaboradas a Análise Stakeholder, a Análise SWOT e a Matriz de Avaliação de Riscos e Controle.

Foi realizada uma pesquisa, por meio de envio de questionário eletrônico via Lime Survey, para as 78 Secretarias Municipais de Saúde, visando obter informações sobre os diversos pontos de atenção da Raps, além de ofício de requisição de informações para a Sesa (Raps) e para a Secretaria de Estado de Governo (SEG)/Rede Abraço¹.

Também foram realizadas consultas e tabulações nos sistemas de informações em saúde (Datusus-Ministério da Saúde), a saber: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-Psicossocial); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS); e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), entre outros.

Para a seleção dos municípios a serem visitados pela equipe de auditoria, foram utilizados critérios de seleção relacionados a ter ou não o Caps, ter ou não as equipes de saúde mental ou multiprofissionais e a faixa populacional, sendo selecionados os seguintes: **Aracruz, Viana e Itaguaçu** (Região de Saúde Metropolitana); **Cachoeiro de Itapemirim, Iúna e Rio Novo do Sul** (Região de Saúde Sul) e **São Mateus, Pinheiros e Vila Valério** (Região de Saúde Central/Norte).

¹ O **Programa Estadual de Ações Integradas Sobre Drogas (PESD)**, também chamado de Rede Abraço, é um programa do Governo do Estado do Espírito Santo que visa promover o bem estar e o cuidado a pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, aos seus familiares e à comunidade em geral. (<https://seg.es.gov.br/programa-estadual-de-acoes-integradas-sobre-drogas-rede-abraco>).

Critérios

Os critérios utilizados serão detalhados no capítulo que trata dos achados de auditoria, com destaque para as Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº 6/2017; o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento e o Enunciado nº 93 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Os critérios estão relacionados com os princípios da eficácia, eficiência e economicidade e foram discutidos com os auditados no painel de referência da matriz de planejamento realizado em 3/6/2024.

Escopo e não escopo

O escopo da fiscalização corresponde às questões de auditoria detalhadas na matriz de planejamento. Já o não escopo refere-se aos seguintes temas: fechamento dos manicômios judiciais (Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça); assistência farmacêutica em saúde mental²; Política Nacional de Saúde Mental nas Escolas (Lei 14.819/24); e ausência de integração entre a Sesa (RAPS) e a SEG (Rede Abraço) em relação às comunidades terapêuticas.

Usuários do Relatório

Profissionais de saúde, bancada federal capixaba (deputados federais e senadores), Comissão de Saúde e Saneamento da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES), Conselho Estadual de Saúde e Grupo de Estudos Fênix/UFES.

Normas aplicáveis

Os trabalhos foram conduzidos em conformidade com as Normas Internacionais das Entidades Fiscalizadoras Superiores e com as Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público (Nbasp) aplicáveis às auditorias operacionais, especialmente com as Nbasp 100, 300 e 3000, e com observância ao Manual de Auditoria Operacional do TCU (adotado pelo TCEES por meio da Nota Técnica Segex 2, de 12 de março de 2021) e aos demais pronunciamentos profissionais aplicáveis, dentre os adotados pelo TCEES. Nenhuma restrição foi imposta aos exames.

² Durante a visita a municípios da amostra, a equipe encontrou situações em desalinhamento com a gestão da assistência farmacêutica, que já tinham sido tratadas no Processo TC-1986/2016 e, por conta disso, entendeu por relatar no achado 17 (estrutura física, Remume e sistema informatizado).

2 VISÃO GERAL DO OBJETO

Conceito de saúde mental

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a saúde mental como “**um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade**”. A saúde mental é reconhecida como elemento integrante da saúde geral e como um direito básico e fundamental. A melhoria da saúde mental e do bem-estar também é reconhecida como “um componente essencial da cobertura de saúde universal”³.

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)

Segundo as Organizações das Nações Unidas (ONU), os ODS são um apelo global de ações para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade⁴.



Figura 1 – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)

Para o Objetivo 3 (Saúde e Bem-Estar) foram elencadas 9 metas (mais as metas 3.a, 3.b, 3.c e 3.d), entre as quais destacam-se as seguintes:

Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades

3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e **promover a saúde mental** e o bem-estar;

3.5 Reforçar a **prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool**.

³ https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-15-p-politica-saude-mental_0.pdf

⁴ <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs#:~:text=Os%20Objetivos%20de%20Desenvolvimento%20Sustent%C3%A1vel%20s%C3%A3o%20um%20apelo%20global%20%C3%A0,de%20paz%20e%20de%20prosperidade.>

Relatório de saúde mental mundial: transformando a saúde mental para todos, da Organização Mundial da Saúde (OMS)

Segundo relatório divulgado em 17/6/2022⁵, em 2019, **quase um bilhão de pessoas** – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viviam com um transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade.

Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, afetando um em cada seis anos vividos. Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis. O abuso sexual infantil e o abuso por intimidação são importantes causas da depressão. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental. A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia.

Todos os 194 Estados Membros da OMS assinaram o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030, que os comprometem com metas globais para transformar a saúde mental. Os progressos parciais alcançados na última década provam que a mudança é possível, mas a mudança não está acontecendo de forma rápida o suficiente e a história da saúde mental continua sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares, do escasso gasto público em saúde mental, sendo destinados a hospitais psiquiátricos independentes – mais que a serviços de saúde mental comunitários, onde as pessoas recebem melhor atenção.

Reforma psiquiátrica

No Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01⁶, publicado em 2021 pelo Desinstitute, os autores afirmam que por mais de 200 anos, políticas públicas brasileiras no campo da saúde mental foram pautadas e executadas sob a lógica da internação e exclusão prolongada de pessoas rotuladas como loucas e diagnosticadas com base em quadros de sofrimento psíquico. Em muitos casos, entre os internados

⁵ <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>

⁶ DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021.

estavam, inapropriadamente, usuários de álcool e outras drogas, pessoas com deficiência e em situação de rua e vulnerabilidade político-social – até o século passado, conhecidos como “alienados” e “improdutivos” da sociedade.

Enquanto o modelo de internação forçada era amplamente defendido como uma prática eficaz de tratamento por grupos de interesses particulares, com ingerência política e econômica no Estado brasileiro, o atendimento prestado em hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais resultava em graves violações de direitos humanos e ruptura de laços sociais⁷.

Há mais de 30 anos, porém, a política nacional de saúde mental passou por transformações guiadas por um processo de reforma psiquiátrica iniciado no fim dos anos 1970, com o surgimento de movimentos sociais formados, majoritariamente, por trabalhadores da saúde, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

As primeiras experiências regionais bem-sucedidas de atendimento psicossocial de base comunitária inspiraram, no fim dos anos 1980, a formulação – e posterior aprovação – da Lei 10.216/01 (Reforma Psiquiátrica). Promulgada em 2001, a legislação estabeleceu novas diretrizes para políticas de saúde mental, orientadas pelo respeito à cidadania e aos direitos da pessoa em sofrimento psíquico. Com a aprovação da lei, previa-se a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país, a serem substituídos ao longo dos anos seguintes por uma rede complexa de serviços comunitários, nos quais se compreende o cuidado em liberdade como elemento fundamentalmente terapêutico.

Nas últimas décadas, portanto, a pressão popular de movimentos antimanicomiais, somada ao monitoramento de órgãos de controle nacionais e internacionais, contribuiu para o fortalecimento e a ampliação de leis, políticas e serviços públicos comunitários de atenção psicossocial no Brasil, processos que resultaram no fechamento de milhares de leitos em hospitais psiquiátricos pelo país.

⁷ A realidade do tratamento psiquiátrico nos anos de 1900 foi retratada no livro- livro-reportagem, de 2013, e posteriormente no documentário, de 2016, Holocausto Brasileiro, da jornalista Daniela Arbex, que denuncia os maus-tratos ocorridos no Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais a partir de depoimentos de sobreviventes, ex-funcionários e pessoas diretamente envolvidas na rotina do maior hospício do Brasil.

Segundo o Desinstitute, apesar das significativas conquistas alcançadas com a implementação do SUS e pelo processo gradativo de reforma psiquiátrica no Brasil, as políticas e serviços públicos de atenção psicossocial sofreram alguns retrocessos a partir de 2016, com diversas medidas tomadas com vistas ao benefício de instituições de modelo asilar e com apoio de recursos públicos, além da escassez de monitoramento e transparência sobre o desenvolvimento das políticas de saúde mental no país.

Dados orçamentários e financeiros

A equipe encontrou dificuldades para fazer o levantamento dos valores orçamentários e financeiros relacionados à saúde mental, tendo em vista a ausência de especificidade desses dados nas peças orçamentárias e nos demonstrativos contábeis do Estado e dos municípios.

No âmbito **estadual**, ao analisar o PPA 2020-2023 (Lei 11.095/2020), identificou-se apenas uma ação em que é possível afirmar a relação com a área de saúde mental, conforme demonstrado na Tabela 1:

Tabela 1 – Ações do PPA 2020-2023 relacionadas à saúde mental

Área Estratégica	Órgão responsável	Público-alvo	Ações	Valor R\$
Saúde Integral	Secretaria de Estado da Saúde	Usuários do Sistema Único de Saúde	2185 - Manutenção dos núcleos regionais de especialidades e centros de atenção psicossocial	397.358.979

Fonte: Portal da Transparência do Poder Executivo do Espírito Santo

Nota: Na LDO 2023, não foram encontradas menções à saúde mental. Na LOA 2023 (Lei 11.767/2023) foi encontrada, no Demonstrativo dos Programas e Ações de Governo, por Órgão e Unidade Orçamentária, menção ao Programa Novo SUS Capixaba e a Ação 2185 (Manutenção dos núcleos regionais de especialidades e centros de atenção psicossocial), já mencionada para o PPA 2020-2023, no valor anual de R\$158.868.601,00.

Em consulta ao Portal da Transparência do Poder Executivo do Espírito Santo, foram encontradas as seguintes despesas com saúde mental:

Tabela 2 – Despesas estaduais com ações e serviços públicos de saúde mental em 2023

Despesa	Contratado	Valor empenhado	Valor liquidado	Valor pago
Residências terapêuticas	Instituto Vida e Saúde - INVISA ⁸	9.034.599,07	8.973.067,03	7.713.039,64

⁸ Termo de Parceria nº 001/2010, Termo de Parceria nº 001/2023 e Contrato nº 0136/2023 (Processos 2021013623309, 2023003133413, 2023000202577 e 2023011603830).

Despesa	Contratado	Valor empenhado	Valor liquidado	Valor pago
Clínicas terapêuticas	Alvorada, Nova Perspectiva, Capixaba, Vitae, Green House (Matriz e Filial), Santa Lúcia, Vitale, Crevida, Enseada Prime, Espaço Viver, Nova Aliança, Refazer (Matriz e Filial), Vivere	15.495.994,60	13.834.949,12	13.306.116,32
Comunidades Terapêuticas (Rede Abraço)	ICAD, ALFA, AASERDQ, Horta de Vida, Fênix	1.789.368,04	1.554.391,66	1.554.391,66
Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD) – Cachoeiro de Itapemirim e Linhares (Rede Abraço)	IGES - Instituto de Gestão Social do Terceiro Setor	4.856.682,85	4.856.682,85	4.856.682,85
Totais		31.176.644,56	29.219.090,66	27.430.230,47

Fonte: Portal da Transparência do Poder Executivo do Espírito Santo

Nota: As despesas com as Comunidades Terapêuticas/Rede Abraço estão contabilizadas na Unidade Gestora Secretaria de Estado de Governo (SEG) e com os CAAD/Rede Abraço de Cachoeiro de Itapemirim e Linhares na Unidade Gestora Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH).

Ressalta-se que as despesas com as residências terapêuticas e as clínicas terapêuticas estão no âmbito da Sesa, sendo esses equipamentos considerados parte da Raps, ao contrário dos Centros de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD) e das comunidades terapêuticas que estão no âmbito da Rede Abraço geridos pela SEG e pela SEDH.

No âmbito dos **municípios**, não foi possível verificar as despesas com saúde mental, tendo em vista a falta de especificidade das informações orçamentárias e financeiras para essa área nos dados que constam do CidadES⁹. Embora esses valores não tenham sido levantados, sabe-se que os municípios têm despesas com equipes de saúde mental, consultas com psiquiatras e psicólogos e manutenção dos Caps.

Planos estadual e municipais de saúde

Foram analisados o plano estadual e os planos municipais de saúde dos 78 municípios, com o objetivo de verificar se foram inseridas diretrizes, objetivos, metas

⁹ O Sistema CidadES permite ao Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo (TCE-ES) receber e processar as prestações de contas de órgãos e gestores públicos.

e indicadores relativos à saúde mental. Verificou-se que não constam diretrizes, objetivos, metas e indicadores relativos à saúde mental nos planos municipais de saúde de 8 municípios: Água Doce do Norte, Águia Branca, Atílio Vivácqua, Conceição da Barra, Divino de São Lourenço, Itarana, Pancas e Rio Novo do Sul.

Redes de Atenção à Saúde (RAS)

De acordo com o artigo 198 da **Constituição Federal de 1988**, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

O **Decreto 7.508/2011**, que regulamentou a **Lei 8.080/1990**, dispõe que a Rede de Atenção à Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

De acordo com a **Portaria 4279/2010**, a RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

São Redes Temáticas de Atenção à Saúde: Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha); Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e **Rede de Atenção Psicossocial (Raps)**.

Rede de Atenção Psicossocial (Raps)

A Raps foi instituída pela **Portaria 3.088/2011**, com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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).

De acordo com o art. 5º da Portaria 3.088/2011, a Raps é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial.

A Figura 2 apresenta os principais pontos de atenção da Raps:

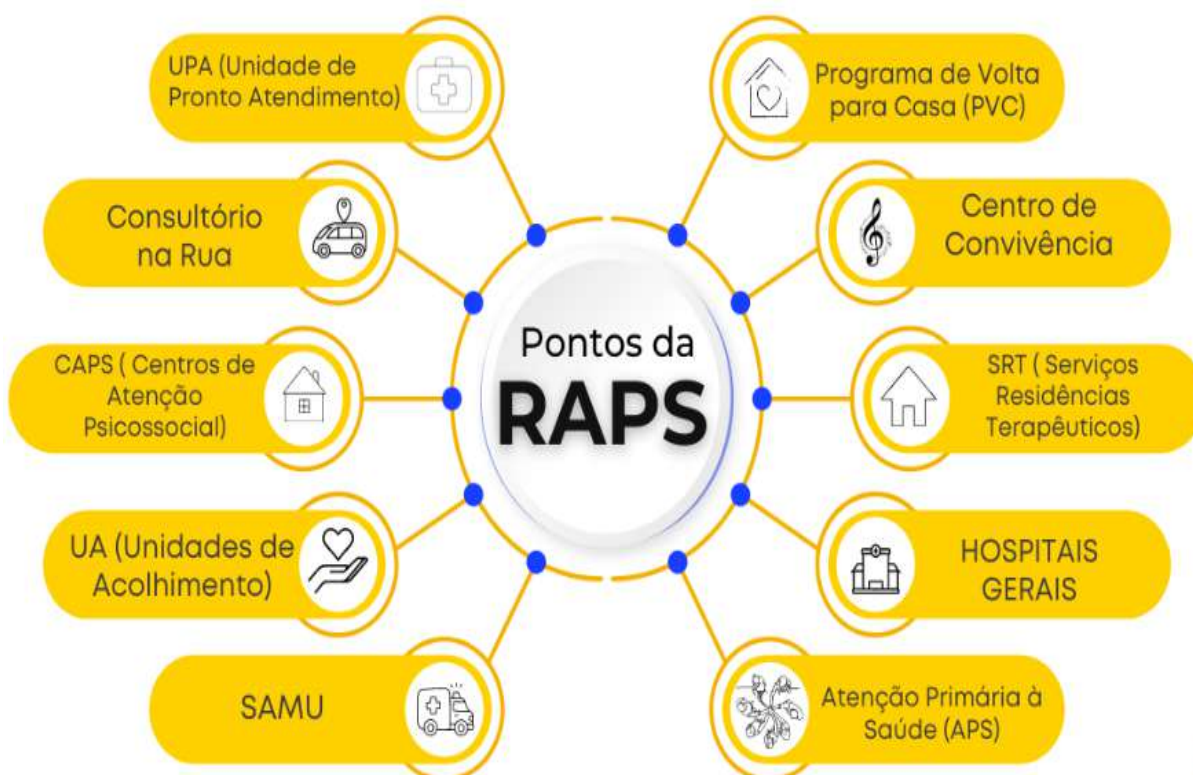


Figura 2 – Pontos de Atenção da Raps

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>

Os pontos de atenção do componente **atenção básica** são os seguintes (art. 6º da Portaria 3.088/2011): Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, como a Equipe de Consultório na Rua, e Centro de Convivência.

O ponto de atenção do componente **atenção psicossocial especializada** é o **Centro de Atenção Psicossocial - Caps** (art. 7º da Portaria 3.088/2011).

Os Caps, nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da Raps. São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas

com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar.

São objetivos do Caps oferecer assistência integral e multiprofissional, prevenir internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos e desenvolver ações de promoção de vida comunitária e da autonomia, além de garantir possibilidades de ampliação da participação social e o exercício da cidadania, das pessoas acompanhadas, e de seus familiares.

As modalidades de Caps são as seguintes:

- **Caps I:** atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados as necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.
- **Caps II:** atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.
- **Caps i:** atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.
- **Caps AD Álcool e Drogas:** atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.
- **Caps III:** atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. 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, possuindo até 05 (cinco) leitos para acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

- **Caps AD III Álcool e Drogas:** atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

A Figura 3 retrata o papel central dos Caps na Raps:



Figura 3 – Centralidade dos Caps na Raps

Fonte: Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial

Os pontos de atenção do componente **urgência e emergência** são o SAMU 192, Sala de estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros (art. 8º da Portaria 3.088/2011).

Os pontos de atenção do componente **atenção residencial de caráter transitório** são os seguintes (art. 9º da Portaria 3.088/2011):

- **Unidade de Acolhimento:** oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro 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. São divididas nas modalidades adulto (maiores de 18 anos) e infanto-juvenil (de 12 até 18 anos completos). O acolhimento nessas unidades deve ser definido exclusivamente pelo Caps de referência; e
- **Serviços de atenção em regime residencial, entre os quais as 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.

Em relação às **Comunidades Terapêuticas**, importante ressaltar que, apesar de constarem entre os pontos de atenção da Raps (art. 9º da Portaria 3088/2011), esses equipamentos não são reconhecidos como espaços de produção de saúde, levando o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Recomendação nº 018 de 12/4/2019, a recomendar ao Ministério Público Federal que atuasse no sentido de contornar os retrocessos da Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto nº 9.761, de 11/4/2019, pleiteando a revogação do referido decreto, que referenciou a comunidade terapêutica como lócus de tratamento bem como o fim da política de redução de danos.

As considerações apresentadas pelo Conselho Nacional de Saúde no contexto da Recomendação nº 018 de 12/4/2019 demonstram um posicionamento bastante crítico em relação à atuação das comunidades terapêuticas e ao financiamento dessas entidades pela União, Estados e Municípios, tendo em vista que contrariam os esforços antimanicomiais empreendidos ao longo dos últimos anos no âmbito da reforma psiquiátrica.

Os pontos de atenção do componente **atenção hospitalar** são os seguintes (art. 10 da Portaria 3.088/2011): enfermaria especializada em hospital geral e serviço hospitalar de referência.

Os pontos de atenção do componente **estratégias de desinstitucionalização** são os **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)**, que são 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, entre outros (art. 11 da Portaria 3.088/2011).¹⁰

Raps no Espírito Santo no âmbito do Estado e dos municípios

Unidade Básica de Saúde

De acordo com o Cnes, o Espírito Santo possui 953 unidades básicas de saúde, compostas por 3 tipos de estabelecimentos, conforme demonstrado na Tabela 3:

Tabela 3 – Unidades básicas de saúde por região de saúde no Espírito Santo

Região de Saúde	Posto de Saúde	Centro de Saúde / Unidade Básica	Unidade Mista	Total
Central Norte	62	293	3	358
Metropolitana	39	318	4	361
Sul	12	222	0	234
Total	113	833	7	953

Fonte: Cnes (competência março/2024)

Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (Emaesm)

As Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental são serviços especializados registrados no Cnes e compostas, obrigatoriamente, por profissionais de medicina, enfermagem, psiquiatria, assistência social, psicologia, terapia ocupacional, além de técnicos/auxiliares de enfermagem, cargos administrativos e outras categorias profissionais previstas. A formação desse grupo especializado deve estar adequada

¹⁰ No contexto das residências terapêuticas, importante ressaltar a criação do Programa de Volta pra Casa (PVC), que é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708/2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência, com duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

ao projeto técnico institucional, em conformidade com as singularidades epidemiológicas e socioeconômicas de cada região¹¹.

As equipes atuam no cuidado e atendimento de pessoas que apresentam transtornos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada. É o caso de transtornos como o de ansiedade, de humor e dependência química, identificados pela Atenção Primária e pelos Caps em consulta com psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, atendimento com assistente social e outros profissionais.

As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (Emaesm), foram instituídas pela **Portaria nº 3.588/2017**, que foi revogada pela PRT GM/MS nº 757/2023. Esta estabeleceu que o custeio dos serviços e equipes já habilitados com base na Portaria GM/MS nº 3.588/2017, incluindo os dispositivos por ela inseridos ou alterados, permanecem por ela regidos até que sobrevenha nova regulamentação sobre a matéria, ficando vedada a habilitação de novos serviços e equipes.

Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti)

Por meio da **Portaria GM/MS nº 635/2023**, foram criadas as eMulti, que são equipes compostas por profissionais de saúde, de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais em saúde. Elas operam de maneira complementar e integrada às outras equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), com incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, e podem ser classificadas em 3 modalidades: ampliada; complementar; e estratégica.

As categorias profissionais previstas na citada portaria são várias, que incluem profissionais que podem atuar no âmbito da saúde mental: assistente social, farmacêutico clínico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, arte educador, médico acupunturista, médico cardiologista, médico dermatologista, médico endocrinologista, médico geriatra, médico ginecologista/obstetra, médico hansenologista, médico homeopata, médico infectologista, médico pediatra, médico psiquiatra, médico veterinário e sanitarista.

¹¹ Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica/equipes-multiprofissionais-de-atencao-especializada-em-saude-mental>>. Acesso em 30/4/2024.

Equipe de Consultório na Rua (eCR)

O Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) elaborou relatório do estudo sobre essa população e concluiu que 1 em cada mil brasileiros não tem moradia. O levantamento inclui perfil, apontamentos sobre articulação interministerial, **uso de drogas como problema de saúde pública**, fortalecimento de acesso a emprego e renda e implementação de política habitacional robusta, equitativa e estruturante.¹²

A estratégia de Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica de 2011 (PNAB 2011), e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

A estratégia consiste na atuação de equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Caps, serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção da rede de saúde e intersetorial. Diante das especificidades dessa população, a estratégia de redução de danos deverá ser transversal a todas as ações de saúde realizadas pelas equipes.

Segundo o MDHC, a população em situação de rua (PSR) no Espírito Santo aumentou consideravelmente, pois saiu de 944 em 2016 para 2.931 pessoas em julho/2023, conforme evolução apresentada no gráfico a seguir.



Gráfico 1 – Série histórica do número de PSR no Espírito Santo, entre 2016 e 2023

Fonte: Dados obtidos do MDHC (Microsoft Power BI)

¹² <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/mdhc-lanca-relatorio-sobre-pessoas-em-situacao-de-rua-no-brasil-estudo-indica-que-1-em-cada-mil-brasileiros-nao-tem-moradia>

A Portaria GM/MS nº 1.255/2021 estabeleceu diretrizes para organização, funcionamento e critérios de cálculo do número máximo de eCR por município. O número máximo de eCR que podem ser financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) constam em anexo à citada portaria.

O número de eCR no Espírito Santo, atualmente, é de 10 equipes, mas poderia ser 16 (teto), caso os municípios tenham interesse, pois podem fazer solicitações de credenciamentos junto ao MS para análise técnica e orçamentária. Um dos critérios da Portaria GM/MS nº 1.255/2021 é que o município tenha mais que 100.000 habitantes. Um outro é a divisão da quantidade pessoas em situação de rua por 500 (Qtd PSR) / 500) e se o resultado for fracionário, arredonda-se para cima.

Tabela 4 – Equipes de Consultórios na Rua no ES – março/2024

Município	População	Qtd PSR	Teto	Existentes
Aracruz	94.765	53	2	1
Cachoeiro de Itapemirim	185.786	196	3	1
Cariacica	353.491	189	1	2
Colatina	120.033	186	1	0
Guarapari	124.656	218	1	0
Linhares	166.786	39	1	0
São Mateus	123.752	36	1	1
Serra	520.653	378	2	1
Vila Velha	467.722	450	2	2
Vitória	322.869	682	2	2
Totais			16	10

Fontes: a) Qtd PSR – coletadas de Tabela do Power BI do MDHC; b) Teto – coletados do Anexo à PRT GM/MS nº 1.255/2021; c) Existentes – coletadas do Cnes via Tabnet Datasus (março/2024)

Centro de Convivência

Os centros de convivência são unidades públicas onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Segundo informação da Sesa, corroboradas por consulta ao Cnes e pelas respostas ao questionário eletrônico, **não existem centros de convivência exclusivos da Raps no Espírito Santo**. Em visita aos 9 municípios constatou-se a existência de centros de convivência no âmbito da assistência social, em especial de idosos.

Centro de Atenção Psicossocial (Caps)

No Espírito Santo existem **43 Caps em 29 municípios**, sendo 40 sob gestão municipal e 3 sob gestão estadual (Caps II Cidade e Caps II Moxuara, em Cariacica, e Caps II Cachoeiro de Itapemirim), conforme demonstrado na Tabela 5:

Tabela 5 – Relação dos Caps existentes no Espírito Santo

Região	Município	Tipo de Caps	Cnes	Situação	Portaria	Data
Norte	São Mateus	Caps I	3454339	Habilitado	SAS 377	29/07/2004
Norte		Caps ad	7612680	Habilitado	GM/MS 3483	09/12/2021
Norte	Baixo Guandu	Caps I	6145612	Habilitado	GM 1193	04/06/2009
Norte	Colatina	Caps ad	7236158	Habilitado	GM 665	20/06/2013
Norte		Caps II	2705540	Habilitado	GM 2103	19/11/2002
Norte	Ecoporanga	Caps I	9839984	Habilitado	GM 2987	28/10/2020
Norte	Jaguare	Caps I	9520872	Não Habilitado	NI	NI
Norte	Linhares	Caps II	3462951	Habilitado	SAS 385	05/07/2005
Norte		Caps AD II	NI	Não Habilitado	NI	NI
Norte	Nova Venécia	Caps I	5976936	Habilitado	SAS 354	23/04/2012
Norte	Pedro Canário	Caps I	0918679	Não habilitado	NI	NI
Norte	São Gabriel da Palha	Caps I	4006712	Habilitado	3781/2024	9/5/2024
Sul	Alegre	Caps I	3633586	Habilitado	SAS 82	07/02/2014
Sul	Anchieta	Caps I	2813483	Habilitado	SAS 264	08/09/2003
Sul	Castelo	Caps I	6860133	Habilitado	SAS 620	18/06/2013
Sul	Cachoeiro de Itapemirim	Caps II - Estadual	3744264	Habilitado	SAS 146 Retificação	21/08/2006
Sul		Caps AD II	6957986	Habilitado	SAS 620	18/06/2013
Sul	Guaçuí	Caps I	5934923	Habilitado	GM 1194	04/06/2009
Sul	Mimoso do Sul	Caps I	2894688	Não habilitado	NI	15/12/2022
Sul	Muniz Freire	Caps I	0862215	Não habilitado	NI	NI
Sul	Itapemirim	Caps I	9260447	Não habilitado	NI	NI
Sul	Vargem Alta	Caps I	3855430	Habilitado	SAS 845	14/11/2006
Sul	São José do Calçado	Caps I	3425673	Habilitado	SAS-021	21/01/2006
Metropolitana	Aracruz	Caps II	6644678	Não Habilitado	NI	NI
Metropolitana	Guarapari	Caps II	3467678	Habilitado	SAS 450	19/08/2004
Metropolitana		Caps AD II	0974595	Não Habilitado	NI	NI
Metropolitana	Fundão	Caps I	317489	Não Habilitado	NI	NI
Metropolitana	Cariacica	Caps i	0048720	Habilitado	GM/MS 3483	09/12/2021
Metropolitana		Caps II- Cidade Estadual	7342128	Habilitado	SAS 467	27/05/2015
Metropolitana		Caps II- Moxuara Estadual	3773582	Habilitado	GM 2103	19/11/2002
Metropolitana	João Neiva	Caps I	4044657	Habilitado	SAS 2103	19/11/2002
Metropolitana	Santa Maria de Jetibá	Caps I	7213182	Habilitado	SAS 2519/2016	28/12/2016
Metropolitana	Santa Teresa	Caps I	6483895	Habilitado	SAS 2469	28/12/2016
Metropolitana	Serra	Caps IJ	9266453	Habilitado	GM 2983	28/10/2020
Metropolitana		Caps II	5986656	Habilitado	SAS 373	28/10/2009
Metropolitana		Caps AD II	3972909	Habilitado	SAS 942	22/12/2006
Metropolitana	Vila Velha	Caps IJ	9473963	Habilitado	GM 4344	28/12/2018
Metropolitana		Caps II	9736301	Habilitado	GM/MS 3483	09/12/2021
Metropolitana		Caps AD II	3461777	Habilitado	SAS 385	05/07/2005
Metropolitana	Vitória	Caps IJ	5526175	Habilitado	SAS 740	22/12/2008
Metropolitana		Caps II	0012351	Habilitado	NI	20/03/2002
Metropolitana		Caps III	7603592	Habilitado	SAS/MS 1.015	30/09/2015
Metropolitana		Caps ADIII	0012041	Habilitado	SAS/MS 1.014	30/09/2015

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental da Sesa

Urgência e Emergência: SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro

No Cnes, atualmente, estão registradas 113 (cento e treze) unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência (SAMU 192) e estão presentes nos 78 municípios, com gestões estadual e municipal.

Ainda de acordo com o Cnes, são 42 as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em 32 municípios.

Com base na Nova Perfilização Hospitalar Regionalizada do Estado do Espírito Santo¹³, de 11/8/2022, estão demonstradas nas figuras 4, 5 e 6, a seguir, as referências hospitalares das 3 Regiões de Saúde (Sul, Central Norte e Metropolitana), para saúde mental, álcool e outras drogas, para os atendimentos de **urgência e emergência e de internação**¹⁴:

¹³ Disponível em <https://saude.es.gov.br/perfilizacaohospitalar>

¹⁴ Capaac (Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre de Campos); HIMABA (Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves); HSCMC-Castelo (Hospital Santa Casa de Misericórdia de Castelo); MEPES-Anchieta (Movimento de Educação Promocional do Espírito Santo-Hospital Padre Humberto); HAP-Mimoso do Sul (Hospital Apóstolo Pedro-Mimoso do Sul); HSCMCo (Hospital Santa Casa de Misericórdia de Colatina); HJSN-BG (Hospital João dos Santos Neves-Baixo Guandu); HSG (Hospital São Gabriel); HSM-NV (Hospital São Marcos-Nova Venécia); Heac (Hospital Estadual de Atenção Clínica – antigo Adatauto Botelho); HPM-VNI (Hospital Padre Máximo-Venda Nova do Imigrante) e HNPS-Santa Leopoldina (Hospital Nossa Senhora da Penha).

REGIÃO SUL - SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS					
TIPOS DE ATENDIMENTOS	ACESSOS	MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	RECURSOS PARA A URGÊNCIA	RECURSOS GERAIS
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PRONTO SOCORRO REFERENCIADO	TODA REGIÃO SUL	ADULTO	CAPAAC	-
			PEDIÁTRICO	HIMABA	-
INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	REGULAÇÃO DE LEITOS	ATÍLIO VIVACQUA, CACHOEIRO ITAPEMIRIM, MIMOSO DO SUL, MUQUI, VARGEM ALTA,	ADULTO	-	CAPAAC
		CASTELO, ALEGRE,, JERÔNIMO MONTEIRO MUNIZ FREIRE,	ADULTO	-	HSCMC- CASTELO
		ANCHIETA, ICONHA,, ITAPEMIRIM, MARATAÍZES PIUMA, PRESIDENTE KENNEDY, RIO NOVO DO SUL, ALFREDO CHAVES	ADULTO	-	MEPES (Anchieta)
		BOM JESUS DO NORTE SÃO JOSÉ DO CALÇADO GUAÇUI, APIACÁ DIVINO SÃO LOURENÇO, DORES DO RIO PRETO, IBITIRAMA,, IRUPI, IUNA	ADULTO	-	HAP- MIMOSO DO SUL
		TODA REGIÃO SUL	PEDIÁTRICO	-	HIMABA

Figura 4 – Perfilização hospitalar – Região Sul

REGIÃO CENTRAL / NORTE - SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS					
TIPOS DE ATENDIMENTOS	ACESSOS	MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	RECURSOS PARA A URGÊNCIA	RECURSOS GERAIS
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PRONTO SOCORRO REFERENCIADO	TODA REGIÃO CENTRAL - NORTE	ADULTO	HSCMCo	-
			PEDIÁTRICO	HIMABA	-
INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	REGULAÇÃO DE LEITOS	BAIXO GUANDU, MANTENÓPOLIS, PANCAS, SÃO ROQUE DO CANAÃ	ADULTO	-	HJSN - BG
		SÃO GABRIEL DA PALHA, SÃO DOMINGOS DO NORTE,	ADULTO	-	HSG
		COLATINA, ÁGUA BRANCA, ALTO RIO NOVO, GOVERNADOR LINDENBERG, LINHARES, MARILÂNDIA, RIO BANANAL, SOORETAMA, VILA VALÉRIO	ADULTO	-	HSCMCo
		CONCEIÇÃO DA BARRA, JAGUARE, PEDRO CANÁRIO, SÃO MATEUS BOA ESPERANÇA, ECOPORANGA, MONTANHA, MUCURICI, NOVA VENÉCIA, PINHEIROS, PONTO BELO, VILA PAVÃO, ÁGUA DOCE DO NORTE, BARRA DE SÃO FRANCISCO,	ADULTO	-	HSM-NV
		TODA REGIÃO CENTRAL - NORTE	PEDIÁTRICO	HSCMCo	HSCMCo

Figura 5 – Perfilização hospitalar – Região Central Norte

REGIÃO METROPOLITANA - SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS					
TIPOS DE ATENDIMENTOS	ACESSOS	MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	RECURSOS PARA A URGÊNCIA	RECURSOS GERAIS
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PRONTO SOCORRO REFERENCIADO	TODA REGIÃO METROPOLITANA	ADULTO	HEAC	HEAC
			PEDIÁTRICO	HIMABA	HIMABA
SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	REGULAÇÃO DE LEITOS	VITÓRIA, GUARAPARI, VILA VELHA, CARIACICA, VIANA, ARACRUZ, JOÃO NEIVA, IBIRACU, SERRA, FUNDÃO, ITARANA, LARANJA DA TERRA, AFONSO CLÁUDIO, DOMINGOS MARTINS, MARECHAL FLORIANO	ADULTO	-	HEAC
		BREJETUBA, CONCEIÇÃO DO CASTELO, IBATIBA, VENDA NOVA, IMIGRANTE	ADULTO	-	HPM - VNI
		ITAGUAÇU, SANTA LEOPOLDINA, SANTA MARIA DE JETIBÁ, SANTA TERESA,	ADULTO	-	HNSP-STA LEOPOLDINA
		TODA REGIÃO METROPOLITANA	PEDIÁTRICO	-	HIMABA

Figura 6 – Perfilização hospitalar – Região Metropolitana

Unidade de Acolhimento (UA)

Em material elaborado pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD), do Ministério da Saúde¹⁵, posição de junho/2022, verifica-se que existem 70 UA, distribuídas em 16 estados. Segundo informações da Sesa e dos municípios, corroboradas por consulta ao Cnes e pelas respostas ao questionário eletrônico, **não existem unidades de acolhimento exclusivas da Raps no Espírito Santo.**

Ressalta-se que muitos municípios informaram, tanto em resposta ao questionário eletrônico, como em visita realizada in loco, que possuem unidades de acolhimento no âmbito da assistência social para crianças e adolescentes e pessoas em situação de rua.

De acordo com informações da Área Técnica de Saúde Mental da Sesa, com base no parâmetro populacional (censo IBGE 2022), poderiam ser abertas 13 Unidades de Acolhimento, sendo 3 infanto-juvenis na Região Central Norte; 5 infanto-juvenis e 4 adultos na Região Metropolitana; e 1 Infanto-juvenil na Região Sul.

¹⁵ Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>

Serviços de atenção em regime residencial (incluindo as comunidades terapêuticas)

No Brasil, atualmente, existem 72 Serviços de atenção em regime residencial, com prevalência para municípios da região sul. Segundo informações da Sesa e dos municípios, corroboradas por consulta ao Cnes, **não existem serviços de atenção em regime residencial exclusivos da Raps no Espírito Santo**, exceto as comunidades terapêuticas que atuam no âmbito da Rede Abraço, sob gestão da Subsecretaria de Estado de Políticas sobre Drogas (SESD), vinculada à Secretaria de Estado de Governo (SEG).

Os repasses para essas entidades totalizaram **R\$ 1.789.368,04** no ano de 2023, divididos entre 5 (cinco) comunidades terapêuticas (não foram identificados empenhos em favor da Casa de Helena), conforme demonstrado na Tabela 6:

Tabela 6 – Comunidades Terapêuticas credenciadas pela Subsecretaria de Políticas sobre Drogas (Rede Abraço) – Exercício de 2023

Entidade	Município	Público	Valor Empenhado	Valor Liquidado	Valor pago
Instituto de Consciência Antidrogas (ICAD)	Afonso Claudio	masculino, adulto	513.907,72	454.021,68	454.021,68
Projeto Alfa Comunidade Terapêutica (ALFA)	Piúma	masculino, adulto	391.408,96	347.862,79	347.862,79
Associação de Amparo Social, Educacional e de Reabilitação de Dependentes Químicos de Nova Venécia (AASERDQ)	Nova Venécia	masculino, adulto	447.780,76	383.326,88	383.326,88
Instituto Horta De Vida	Cariacica	masculino, adulto	203.245,83	175.581,21	175.581,21
Associação Terapêutica de Acolhimento Psicossocial Fênix	Cariacica	masculino, adulto	233.024,77	193.599,10	193.599,10
Casa de Helena	Aracruz	feminino, adulto	-	-	-
Total			1.789.368,04	1.554.391,66	1.554.391,66

Fontes: 1) Observatório Capixaba de Informações sobre Drogas (OCID). Disponível em <https://ocid.es.gov.br/servicos-de-acolhimento> 2) Portal da Transparência (consulta: Despesas: todas as despesas / Período: 1/1/2023 a 31/12/2023 / Filtros: Unidade Gestora-Secretaria de Estado de Governo)

Atenção Hospitalar

Leitos SUS de psiquiatria em hospitais especializados

O

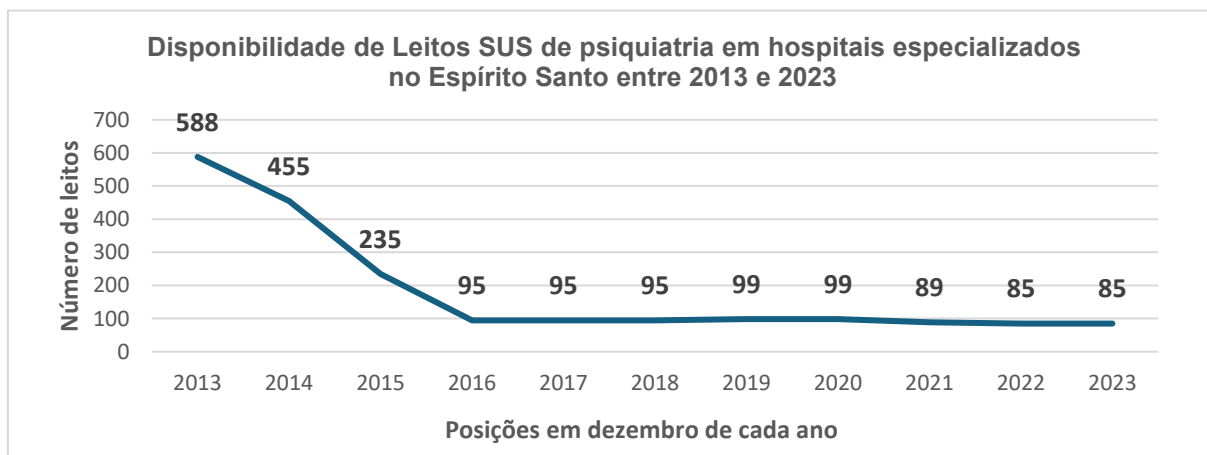


Gráfico 2 apresenta as variações no quantitativo de leitos psiquiátricos em hospitais especializados no Espírito Santo, entre 2013 e 2023¹⁶. Em 2023, os 85 leitos estão divididos entre dois hospitais, a saber: 50 leitos no Hospital Estadual de Atenção Clínica (Cnes 2465752, em Cariacica) e 35 leitos no Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr Aristides A Campos (Cnes 2547783, em Cachoeiro de Itapemirim).

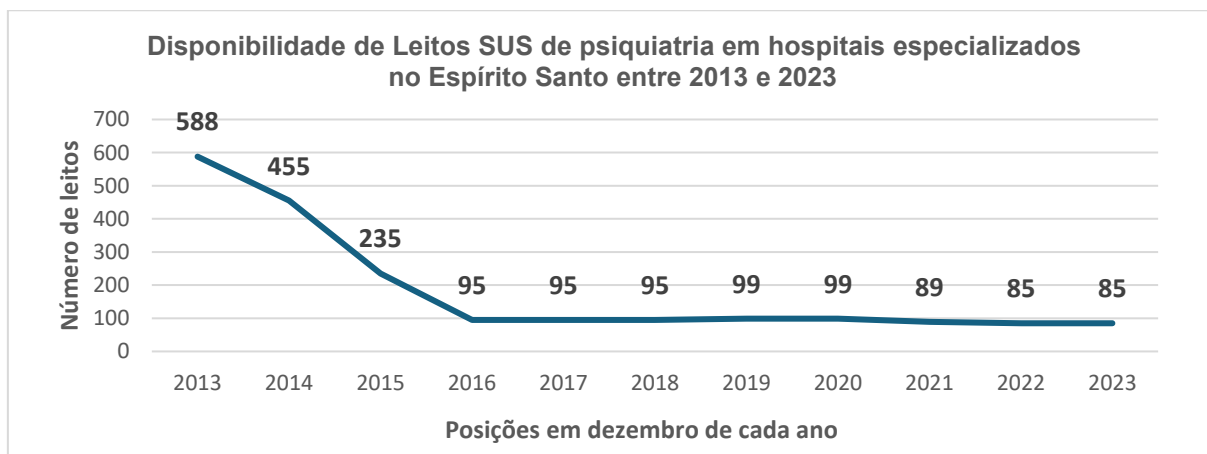


Gráfico 2 - Leitos SUS de psiquiatria em hospital especializado no Espírito Santo entre 2013 e 2023

Fonte: Cnes, posições em dezembro de cada ano

Leitos de saúde mental em hospitais gerais (código 87)

¹⁶ Em 2013, existiam 368 leitos SUS na Clínica de Repouso Santa Izabel (Cnes 2548143).

O Gráfico 3 apresenta as variações no quantitativo de leitos de saúde mental em hospitais gerais no Espírito Santo, entre 2017 e 2022, de 23 para 52 leitos.

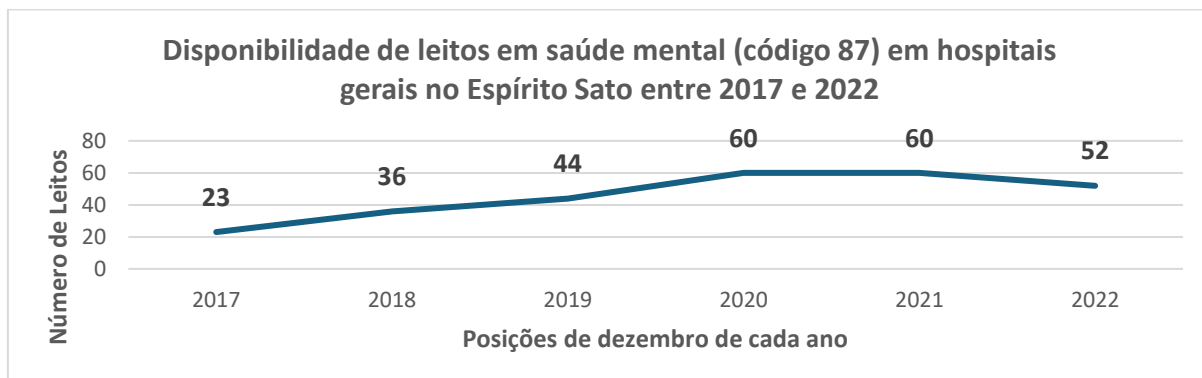


Gráfico 3 - Leitos em hospitais gerais no Espírito Santo entre 2017 e 2022

Fonte: Cnes, posições em dezembro de cada ano

De acordo com informações do Cnes e da Sesa, em 2022 existiam 18 leitos habilitados e divididos entre dois hospitais, a saber: 8 leitos no Hospital São Marcos (Cnes 2484943, em Nova Venécia) e 10 leitos no Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves – Himaba (Cnes 2678179, em Vila Velha). A Sesa ainda informou que existiam 34 leitos não habilitados, sendo 10 adultos e 10 infanto juvenis na Santa Casa de Colatina, 10 leitos no Hospital Apóstolo Pedro em Mimoso do Sul e 4 leitos no Hospital Padre Máximo em Venda Nova do Imigrante.

Da análise dos gráficos anteriores que tratam do número de leitos em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, percebe-se um movimento alinhado com a reforma psiquiátrica de redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e aumento de leitos em hospitais gerais, embora esse último seja mais lento.

A Sesa admite que ainda há um déficit de leitos de saúde mental em hospitais gerais de 115 leitos, conforme demonstrado na figura a seguir. Consta do Plano Estadual de Saúde (PES) de 2024-2027 a meta de implantar e habilitar 125 novos leitos de saúde mental em Hospitais Gerais até 2027 (diretriz 1; objetivo 5).

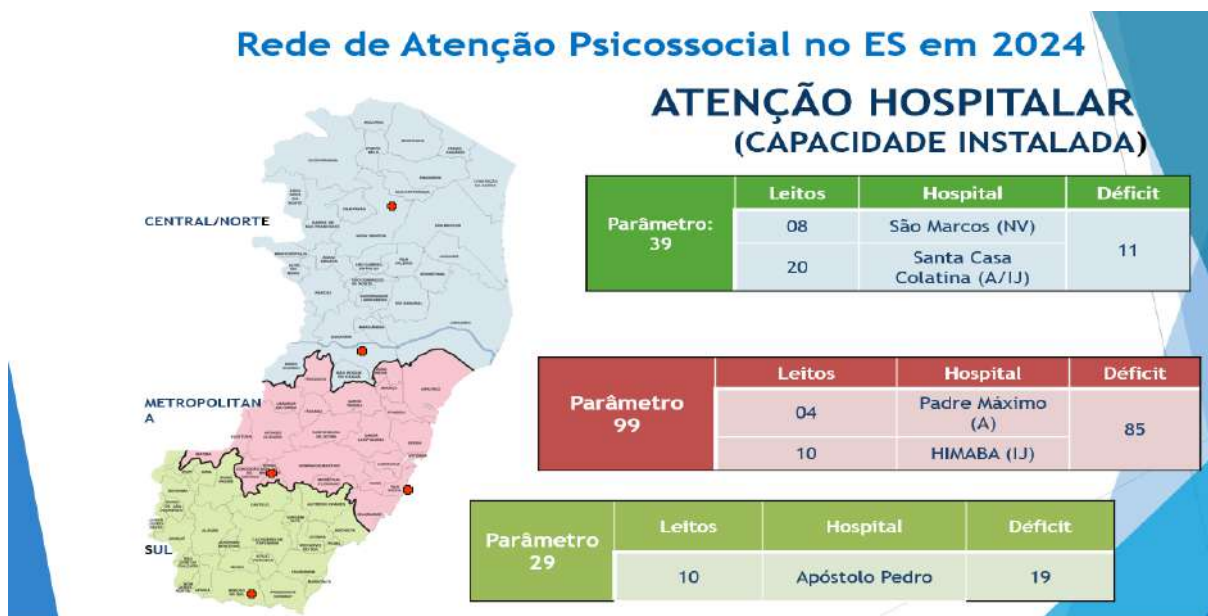


Figura 7 – Capacidade instalada e déficit de leitos de saúde mental em hospitais gerais

Enfermaria especializada em hospital geral e serviço hospitalar de referência

As referências hospitalares para internação em saúde mental, álcool e outras drogas, com base na perfilização hospitalar realizada pela Sesa, foram mencionadas anteriormente no tópico de urgência e emergência.

Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais

As internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais estão agrupadas no código 03.03.17 do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP).

A Tabela 7 apresenta uma visão simplificada dessas internações por regiões de saúde de residência dos usuários e anos de suas ocorrências.

Tabela 7 – Internações em saúde mental para tratamentos psiquiátricos e clínicos no Espírito Santo - 2016 a 2023 – por região de saúde de residência por ano de internação

Região de Saúde de Residência	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
32005 Central Norte	215	179	257	318	596	763	705	742
32002 Metropolitana	840	1.130	1.727	2.523	2.079	1.629	1.293	1.428
32004 Sul	724	735	830	858	760	860	855	860
Totais	1.779	2.044	2.814	3.699	3.435	3.252	2.853	3.030

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS) – via TABWIN Datasus

Já na Tabela 88 as internações foram segregadas em dois blocos de procedimentos: tratamentos em psiquiatria e clínico.

Tabela 8 – Internações em saúde mental para tratamentos psiquiátricos e clínicos no Espírito Santo - 2016 a 2023 – por ano de internação segundo procedimentos realizados

Procedimentos realizados (Por grupo de tratamento)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA								
030317009-3 - Por dia (admite longa permanência)	1309	1305	1928	2658	2316	1970	790	791
030317010-7 - Em Hospital Dia	0	0	1	0	0	2	0	0
030317019-0 - Curta permanência por dia (até 90 dias) - admite longa permanência	0	0	1	0	0	46	668	765
030317020-4 - Por dia (com duração > 90 dias ou reinternação antes 30 dias) - admite longa permanência	0	0	0	0	0	16	148	152
Subtotal de Tratamento em Psiquiatria	1309	1305	1930	2658	2316	2034	1606	1708
TRATAMENTO CLÍNICO								
030317013-1 - Em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio	11	13	87	196	229	265	312	336
030317014-0 - Contenção do comportamento desorganizado e/ou disruptivo	8	40	118	191	334	377	428	474
030317015-8 - Avaliação diagnóstica e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas	437	634	452	243	146	102	94	75
030317016-6 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	35	73	212	276	233	258	188	188
030317017-4 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de crack	1	2	17	76	39	50	35	53
030317018-2 - Transtornos mentais e comportamentais p/uso drogas e/ou outras substâncias psicoativas	1	11	29	92	163	193	209	207
Subtotal de Tratamento Clínico	493	773	915	1074	1144	1245	1266	1333
Total dos Tratamentos em Psiquiatria e Clínico	1802	2078	2845	3732	3460	3279	2872	3041

Fonte: SIH/SUS – via TABWIN Datasus

No bloco tratamento em psiquiatria, à exceção do procedimento 030317010-7 - Em Hospital Dia (uma ocorrência em todos os anos), os três demais, apesar das descrições não muito claras, admitem a longa permanência nas internações. Esses quatro procedimentos são para internações em hospitais psiquiátricos. O tempo médio de permanência (TMP) no período ficou em 14,33 dias.

Apesar de ter ocorrido um aumento equivalente a 30,5% entre os registros de 2016 (1.309) e 2023 (1.708) para tratamento em psiquiatria, o que estaria em dissonância com a reforma psiquiátrica, observa-se também a substituição de longas internações por internações mais curtas (14,33 dias, em média), portanto em consonância com a reforma psiquiátrica.

Já as internações do bloco **tratamento clínico** referem-se aos procedimentos criados pela Portaria SAS/MS 953/2012¹⁷ para serem aplicados somente em enfermarias especializadas em hospitais gerais (um dos componentes da Raps).

Esses procedimentos, segundo a portaria, serão registrados em AIH com validade de 30 dias (limite temporal para remuneração), que vem ao encontro do processo gradual de desospitalização (um dos pilares da reforma psiquiátrica). Na linha do tempo, observa-se aumentos sucessivos e graduais: em 2016 foram 493 e chegou-se a 1.333 em 2023 (aumento de 270%). O tempo médio de permanência (TMP) no período ficou em 12,45 dias.

Ações ambulatoriais em saúde na Atenção Psicossocial

A

Tabela 99 apresenta as ações ambulatoriais na atenção psicossocial ocorridas no Estado do Espírito Santo, entre os anos de 2016 e 2023. Essa gama de ações atende às diretrizes/objetivos de funcionamento da Raps, principalmente no que diz respeito às estratégias de redução de danos, ênfase em ações comunitárias com usuários e familiares, diversificação do cuidado, entre outras que são pilares da reforma psiquiátrica.

Tabela 9 – Ações ambulatoriais em saúde na Atenção Psicossocial no Espírito Santo entre 2016 e 2023 – frequência por ano segundo ação realizada

Ação Realizada	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ACOLHIMENTOS								
Noturno de pacientes em Caps	127	1.116	1.897	1.672	1.397	1.453	1.756	1.678
Em 3º turno de pacientes em Caps	6	7	0	0	4	2	5	15
Diurno de pacientes em Caps	32.431	36.814	32.090	25.077	13.495	7.595	10.244	15.736
Subtotal de Acolhimentos	32.564	37.937	33.987	26.749	14.896	9.050	12.005	17.429
ATENDIMENTOS								
Individual de paciente em Caps	28.136	36.322	33.947	43.342	42.117	52.314	45.868	57.553
Em grupo de pacientes em Caps	15.996	17.641	22.265	25.963	5.925	5.763	11.904	19.701
Familiar em Caps	2.465	4.866	3.900	4.845	4.998	6.797	6.465	9.632
Domiciliar p/ pacientes de Caps e/ou Fam	379	975	841	1.047	1.412	2.030	1.597	1.813
Subtotal de Atendimentos	46.976	59.804	60.953	75.197	54.452	66.904	65.834	88.699

¹⁷ A Portaria SAS/MS 953/2012 objetivou cadastrar estabelecimentos com habilitação em Serviços Hospitalares de Referência e informar procedimentos específicos no SIH/SUS para qualificação dos motivos das internações de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, para serem aplicados em hospitais gerais.

PRÁTICAS								
Corporais em Caps	717	740	1.564	2.706	594	464	1.796	6.053
Expressivas e comunicativas em Caps	1.702	11.256	12.388	13.476	4.076	2.676	6.981	14.615
Subtotal de Práticas	2.419	11.996	13.952	16.182	4.670	3.140	8.777	20.668
OUTRAS AÇÕES								
Atenção às situações de crise	44	374	351	935	1.062	1.431	1.813	1.996
Ações de reabilitação psicossocial	171	400	522	1.415	1.636	1.566	2.211	5.321
Promoção contratualidade no território	287	909	585	991	465	559	728	810
Subtotal de Outras Ações	502	1.683	1.458	3.341	3.163	3.556	4.752	8.127
Totais Gerais	82.461	111.420	110.350	121.469	77.181	82.650	91.368	134.923

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - Psicossocial – via TABWIN Datasus

No total de ações ambulatoriais em saúde na atenção psicossocial, verificou-se um aumento de 63,6% (de 82.461 para 134.923), o que vai ao encontro das premissas da reforma psiquiátrica, que preconiza o acompanhamento dos usuários em seus territórios através de ações comunitárias e junto aos seus familiares.

Clínicas Terapêuticas

Os gastos com as clínicas terapêuticas credenciadas pela Sesa, referentes a leitos para transtornos mentais e dependência química, totalizaram **R\$ 15.495.994,60** em 2023 e estão detalhados a seguir:

Tabela 10 - Gastos com clínicas terapêuticas em 2023 (Sesa)

Clínica Terapêutica	Valor empenhado	Valor Liquidado	Valor Pago
Centro De Reab. Dep. Quim. Vivência Alvorada Ltda. (05151521000163)	952.080,00	910.344,40	910.344,40
Centro De Reab. Nova Perspectiva (05866446000117)	812.080,00	770.299,81	770.299,81
Clínica Capixaba Trat Depend Química Saúde Mental (09255305000119)	812.080,00	656.778,80	656.778,80
Clínica Garreto, Silva & Rangel (Vitae Clínica) (26698083000128)	864.768,00	850.545,90	794.029,90
Clínica Greem House Ltda (16738103000193)	867.080,00	864.525,78	830.854,98
Clínica Terapeutica Santa Lucia Ltda (29712062000108)	902.080,00	876.167,20	873.779,20
Clínica Vitalle Ltda (27163364000149)	932.080,00	837.550,80	837.550,80
Crevida - Centro de Recuperação da Vida Ltda ME (16936366000298)	812.080,00	740.446,83	740.446,83
Enseada Prime Hospital Ltda (37242954000110) ¹⁸	3.691.800,00	2.734.121,17	2.297.863,17
Espaço Viver Centro A. R. C/Arte P. D. Q. Ltda (14380522000170)	817.080,00	816.695,97	816.695,97
Green House Psiquiatria - Filial (16738103000274)	799.742,00	747.859,63	747.859,63
Instituto Assist. de Atenção ao Uso de Drogas Nova Aliança. (05953926000387)	931.546,40	895.300,97	895.300,97

¹⁸ Todas as clínicas consultadas no Portal da Transparência foram confirmadas pela Sesa por meio do Ofício 611/2024, exceto a Enseada Prime Hospital Ltda.

Clínica Terapêutica	Valor empenhado	Valor Liquidado	Valor Pago
Refazer Clínica de Recuperação Ltda. (28788035000237)	1.054.116,00	984.351,97	984.351,97
Refazer Clínica de Recuperação Ltda. - ME (28788035000156)	425.302,20	424.047,70	424.047,70
Vivere Saude S/A (26184295000197)	822.080,00	725.912,19	725.912,19
Total	15.495.994,60	13.834.949,12	13.306.116,32

Fonte: Portal da Transparência do Poder Executivo do Espírito Santo (Todas as despesas;
Período: 1/1/2023 a 31/12/2023; Filtros: unidade gestora Fundo Estadual de Saúde; Agrupamentos: todos).

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)¹⁹

A Sesa é gestora de 18 residências terapêuticas, todas situadas na Grande Vitória: 10 em Cariacica, 3 em Vila Velha, 3 em Serra, 2 em Vitória, todas geridas pela Oscip Instituto Vida e Saúde (Invisa). Há somente uma residência terapêutica sob gestão municipal implantada pelo Município de Vitória, que atualmente é gerida pela Associação Adventista para o Desenvolvimento, Recursos e Assistência (ADRA).

Segundo a Área Técnica de Saúde Mental da Sesa, o ideal é que ocorra a descentralização dos SRT para os municípios que possuam parâmetro para implantação de Caps ou que já possuam pelo menos um Caps I.

Ressalta-se que essa foi uma das metas do PES 2020-2023 (“descentralizar 100% dos atuais 18 SRT para gestão municipal até 2022”). Conclui-se que a meta não foi alcançada tendo em vista que as residências continuam sob gestão da Sesa em 2024.

¹⁹ O Grupo de Estudos Fênix da Universidade Federal do Espírito Santo, em seu relatório da pesquisa “A desinstitucionalização na Raps do Estado do ES: os SRT (2019-2022)”, defendeu a descentralização dos serviços residenciais terapêuticos; a extinção/redução de recursos aplicados em comunidades terapêuticas; melhorias nos atendimentos prestados nos SRT e encontrou dificuldades na coleta de informações sobre financiamento.

3 ACHADOS DE AUDITORIA

3.1 PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS

Questão 1 - A Raps no Espírito Santo possui todos os pontos de atenção previstos nas normas?

A Raps no Espírito Santo não conta com os Centros de Convivência e Unidades de Acolhimento previstos na Portaria de Consolidação 3/2017. Em resposta ao questionário eletrônico, Vitória informou que está realizando estudo de necessidade e viabilidade quanto a implantação de Unidade de Acolhimento. A equipe de auditoria optou por tratar da ausência dos Caps, que são unidades centrais dessa rede de atenção, e das equipes de Consultório na Rua.

3.1.1. Ausência de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em municípios elegíveis para habilitação desse ponto de atenção de saúde mental pelo Ministério da Saúde (ACHADO 01)

Situação encontrada

Existe um total de 43 Caps implantados no Espírito Santo abrangendo 29 municípios, sendo que 27 desses municípios têm mais que 15.000 habitantes²⁰ e 2 com população menor ou igual a 15.000 habitantes: João Neiva (14.079) e São José do Calçado (10.878), conforme demonstrado a seguir:

Tabela 11 – Relação dos Caps existentes no Espírito Santo

Região	Município	Tipo de Caps	Cnes
Norte	São Mateus	Caps I	3454339
Norte		Caps AD	7612680
Norte	Baixo Guandu	Caps I	6145612
Norte	Colatina	Caps AD	7236158
Norte		Caps II	2705540
Norte	Ecoporanga	Caps I	9839984
Norte	Jaguaré	Caps I	9520872
Norte	Linhares	Caps II	3462951
Norte		Caps AD	3165329
Norte	Nova Venécia	Caps I	5976936
Norte	Pedro Canário	Caps I	0918679
Norte	São Gabriel da Palha	Caps I	4006712
Sul	Alegre	Caps I	3633586
Sul	Anchieta	Caps I	2813483

²⁰ Parâmetro constante da Portaria de Consolidação GM/MS 3/2017 (População > 15.000 habitantes), que permite aos municípios pleitearem recursos para implantação e custeio de Caps.

Região	Município	Tipo de Caps	Cnes
Sul	Castelo	Caps I	6860133
Sul	Cachoeiro de Itapemirim	Caps II (estadual)	3744264
Sul		Caps AD	6957986
Sul		Caps I	5934923
Sul	Mimoso do Sul	Caps I	2894688
Sul	Muniz Freire	Caps I	0862215
Sul	Itapemirim	Caps I	9260447
Sul	Vargem Alta	Caps I	3855430
Sul	São José do Calçado	Caps I	3425673
Metropolitana	Aracruz	Caps II	6644678
Metropolitana	Guarapari	Caps II	3467678
Metropolitana		Caps AD	0974595
Metropolitana	Fundão	Caps I	317489
Metropolitana	Cariacica	Caps i (infanto-juvenil)	0048720
Metropolitana		Caps II- Cidade (estadual)	7342128
Metropolitana		Caps II- Moxuara (estadual)	3773582
Metropolitana	João Neiva	Caps I	4044657
Metropolitana	Santa Maria de Jetibá	Caps I	7213182
Metropolitana	Santa Teresa	Caps I	6483895
Metropolitana	Serra	Caps i (infanto-juvenil)	9266453
Metropolitana		Caps II	5986656
Metropolitana		Caps AD	3972909
Metropolitana	Vila Velha	Caps i (infanto-juvenil)	9473963
Metropolitana		Caps II	9736301
Metropolitana		Caps AD	3461777
Metropolitana	Vitória	Caps i (infanto-juvenil)	5526175
Metropolitana		Caps II	0012351
Metropolitana		Caps III	7603592
Metropolitana		Caps AD III	0012041

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental da Sesa

Ressalta-se que o município de São Mateus, com população de 123.752 habitantes, tem Caps tipo I habilitado, mas poderia habilitar o Caps tipo II.

Um total de 49 municípios não implantaram Caps, sendo que 33 desses têm população igual ou menor que 15.000 habitantes (não elegíveis) e os 16 restantes com população maior que 15.000 habitantes (elegíveis).

Os 16 municípios que não tem Caps e que tem mais de 15 mil habitantes, portanto aptos a implantar um Caps e habilitar junto ao Ministério da Saúde para recebimento de recursos federais, são os seguintes:

Tabela 12 – Municípios com mais de 15.000 habitantes que são elegíveis para Caps de acordo com as normas do Ministério da Saúde

Município	População	Município	População
Marechal Floriano	17.641	Sooretama	26.502
Pancas	18.893	Conceição Da Barra	27.458

Município	População	Município	População
Montanha	18.900	Íluna	28.590
Rio Bananal	19.274	Afonso Claudio	30.684
Piúma	22.300	Domingos Martins	35.416
Venda Nova Do Imigrante	23.831	Marataízes	41.929
Pinheiros	23.915	Barra de São Francisco	42.498
Ibatiba	25.380	Viana	73.423

Fonte: Cnes – via TABWIN

No caso de Viana, que tem 73.423 habitantes, o município poderia habilitar o Caps tipo II. Os demais poderiam habilitar o Caps tipo I.

Em análise dos planos municipais de saúde desses 16 municípios, constatou-se que 6 deles não previram a implantação de Caps no período 2022-2025, a saber: Conceição da Barra, Ibatiba, Íluna, Marechal Floriano, Pancas e Venda Nova do Imigrante.

Embora não tenha previsto no PMS 2022-2025, Íluna informou que existe proposta com parecer favorável para construção de Caps I no Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB²¹ (Proposta: 10700.1030001/24-001; tipo de recurso: programa; valor: R\$ 2.143.000,00).

No caso de Pinheiros, o Caps I está na fase inicial de construção (Proposta: 10836.9270001/19-001; tipo de recurso: emenda; valor: R\$ 1.346.000,00), conforme demonstrado na foto a seguir:



Figura 8 – Caps I em fase inicial de construção no Município de Pinheiros

²¹ Sistema informatizado, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, para cadastro e análise de propostas e monitoramento de execução de obras financiadas por meio de transferência fundo a fundo.

Já em Viana, foi informado que existe solicitação para construção do Caps II no âmbito do Novo PAC (Programa de Aceleração do Crescimento do Governo Federal). Em consulta ao site transferegov.br em 3/7/2024, consta que a proposta 36000008064/2023 no valor de R\$ 2.143.000,00 encontra-se habilitada.

O município de Montanha informou, no questionário eletrônico, que pleiteou a construção e habilitação de um Caps I, mas a solicitação não foi aprovada pelo Ministério da Saúde. Em contato com o município em 18/7/2024, foi informado que a Proposta nº 14829.9610001/23-011, cuja última atualização no Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob) é de 28/6/2023, encontra-se na situação “aguardando reanálise”.

Em relação aos demais municípios (12 dos 16 que não tem Caps e tem mais de 15 mil habitantes), não constam informações atualizadas a respeito da implantação do Caps nas respostas ao questionário eletrônico.

Em relação ao **Caps i (infanto-juvenil)**, tipo que poderia ser implantado e habilitado pelos municípios com mais de 70 mil habitantes, não contam com essa unidade 7 municípios: Viana (73.423), Aracruz (94.765), Colatina (120.033), São Mateus (123.752), Guarapari (124.656), Linhares (166.786) e Cachoeiro de Itapemirim (185.786).

Em Aracruz e São Mateus, foi informado que existem propostas cadastradas no Sismob para construção de Caps i (infanto-juvenil). Em consulta ao Sismob em 2/7/2024, consta que a proposta de Aracruz está cadastrada sob o nº 10429.2530001/24-003, no valor de R\$ 2.143.000,00 e habilitada por meio da Portaria 4.341 de 10/6/2024. Em relação a São Mateus, a proposta é a de nº 11356.6960001/24-001, no valor de R\$ 2.143.000,00 e habilitada por meio da Portaria 4.502 de 21/6/2024.

Ressalta-se que Aracruz, por ocasião da visita realizada, informou que existe previsão para início das atividades do Caps i (infanto-juvenil) em 2024 em imóvel alugado/adaptado.

Em resposta ao questionário eletrônico, Colatina informou que está em andamento a licitação para construção de Caps i (infanto-juvenil). Em consulta ao Sismob em

5/7/2024, consta que a proposta está cadastrada sob o nº 14578.8050001/23-006, no valor de R\$ 2.085.000,00 e habilitada por meio da Portaria 1.868 de 20/11/2023.

Em relação aos demais municípios (Viana, Guarapari, Linhares e Cachoeiro de Itapemirim), não constam informações atualizadas a respeito da implantação do Caps i (infanto-juvenil) nas respostas ao questionário eletrônico e nas visitas realizadas.

Em relação ao **Caps AD**, tipo que poderia ser implantado e habilitado pelos municípios com mais de 70 mil habitantes, não contam com essa unidade 3 municípios: Viana (73.423), Aracruz (94.765) e Cariacica (353.491).

Os municípios de Aracruz e Cariacica fizeram constar em seus planos municipais de saúde 2022-2025 a implantação de Caps AD, sendo que a meta em Aracruz foi “elaborar projeto para implantação do Caps-AD” e em Cariacica “implantar e habilitar junto ao MS 01 Caps AD III respeitando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira”.

Não constam informações sobre propostas cadastradas no Sismob pelos 3 municípios para a construção de Caps AD.

Em relação ao **Caps III e AD III**, tipos que poderiam ser implantados e habilitados pelos municípios com mais de 150 mil habitantes, os 5 municípios listados a seguir poderiam habilitar esses serviços:

Tabela 13 – Municípios com mais de 150 mil habitantes que não tem Caps III e AD III

Município	População	Caps existentes
Linhares	166.786	Caps II e Caps AD
Cachoeiro de Itapemirim	185.786	Caps II (estadual) e Caps AD (municipal)
Cariacica	353.491	Caps i (infanto-juvenil) e 2 Caps II (estaduais)
Vila Velha	467.722	Caps i (infanto-juvenil), Caps II e Caps AD
Serra	520.653	Caps i (infanto-juvenil), Caps II e Caps AD

Convém mencionar que Cariacica não tem nenhum tipo de Caps AD e inseriu meta para implantação e habilitação em seu plano municipal de saúde para implantação e habilitação de Caps AD III; que Vila Velha inseriu em seu PMS 2022-2025 a meta para “realizar estudo de viabilidade para implantação Caps AD III”; e que somente Vitória tem Caps III e AD III.

Não constam informações sobre propostas cadastradas no Sismob pelos 5 municípios para a construção de Caps III ou AD III.

Convém mencionar que Cariacica, por ocasião dos comentários ao relatório preliminar, informou que o município se encontra em fase de planejamento para implantação de um CAPS AD conforme estipulado no plano municipal 2022-2025, todavia a princípio será do tipo II, para que se possa, de forma organizada e responsável, implantar este serviço que é novo para o município e posteriormente realizar a transição para o tipo III. Já em relação ao CAPS III, informou que o município possui dois CAPS II de gestão estadual, os quais se pretende evoluir para um processo de municipalização da gestão e posteriormente realizar a transição para o tipo III.

Em resposta ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), Vila Velha informou que, objetivando a implantação do CAPS ad III no município, foi realizado um estudo de viabilidade pela Área Técnica de Saúde Mental. Por conseguinte, a Secretaria Municipal de Saúde participou de processo de seleção de propostas apresentadas ao Programa de Aceleração do Crescimento – Novo PAC, no Eixo Saúde. Em 7/3/2024, através da Portaria GM/MS nº 3.257, foi homologado o resultado dessa seleção em que o município consta como um dos beneficiários. Ato contínuo, por meio do Decreto nº 160/2024, de 22/5/2024, foi declarada de utilidade pública, para fins de desapropriação por via amigável ou judicial, uma área de terreno situada no bairro Santa Rita, objetivando a construção da Unidade Básica de Saúde e a construção do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III. Em 27/5/2024 foi publicada a Resolução CIB/SUS-ES Nº 090/2024, que aprovou a construção do CAPS AD III, com recurso federal, aprovada pela Proposta nº nº12157.7280001/24-004 (Sismob), no âmbito do PAC, com previsão implantação no ano de 2026.

CrITÉRIOS

Portaria de Consolidação nº 3/2017, Anexo V (Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (Origem: PRT MS/GM 3088/2011), art. 7º, § 4º, inciso I a VI

CAUSAS

Fragilidades da gestão municipal de saúde relativas a recursos financeiros e humanos.

Efeitos

Limitações no cuidado das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e das pessoas que utilizam crack, álcool e outras drogas.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Marechal Floriano, Pancas, Montanha, Rio Bananal, Piúma, Venda Nova do Imigrante, Pinheiros, Ibatiba, Sooretama, Conceição da Barra, Iúna, Afonso Cláudio, Domingos Martins, Marataízes, Barra de São Francisco e Viana, implantar **Caps I** (e **Caps II** no caso de Viana), em imóveis que estejam dentro do preconizado no Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do Ministério da Saúde
- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Viana, Aracruz, Colatina, São Mateus, Guarapari, Linhares e Cachoeiro de Itapemirim, implantar **Caps i (infanto-juvenil)**, em imóveis que estejam dentro do preconizado no Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do Ministério da Saúde;
- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Viana, Aracruz e Cariacica, implantar **Caps AD** (no caso de Cariacica é possível habilitar o Caps AD III), em imóveis que estejam dentro do preconizado no Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do Ministério da Saúde
- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Linhares, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Vila Velha e Serra, implantar **Caps III e Caps AD III**), em imóveis que estejam dentro do preconizado no Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do Ministério da Saúde
- **Dar ciência** à Bancada Federal Capixaba (deputados federais e senadores) das necessidades de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) nos municípios relacionados nos itens anteriores, com vistas à possível alocação de recursos federais para a construção de novas unidades.

3.1.2 Ausência de Equipes de Consultório na Rua (eCR) em municípios elegíveis para habilitação desse ponto de atenção de saúde mental pelo Ministério da Saúde (ACHADO 02)

Situação encontrada

Atualmente existem 10 (dez) equipes de Consultório na Rua em 7 (sete) municípios (Aracruz, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, São Mateus, Serra, Vila Velha e Vitória).

Da análise dos dados disponíveis, considerando a lista de municípios aptos para habilitação de equipes disponível no anexo da Portaria GM/MS nº 1.255/2021, os municípios de **Colatina, Guarapari e Linhares** poderiam ter 1 equipe e não possuem nenhuma.

Critérios

Anexo XVI, Capítulo II, arts. 12 ao 15º, Portaria de Consolidação nº 2 (Origem, Portaria GM/MS nº 1.255/2021)

Causas

Fragilidades da gestão municipal de saúde relativas a recursos financeiros e humanos.

Efeitos

Limitações na assistência à saúde, inclusive mental, das pessoas em situação de rua nos respectivos municípios.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de **Colatina, Guarapari e Linhares**, implantar a estratégia Consultório na Rua mediante habilitação da equipe junto ao Ministério da Saúde.

3.1.3 Necessidade de adequação e/ou atualização das referências hospitalares para transtornos mentais previstas no Manual de Perfilização Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde (ACHADO 03)

Situação encontrada

A questão 58 do questionário eletrônico enviado para os 78 municípios, perguntou “para qual(is) hospital(is) o município encaminha as pessoas portadoras de transtornos mentais e que utilizam crack, álcool e outras drogas, nos casos de **urgência e emergência.**”

No Quadro 1, destacam-se as respostas em que foram verificadas divergências entre o que foi informado pelos municípios e o que consta do manual de perfilização hospitalar.

Quadro 1 – Respostas dos municípios para a questão 58 do questionário eletrônico relacionada à perfilização hospitalar para urgência e emergência em saúde mental

Município	Região de Saúde	Manual de perfilização hospitalar	Resposta
Alto Rio Novo	Central/Norte	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Colatina (HSCMCo) - adulto e Himaba (pediátrico)	Heac
Baixo Guandu	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital João dos Santos Neves e Hospital Silvio Avidos,
Vila Pavão	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital São Marcos e Heac
Rio Bananal	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Depende do sistema de regulação
Apiacá	Sul	Capaac (adulto) e Himaba (infantil)	Hospital de São José do Calçado
São Mateus	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras.
Domingos Martins	Metropolitana	Heac (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac e Hospital Dr. Arthur Gerhardt
Marilândia	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac e Hospital Silvio Avidos
Sooretama	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac
Linhares	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital Geral de Linhares
São Roque do Canaã	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac
Muniz Freire	Sul	Capaac (adulto) e Himaba (infantil)	Capaac, Himaba e Hospital Santa Casa de Misericórdia Jesus Maria José em Muniz Freire
Mucurici	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Roberto Silveiras, Heac, São Marcos

Município	Região de Saúde	Manual de perfilização hospitalar	Resposta
São Gabriel da Palha	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital São Gabriel, Hospital São Marcos e Heac
Venda Nova do Imigrante	Metropolitana	Heac (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac, Himaba e Hospital Padre Máximo
Pancas	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	SAMU e Hospital Municipal de Pancas
Ecoporanga	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital São Marcos (Nova Venécia)
Nova Venécia	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital São Marcos
Colatina	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital Estadual Silvio Avidos
Itapemirim	Sul	Capaac (adulto) e Himaba (infantil)	Hospital Municipal Menino Jesus
Jaguaré	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hras, São Camilo, Himaba E Heac
Barra de São Francisco	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac
Castelo	Sul	Capaac (adulto) e Himaba (infantil)	Capaac e Hospital Municipal de Castelo
Águia Branca	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Vila Velha e Colatina, sem especificação
Governador Lindenberg	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Pronto-atendimento, sem especificação
Conceição da Barra	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital São Camilo de Nova Venécia ou aqueles que são regulados via Estado
Mantenópolis	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac
Boa Esperança	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital São Marcos
Pinheiros	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital Estadual Roberto Arnizault Silveiras
Montanha	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac E Hospital São Marcos
Pedro Canário	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital Menino Jesus e Hras
Água Doce do Norte	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac
Santa Maria de Jetibá	Metropolitana	Heac (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital Evangélico de Santa Maria de Jetibá
Ponto Belo	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac
São José do Calçado	Sul	Capaac (adulto) e Himaba (infantil)	Capaac, Himaba e Hospital São José do Calçado
São Domingos do Norte	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac e Himaba
Vila Valério	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital São Marcos e Heac

Em resumo, foram constatadas as seguintes situações relativas à perfilização hospitalar para urgência e emergência em saúde mental:

- Nenhum dos municípios da região central/norte citou o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Colatina como referência de urgência e emergência adulto, o que nos leva a inferir o desconhecimento do manual de perfilização por esses municípios ou a falta de resolutividade desse hospital para esses atendimentos (a maioria dos municípios da região central/norte citou o Heac na região metropolitana como referência);
- As regiões central/norte e sul não possuem nenhuma referência de urgência e emergência pediátrica na própria região (a referência, para ambas as regiões, é o Himaba, na região metropolitana);
- Foram citados hospitais que não constam do manual de perfilização hospitalar para urgência/emergência (João Neiva, Silvio Avidos, São Marcos, São José do Calçado, Roberto Silveiras, Arthur Gerhardt, Santa Casa de Muniz Freire, São Gabriel, Padre Máximo, Hospital de Pancas, Hospital Menino Jesus de Itapemirim, São Camilo, Hospital Municipal de Castelo, Hospital Menino Jesus de Pedro Canário e Hospital Evangélico de Santa Maria de Jetibá);

Na sequência, a questão 59 tratou dos encaminhamentos das pessoas portadoras de transtornos mentais e que utilizam crack, álcool e outras drogas, nos casos de **internação**.

Na maioria das respostas, os municípios não mencionaram os hospitais de referência, mas informaram que a internação depende da regulação da Sesa por meio do Núcleo Especial de Regulação de Internações (Neri).

No **Quadro 2** destacam-se as respostas em que foram mencionados hospitais que não constam do manual de perfilização hospitalar para saúde mental, álcool e outras drogas em geral ou para uma região de saúde específica, semelhante ao que foi demonstrado no **Quadro 1** para urgência/emergência.

Quadro 2 - Respostas dos municípios para a questão 59 do questionário eletrônico relacionada à perfilização hospitalar para internação em saúde mental

Município	Região de Saúde	Manual de perfilização hospitalar	Resposta
Marilândia	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital Silvio Avidos
Bom Jesus do Norte	Sul	Hospital Apóstolo Pedro – Mimoso do Sul (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital São José do Calçado

Município	Região de Saúde	Manual de perfilização hospitalar	Resposta
Linhares	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac
São Gabriel da Palha	Central/Norte	Hospital São Gabriel (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital São Gabriel, Hospital São Marcos e Heac
Pancas	Central/Norte	Hospital Joao dos Santos Neves de Baixo Guandu (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital Silvio Avidos
Jaguaré	Central/Norte	Hospital São Marcos de Nova Venécia (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hras, São Camilo, Himaba E Heac
Governador Lindenberg	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac
Mantenópolis	Central/Norte	Hospital Joao dos Santos Neves de Baixo Guandu (adulto) e Himaba (pediátrico)	Heac
Pinheiros	Central/Norte	Hospital São Marcos de Nova Venécia (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hras
Pedro Canário	Central/Norte	Hospital São Marcos de Nova Venécia (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital São Marcos, Hras, Heac
Santa Maria de Jetibá	Metropolitana	HNSP - Santa Leopoldina (adulto) e Himaba (pediátrico)	Hospital Evangélico de Santa Maria de Jetibá
Ponto Belo	Central/Norte	Hospital São Marcos de Nova Venécia (adulto) e Himaba (pediátrico)	HSCMCo, Hospital Padre Máximo e Hospital Apóstolo Pedro
Vila Valério	Central/Norte	HSCMCo (adulto) e Himaba (pediátrico)	São Marcos, Rede Abraço, Heac e outras clínicas credenciadas no sistema do estado

Nota: Ponto Belo foi o único município da Central/Norte que mencionou a Santa Casa de Misericórdia de Colatina como referência para internação em saúde mental.

Ressalta-se que o município de Vitória, além de solicitar vagas para a Sesa, possui 2 Caps tipo III (24h) que realizam internações de curta permanência (o Caps São Pedro possui 06 leitos e o Caps AD III possui 8 leitos), conferindo importante retaguarda aos municípios, conforme mencionado em resposta ao questionário eletrônico.

Convém mencionar que Alto Rio Novo, por ocasião dos comentários ao relatório preliminar, manifestou-se no sentido de que a Sesa deve esclarecer a situação da Santa Casa de Misericórdia de Colatina como referência para urgência/emergência e internação em saúde mental para a região de saúde central/norte, devendo essa discussão ser levada para as reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Santa Maria de Jetibá, por meio do OF/PMSMJ/SECSAU/Nº. 284/2024, informou que articulará com a Sesa a atualização da referência hospitalar do município tendo em vista que o Hospital Evangélico de Santa Maria de Jetibá implantou em maio de 2024 10 leitos de saúde mental. Informou ainda que a Secretaria Municipal de Saúde contratualizou o pronto socorro com o referido hospital.

A Sesa, por meio do OF/SESA/GS/Nº1063/2024 e Manifestação Técnica nº 274/2024 da Área Técnica de Saúde Mental, informou que existe um grupo na SESA conduzido pela Subsecretaria de Estado de Regulação do Acesso em Saúde (SSERAS) que está atualizando a perfilização hospitalar e material correlato.

Critérios

Manual Instrutivo da Nova Perfilização Hospitalar Regionalizada do Estado do Espírito Santo

Causas

Desconhecimento do manual de perfilização por parte dos municípios, falta de resolutividade dos hospitais de referência e/ou existência de novos hospitais que não foram incorporados ao documento.

Efeitos

Falhas nos encaminhamentos pelos municípios e/ou ociosidade de alguns hospitais referenciados e sobrecarga de outros.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde, em conjunto com os municípios, providenciar as alterações e/ou atualizações do Manual Instrutivo da Nova Perfilização Hospitalar Regionalizada do Estado do Espírito Santo, de maneira a esclarecer a situação da Santa Casa de Misericórdia de Colatina como referência para urgência/emergência e internação em saúde mental para a região de saúde central/norte, bem como a inclusão de referências pediátricas

para as regiões central/norte e sul na própria região e incluir novas referências que foram citadas pelos municípios, mas não constam das tabelas por região e linhas de cuidado publicizadas em site da Sesa.

3.1.4 Ausência da Referência Técnica Municipal da Rede de Atenção Psicossocial (ACHADO 04)

Situação encontrada

No âmbito da Raps, o profissional que é a referência técnica é responsável pela articulação com as demais áreas no município, bem como com os demais municípios da região de saúde e do estado, no âmbito dos grupos condutores da Raps.

Com base nas informações recebidas da Área Técnica de Saúde Mental da Sesa, identificou-se que 15 municípios não contavam com profissional indicado para a referência técnica de saúde mental municipal. Em e-mail encaminhado em 21/6/2024, foi solicitado que informassem os respectivos nomes, telefones e e-mails. Ao final, ainda restaram, sem indicação da referência técnica municipal da Raps, os seguintes municípios: **Ibatiba, Itarana, Água Doce do Norte, Divino de São Lourenço e Iúna.**

Causas

Insuficiência de pessoal técnico nas secretarias municipais de saúde.

Efeitos

Limitações quanto à articulação com os demais municípios e a Sesa nos diversos espaços de discussão e deliberação da Raps.

Proposta de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de **Ibatiba, Itarana, Água Doce do Norte, Divino de São Lourenço e Iúna** indicar, para o grupo condutor regional e estadual da RAPS, a referência técnica de saúde mental municipal.

3.1.5 Ausência do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial (ACHADO 05)

Situação encontrada

Os grupos condutores estadual e regionais foram instituídos e/ou atualizados por meio da Portaria 080-R de 30 de agosto de 2023 (estadual) e das Resoluções CIR 51/2013 (Central/Norte), 16/2024 (Metropolitana) e 26/2022 (Sul).

Já em relação aos municípios, com base nas respostas ao Ofício de Requisição nº 2794/2024 e ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), constatou-se que 19 municípios informaram as normas que criaram os grupos condutores municipais (desses, 11 não tem participação de outras secretarias), 35 municípios informaram que não possuem grupo condutor e 24 municípios não responderam (vide **APÊNDICE**).

Crítérios

Portaria de Consolidação nº 3/2017, Anexo V (Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (Origem: PRT MS/GM 3088/2011), art. 14, inciso III²²

Causas

Limitações administrativas e de recursos humanos dos municípios para composição dos diversos grupos condutores das diversas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Efeitos

Limitações na atuação da Raps no município.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

²² Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:
III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, 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 Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Água Branca, Água Doce do Norte, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Colatina, Conceição da Barra, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Jaguaré, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Montanha, Pancas, Pinheiros, Ponto Belo, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Mateus, Sooretama, Vila Pavão e Vila Valério (Região de Saúde Central/Norte); Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Ibatiba, Ibiraçu, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Venda Nova do Imigrante, Viana e Vitória (Região de Saúde Metropolitana); Alfredo Chaves, Apiacá, Atilio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Castelo, Divino de São Lourenço, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muqui, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta (Região de Saúde Sul), constituir, formalmente, os Grupos Condutores Municipais da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

3.2 ESTRUTURA FÍSICA E COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DOS CAPS

Questão 2 - Os Caps existentes na Raps, considerando-se os parâmetros mínimos para implantação e funcionamento (populacional, estrutura física e composição da equipe), estão adequados, quantitativa e qualitativamente, para atendimento das pessoas portadoras de transtornos mentais e as que utilizam crack, álcool e outras drogas?

3.2.1 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) com estruturas físicas inadequadas (ACHADO 06)

Situação encontrada

Foram visitados 5 Caps localizados nos municípios de Aracruz (Caps II), Cachoeiro de Itapemirim (Caps AD municipal e Caps II estadual) e São Mateus (Caps AD e Caps I).

Nas visitas realizadas foi verificado se as estruturas físicas dos Caps estavam em consonância com o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento²³, bem como o estado de conservação, sendo encontradas as impropriedades relatadas a seguir.

Aracruz (Caps II)

O Caps II fica localizado na Rua Ernesto Maioli, Bairro Bela Vista, em uma residência alugada. O imóvel encontra-se em bom estado de conservação.

Verificou-se que o Caps II não conta com as seguintes áreas previstas no manual do MS: banheiros com chuveiros (estão adaptados para pessoas com deficiência mas não tem chuveiros); sala de aplicação de medicamentos/posto de enfermagem; sala de reunião; almoxarifado; refeitório (improvisado na área externa de acordo com informações recebidas em visita); depósito de material de limpeza (DML); abrigo de

²³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de Caps e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; e área externa para embarque e desembarque de ambulância.



Figura 9 – Fachada do Caps II Aracruz sediado em casa alugada

A falta da sala de aplicação de medicamentos e de refeitório foram algumas das impropriedades apontadas no “histórico de análise da proposta” do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips) que consta em anexo ao Ofício OF/SESA/GS/Nº861/2024 encaminhado pela Sesa.

Cachoeiro de Itapemirim (Caps AD / municipal)

O Caps AD, gerido pelo município de Cachoeiro de Itapemirim, fica localizado na Rua José Dias Lobato, 163, Bairro Otton Marins, em sede própria. O imóvel encontra-se em bom estado de conservação e estava passando por reforma no dia da visita.



Figura 10 – Fachada do Caps AD Cachoeiro de Itapemirim (foto internet)

Verificou-se que o Caps AD não conta com as seguintes áreas previstas no manual do MS: banheiros dos usuários (faltam adaptações para pessoas com deficiência); abrigo de recipientes de resíduos (lixo)/abrigo externo de resíduos sólidos e área externa de convivência (pendente de adequações).

Quanto à área externa de convivência, convém mencionar que o Caps AD tem uma excelente área externa, mas atualmente está sendo pouco aproveitada, necessitando de intervenções para propiciar um ambiente adequado para a convivência dos usuários. Foi informado, durante a visita, que essa e outras adequações devem ser realizadas durante a reforma que está em andamento.

Durante a visita, também se constatou que o Caps AD não utiliza sistema informatizado de prontuário eletrônico, sendo todos os registros realizados em papel.

Cachoeiro de Itapemirim (Caps II / estadual)

O Caps II, gerido pela Sesa, fica localizado na Rua Albano Custodio, 85, Bairro Gilberto Machado, em uma residência alugada.²⁴ O imóvel encontra-se em estado razoável de conservação, mas com algumas áreas em estado muito precário.

²⁴ Foi informado que o Caps II funciona no atual endereço há 10 anos; que o aluguel, pago pela SRSCI, custa R\$ 4.200,00 mensais, mas que o proprietário quer reajuste e a superintendência estaria avaliando a mudança para o prédio em que funcionava uma escola estadual em outro bairro.



Figura 11 – Fachada do Caps II Cachoeiro de Itapemirim (estadual) sediado em casa alugada

Convém mencionar que apesar de contar com salas de atendimento individualizado (3 consultórios), atualmente 2 médicos residentes estão atendendo os usuários do Caps II no espaço físico do Centro Regional de Especialidades (CRE) por falta de espaço físico na “casa”.

Já em relação à sala de aplicação de medicamentos/posto de enfermagem, observou-se que conta com uma sala de observação anexa cujos colchões estão em péssimo estado de conservação.

Verificou-se também que o Caps II não conta com as seguintes áreas previstas no manual do MS: banheiros adaptados para pessoas com deficiência (atualmente o feminino funciona na parte interna e o masculino na parte externa e ambos se encontram em condições precárias); almoxarifado; copa/cozinha; depósito de material de limpeza (DML); abrigo de recipientes de resíduos (lixo)/abrigo externo de resíduos sólidos; e área externa para embarque e desembarque de ambulância.



Figura 12 – Banheiro masculino parte externa da casa (Caps II Cachoeiro de Itapemirim estadual)

A Sesa, por meio do OF/SESA/GS/Nº1063/2024, informou:

- que está sendo estudada a viabilidade ou não de reforma;
- quanto à integração do sistema de informatização de prontuário eletrônico no CAPS II (estadual) com o prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro, que oferece aos municípios o e-SUS PEC multimunicipal com o objetivo de criar um ambiente onde há integração de informações entre os municípios, considerando que os usuários percorrem os distintos territórios, a fim de fortalecer a atenção primária. Como a SESA não oferta um PEC específico para atenção especializada, este sistema está sendo utilizado pelo referido CAPS para informatização de seu prontuário. Para que ocorra a integração do prontuário eletrônico do CAPS II com o e-SUS PEC do município, é necessária a adesão ao e-SUS PEC multimunicipal.

São Mateus (Caps I)

O Caps I fica localizado na Rua Dr. Raimundo Guilherme Sobrinho, 364, Bairro Boa Vista, em uma residência alugada. O imóvel encontra-se em estado razoável de conservação, com uma área externa bastante aprazível e algumas áreas em estado precário, com destaque para o banheiro masculino dos usuários localizado nos fundos da casa em péssimo estado de conservação.



Figura 13 – Fachada do Caps I São Mateus sediado em casa alugada

Verificou-se que o Caps I não conta com as seguintes áreas previstas no manual do MS: banheiros adaptados para pessoas com deficiência (feminino na parte interna e masculino na parte externa); almoxarifado, refeitório (improvisado na varanda nos fundos da casa); abrigo de recipientes de resíduos (lixo)/abrigo externo de resíduos sólidos e área externa para embarque/desembarque de ambulância.

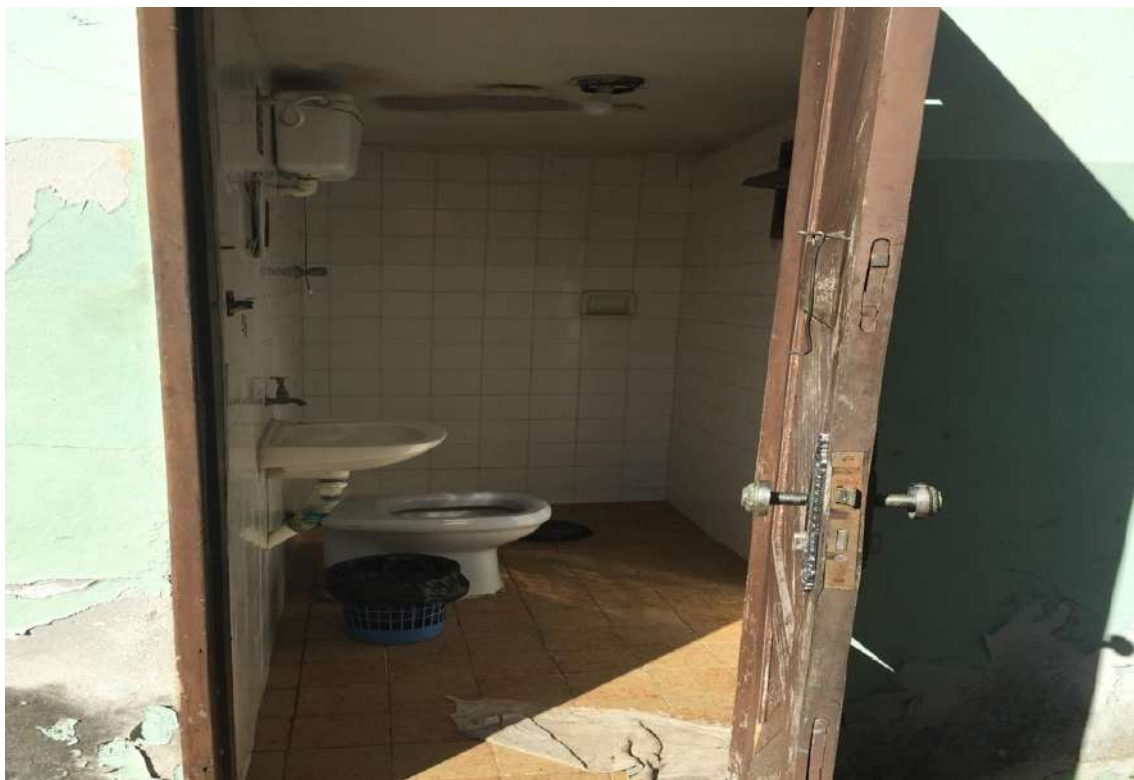


Figura 14 – Banheiro masculino usuários fundos da casa (Caps I São Mateus)

São Mateus (Caps AD)

O Caps AD fica localizado no Bairro Caiçaras, em sede própria. O imóvel encontra-se em bom estado de conservação.



Figura 15 – Fachada do Caps AD de São Mateus

Convém mencionar que apesar do bom estado das instalações físicas, os mobiliários em geral (mesas enferrujadas, cadeiras quebradas etc.) e os eletrodomésticos da copa/cozinha (enferrujados) estão em más condições de conservação.



Figura 16 – Caps AD São Mateus - Mobiliários em más condições de conservação (mesas enferrujadas)

Verificou-se que o Caps II não conta com as seguintes áreas previstas no manual do MS: banheiros com vasos adaptados para pessoas com deficiência; almoxarifado (os materiais das oficinas são guardados nos armários da sala de atividades coletivas e na parte externa tem 2 salas com materiais diversos); e abrigo de recipientes de resíduos (lixo)/abrigo externo de resíduos sólidos.

Durante a visita, também se constatou que os Caps I e AD de São Mateus não utilizam sistema informatizado de prontuário eletrônico, sendo todos os registros realizados em papel. O sistema RG System é utilizado apenas para registro das ações realizadas para efeito de faturamento.

Além disso, apesar de contarem com espaço para refeitório (improvisado no caso do Caps I), **desde agosto/2023 não são fornecidas refeições para os usuários de ambos os Caps**. Foi iniciado processo licitatório em 10/5/2024 sob o número 11.100/2024, cujo objeto é a aquisição de marmitex e outros gêneros alimentícios (café, almoço e lanche). Essa impropriedade será tratada no capítulo referente à Questão 3 de auditoria.

Critérios

Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Unidades de Atendimento (UA) – Ministério da Saúde

Evidências

As evidências estão relatadas no tópico “situação encontrada” e demonstradas nas respectivas figuras (fotos).

Causas

Utilização de imóveis alugados e adaptados para o funcionamento de equipamentos de saúde e manutenção preventiva e corretiva predial inadequadas e insuficientes.

Efeitos

Deterioração das instalações físicas dos imóveis utilizados para o funcionamento dos Caps com consequentes impactos sobre a qualidade do acolhimento e da assistência prestada aos usuários.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** à Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz realizar as adequações necessárias na estrutura física do Caps II, visando ao atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do MS, quanto aos banheiros dos usuários; sala de aplicação de medicamentos; sala de reunião; almoxarifado; refeitório, depósito de material de limpeza; abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; e área externa para embarque/desembarque de ambulância); ou avaliar a possibilidade de obtenção de recursos para a construção de uma sede própria para o Caps II que contemple todas as exigências do referido manual;
- **Recomendar** à Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim realizar as adequações necessárias na estrutura física do Caps AD, visando ao

atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do MS, quanto aos banheiros dos usuários; abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; e área externa de convivência;

- **Recomendar** à Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim implementar sistema informatizado de prontuário eletrônico no Caps AD;
- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde realizar as adequações necessárias na estrutura física do Caps II Cachoeiro de Itapemirim, visando ao atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do MS, quanto à quantidade de salas de atendimento individualizado (consultórios); sala de observação anexa à sala de aplicação de medicamentos/posto de enfermagem; banheiro dos funcionários, banheiros dos usuários; almoxarifado; copa/cozinha; depósito de material de limpeza (DML); abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; e área externa para embarque e desembarque de ambulância; ou avaliar a possibilidade de obtenção de recursos para a construção de uma sede própria para o Caps II, que contemple todas as exigências do referido manual;
- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, promover a integração do sistema informatizado de prontuário eletrônico do Caps II (estadual) e do município, uma vez que ambos utilizam o eSUS-PEC, para melhor atendimento dos usuários portadores transtornos mentais e comportamentais do município;
- **Recomendar** à Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus realizar as adequações necessárias na estrutura física do Caps I, visando ao atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do MS, quanto aos banheiros dos usuários; almoxarifado; refeitório; abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; e área externa para embarque/desembarque de ambulância; ou avaliar a possibilidade de obtenção de recursos para a construção de uma sede própria para o Caps I que contemple todas as exigências do referido manual;
- **Recomendar** à Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus realizar as adequações necessárias na estrutura física do Caps AD, visando ao atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do

MS, quanto aos mobiliários em geral e eletrodomésticos da copa/cozinha; banheiros dos usuários, almoxarifado; e abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos.

- **Recomendar** à Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus utilizar sistema informatizado de prontuário eletrônico nos Caps I e Caps AD.

Ressalta-se que o município de Colatina, em resposta ao questionário eletrônico, mencionou que o Caps AD possui sede própria, sendo construída conforme projeto arquitetônico disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Já o Caps II não possui sede própria, utilizando imóvel locado, e deste modo devido às características de imóveis disponíveis para locação no município, não contempla a adequada estrutura física que o serviço necessita. Nesse caso, espera-se que o município avalie a possibilidade de obtenção de recursos federais para a construção de uma sede própria também para o Caps II, a exemplo do Caps AD já existente e do Caps I (infanto-juvenil), que estaria em fase de licitação.

Já o município de Alegre, também em resposta ao questionário eletrônico, mencionou que os atendimentos ambulatoriais de psiquiatria são realizados no mesmo espaço físico do Caps que é um imóvel alugado. Nesse caso, espera-se que o município avalie a possibilidade de obtenção de recursos federais para a construção de uma sede própria para o Caps, ficando o espaço físico do ambulatório para o atendimento dos usuários “não Caps”.

3.2.2 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) com equipes mínimas incompletas (ACHADO 07)

Situação encontrada

As configurações das equipes mínimas dos Caps foram definidas pela Portaria 336/2002 (tipos I, II, III, AD e I) e Portaria 130/2012 (AD III), ambas consolidadas na Portaria de Consolidação 3/2027, conforme demonstrado no Quadro 3:

Quadro 3 – Equipes mínimas dos Caps conforme Portaria de Consolidação 3/2017

Tipo	Equipe mínima
Caps I	- 1 médico com formação em saúde mental - 1 enfermeiro - 3 profissionais de nível superior - 4 profissionais de nível médio

Tipo	Equipe mínima
Caps II	- 1 médico psiquiatra - 1 enfermeiro com formação em saúde mental - 4 profissionais de nível superior - 6 profissionais de nível médio
Caps III	- 2 médicos psiquiatras - 1 enfermeiro com formação em saúde mental - 5 profissionais de nível superior - 8 profissionais de nível médio
Caps AD	- 1 médico psiquiatra - 1 enfermeiro com formação em saúde mental - 1 médico clínico - 4 profissionais de nível superior - 6 profissionais de nível médio
Caps AD III	- 1 psiquiatra - 1 médico com formação e/ou experiência em saúde mental - 1 enfermeiro com experiência e/ou formação em saúde mental (por turno) - 5 profissionais de nível superior (por turno) - 4 técnicos de enfermagem (por turno) - 4 profissionais de nível médio (por turno) - 1 profissional de nível médio para atividades administrativas (por turno)
Caps i	- 1 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental - 1 enfermeiro - 4 profissionais de nível superior - 5 profissionais de nível médio

Notas:

1) Profissionais de nível superior sugeridos: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico para todos os tipos; enfermeiro para Caps AD; enfermeiro e fonoaudiólogo para Caps i; e enfermeiro e educador físico para o Caps ADIII; 2) Profissionais de nível médio sugeridos: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão para todos os tipos; e agente social e educador social para o Caps AD III).

A equipe de auditoria comparou os parâmetros da Portaria de Consolidação nº 3/2017, com as fichas do Cnes de 6/3/2024 dos 43 Caps existentes e encaminhou o Ofício 2297/2024 solicitando esclarecimentos aos respectivos municípios. Em seguida, com as respostas recebidas ao referido ofício e as fichas atualizadas do Cnes consultadas nos dias 5, 8 e 9/7/2024, foram identificadas as divergências mencionadas a seguir (constam também informações trazidas pelos gestores por ocasião dos comentários ao relatório preliminar):²⁵

Quadro 4 – Divergências entre as equipes mínimas exigidas nas Portarias 336/2002 e 130/2012 e as equipes encontradas nas fichas dos Cnes e nas respostas ao Ofício 2297/2024

Município	Caps	Divergências	Observações
Alegre	Caps I	Falta 1 profissional de nível superior	Em relação à equipe de nível superior, foi informado que tem 1

²⁵ Em resposta ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), Castelo informou que tem 4 profissionais de nível médio, sendo um deles o gerente administrativo que realiza os trabalhos referentes às rotinas administrativas do CAPS.

Município	Caps	Divergências	Observações
			psicólogo e 1 assistente social (Ofício 463/2024)
Aracruz	Caps II	Não foi demonstrada a formação em saúde mental do enfermeiro	-
Cachoeiro de Itapemirim	Caps AD	Falta 1 psiquiatra	Foi informado que a partir do mês de maio/2024 a médica psiquiatra passou a compor a equipe do Caps-AD, mas não consta da ficha do Cnes.
Cachoeiro de Itapemirim	Caps II (Sesa)	Faltam 3 profissionais de nível médio (para demandas e rotinas administrativas; manutenção e registro de informação e produtividade do serviço ofertado; acolhimentos, atividades coletivas e oficinas terapêuticas; e direção de veículo no serviço)	Foi informado que apesar da equipe de nível superior existente estar quantitativamente de acordo com a portaria, faltam 3 psicólogos, 2 assistentes sociais e 1 educador físico, tendo em vista a quantidade de usuários atendidos.
Cariacica	Caps i	Falta 1 profissional de nível médio	O Caps conta com 4 assistentes administrativos e nenhum técnico/auxiliar de enfermagem ou artesão. Por ocasião dos comentários ao relatório preliminar, informou que serão direcionados dois profissionais técnicos de enfermagem para a composição da equipe do CAPS i assim que o município realizar novas convocações através de processo seletivo
Cariacica	Caps II Cidade (Sesa)	Faltam 1 enfermeiro Falta 1 profissional de nível médio	Foi informado que o Caps passou a contar com enfermeira, mas não consta do Cnes e não foi demonstrada a formação em saúde mental; Foi informado que o pedagogo traria mais qualidade técnica às atividades uma vez que é prevista oficina de alfabetização nos Caps; Foi informado que a contratação de artesão é de suma importância para a realização das oficinas terapêuticas.
Cariacica	Caps II Moxuara (Sesa)	Faltam 3 profissionais de nível médio	No Cnes constam 3 técnicos de enfermagem enquanto no ofício foi informado 2 assistentes administrativos e 1 auxiliar de serviços médicos. O Caps não tem artesãos.
Colatina	Caps AD	Faltam 2 profissionais de nível médio	Foi informado que existem 3 técnicos de enfermagem e 1 assistente administrativo. Não existem artesãos no quadro do Caps AD.

Município	Caps	Divergências	Observações
Fundão	Caps I	Falta 1 profissional de nível médio	O Caps não possui artesão. Foi informado em resposta ao ofício de submissão do relatório preliminar, que foi solicitada parceria com as Secretarias de Educação e Assistência Social.
Guaçuí	Caps I	Faltam 2 profissionais de nível médio	O Caps não conta com técnicos administrativos.
Guarapari	Caps AD	Faltam 2 profissionais de nível superior Falta 1 profissional de nível médio Não foi demonstrada a formação em saúde mental do enfermeiro A Gerente de Serviços de Saúde, Luiza da Silva Ribeiro, consta no Cnes de ambos os Caps	O Caps não conta com artesão; A adequação do quadro de servidores deve ser feita assim que possível considerando as medidas de redução e controle de despesa com pessoal impostas pelo Decreto Municipal Nº 117/2024, em atendimento à recomendação do TCEES.
Guarapari	Caps II	Faltam 4 profissionais de nível médio Não foi demonstrada a formação em saúde mental do enfermeiro; A Gerente de Serviços de Saúde, Luiza da Silva Ribeiro, consta no Cnes de ambos os Caps	O Caps não conta com artesão; A adequação do quadro de servidores deve ser feita assim que possível considerando as medidas de redução e controle de despesa com pessoal impostas pelo Decreto Municipal Nº 117/2024, em atendimento à recomendação do TCEES.
Jaguaré	Caps I	Falta 1 profissional de nível médio	O Caps não conta com artesão; Foi informado que seria realizada a contratação de mais 1 enfermeiro e 1 instrutor de dança.
João Neiva	Caps I	Faltam 2 profissionais de nível médio	O Caps conta com 1 artesão e 1 técnico de enfermagem, segundo ficha CNES de 15/8/2024 encaminhada por ocasião dos comentários ao relatório preliminar.
Linhares	Caps AD	Falta 1 médico psiquiatra Faltam 3 profissionais de nível superior Falta 1 profissional de nível médio	Foi informado que todos os cargos vagos no Caps estão dependendo da conclusão do Processo Seletivo 1/2024.
Linhares	Caps II	Falta 1 médico psiquiatra Faltam 3 profissionais de nível médio	Foi informado que todos os cargos vagos no Caps estão dependendo da conclusão do Processo Seletivo 1/2024 ou da convocação do Concurso Público 1/2019 O Caps II não conta com técnicos administrativos e artesãos.
Mimoso do Sul	Caps I	Falta 1 enfermeiro Faltam 2 profissionais de nível superior	Foi informado que o enfermeiro é o coordenador do Caps, mas não consta do Cnes;

Município	Caps	Divergências	Observações
		Faltam 2 profissionais de nível médio	Caps em processo de reestruturação devido aos alagamentos aguardando autorização de funcionamento pela referência técnica da Sesa; Oficineiros e psicólogos estão em processo de contratação pelo processo seletivo.
Nova Venécia	Caps I	Faltam 2 profissionais de nível médio	O Caps não conta com técnico administrativo e artesão.
Santa Maria de Jetibá	Caps I	Faltam 3 profissionais de nível médio	Foi informado que o Caps conta atualmente com apenas 1 profissional de nível médio, sendo 1 auxiliar de enfermagem (no Cnes são 5 profissionais), portanto não conta com técnico de enfermagem, técnico administrativo e artesão. Por ocasião dos comentários ao relatório preliminar, informou que o município tem concurso público em vigência e que tem previsão de convocação para o CAPS de mais 02 psicólogos, 01 terapeuta ocupacional e 01 auxiliar de enfermagem e que foi empossada 01 médica psiquiatra que no momento está em licença maternidade. Por fim, reconheceu a importância dos demais profissionais para atuação em saúde mental na equipe mínima do CAPS, e informou que realizará planejamento junto à Secretaria de Administração para criação dos cargos, que atualmente não constam no quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde.
Santa Teresa	Caps I	Falta 1 profissional de nível médio	O Caps não conta com artesão.
São Gabriel da Palha	Caps I	Não foi demonstrada a formação em saúde mental do médico clínico	Por ocasião dos comentários ao relatório preliminar, foi informado e demonstrado que o médico do CAPS está matriculado desde 9/8/2024 em um curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Gerontologia com previsão de término em 9/2/2026.
São José do Calçado	Caps I	Faltam 2 profissionais de nível médio	Foi informado que os profissionais estariam arrolados no Caps e que seria feita a atualização do Cnes, entretanto, com base em consulta realizada em 9/7/2024, constam apenas 2 profissionais de nível médio; O Caps não conta com artesão.

Município	Caps	Divergências	Observações
Serra	Caps AD	Falta 1 psiquiatra	O Caps conta com 2 médicos clínicos, sendo que 1 deles possui especialização em psiquiatria, mas ainda sem o RQE (Registro de Qualificação de Especialidade).
Serra	Caps II	Não foi demonstrada a formação em saúde mental do enfermeiro Falta 1 profissional de nível médio	O Caps II não conta com artesão/arteterapeuta, em decorrência do falecimento da artista plástica que estava lotada no referido serviço. O processo para substituição estaria em andamento, conforme informações recebidas.
Vargem Alta	Caps I	Não foi demonstrada a formação em saúde mental do médico clínico; Falta 1 profissional de nível superior Falta 1 profissional de nível médio	Por ocasião dos comentários ao relatório preliminar, confirmou que o médico não tem especialização em saúde mental mas que a sua atuação no CAPS é importante na realização de consultas e emissão de receitas. Já em relação à falta de profissionais de nível superior e de nível médio, o município necessitará realizar um novo processo seletivo, porém, devido ao período eleitoral, aguardará o momento oportuno para a sua realização.
Vitória	Caps i	Não foi demonstrada a especialização em saúde mental da médica pediatra.	A pediatra do Caps infantil foi inserida no serviço mediante concurso público em 2022 e ainda não possui especialização em saúde mental. Posteriormente foi informado que se encontra em andamento a inserção de mais uma pediatra efetiva no serviço, com especialização em neuropediatria. A previsão é que a nova pediatra inicie suas atividades no CAPSi no mês de setembro de 2024.

Ressaltam-se, ainda, as seguintes situações encontradas na análise das equipes dos 43 Centros de Atenção Psicossocial (Caps):

- **Em relação à formação dos gerentes/diretores:** 21 têm formação superior (Alegre, Anchieta, Cariacica/i, Fundão, Guarapari/AD, Guarapari/II, Itapemirim, Linhares/AD, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Gabriel da Palha, Serra/AD, Serra/i, Serra/II, Vila Velha/AD, Vila Velha/i, Vila Velha/II, Vitória/ADIII, Vitória/i, Vitória/II e Vitória/III), 6 não têm formação superior (Cachoeiro/AD, Castelo, Colatina/II, Nova Venécia, São José do Calçado e

Vargem Alta); 2 não informaram a formação do gerente/diretor (Aracruz e João Neiva), 14 não têm cargo/função de gerente (Baixo Guandu, Cachoeiro/II/estadual, Cariacica/Cidade/estadual, Cariacica/Moxuara/estadual, Colatina/AD, Ecoporanga, Guaçuí, Jaguaré, Linhares/II, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Pedro Canário, São Mateus/AD e São Mateus/I);

- **Em relação à existência de artesão e/ou arteterapeuta nas equipes:** 10 têm artesãos (Cachoeiro de Itapemirim/AD, Colatina/AD, Ecoporanga, Guaçuí, João Neiva, Linhares/AD, São Gabriel da Palha, São Mateus/AD, São Mateus/I e Vargem Alta), 10 tem arteterapeutas/musicoterapeutas (Serra/AD, Serra/i, Serra/II, Vila Velha/AD, Vila Velha/i, Vila Velha/II, Vitória/ADIII, Vitória/i, Vitória/II e Vitória/III) e 23 não tem nem artesão e nem arteterapeutas/musicoterapeutas (Alegre, Anchieta, Aracruz, Baixo Guandu, Cachoeiro de Itapemirim/II/estadual, Cariacica/i, Cariacica/Cidade/estadual, Cariacica/Moxuara/estadual, Castelo, Colatina/II, Fundão, Guarapari/AD, Guarapari/II, Itapemirim, Jaguaré, Linhares/II, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Nova Venécia, Pedro Canário, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa e São José do Calçado).

A inexistência do cargo de artesão na estrutura de cargos e salários do órgão, que foi a justificativa apresentada por muitos municípios e pela Sesa, não é suficiente para justificar a ausência desses profissionais nas equipes dos Caps, devendo ser buscadas soluções como as parcerias com as demais secretarias ou a contratação por meio dos consórcios públicos, entre outras, tanto para a contratação de artesãos (nível médio) como de arteterapeutas (nível superior).

Sobre esse tema, importante mencionar a psiquiatra Nise da Silveira, que foi pioneira no tratamento com artes. Segundo matéria da BBC²⁶, a médica acreditava que a arte servia para que os doentes conseguissem ressignificar suas conexões com a realidade e defendia que isso era possível por meio de suas expressões criativas e simbólicas.

- **Em relação à existência de terapeutas ocupacionais:** apenas 17 Caps em 10 municípios têm terapeutas ocupacionais (Anchieta, Aracruz,

²⁶ Nise da Silveira: quem foi a psiquiatra brasileira que foi pioneira no tratamento com artes. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-61603637> Acesso em 29 julho de 2024.

Cariacica/Cidade/estadual, Cariacica/Moxuara/estadual, Colatina/AD, Colatina/II, Guarapari/II, Linhares/II, Santa Maria de Jetibá, Serra/i, Vila Velha/AD, Vila Velha/i, Vila Velha/II, Vitória/ADIII, Vitória/i, Vitória/II e Vitória/III).

Os municípios, de todas as regiões de saúde, alegaram dificuldades para contratação desse profissional, com diversos processos seletivos abertos e vagas não preenchidas.

Em visita realizada ao município de Aracruz, os gestores mencionaram que estaria em discussão no âmbito do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) a possibilidade de fisioterapeutas atuarem como terapeutas ocupacionais após um curso de especialização em terapia ocupacional.

- **Em relação à existência de fonoaudiólogos (Caps i):** dos 4 Caps i existentes, 2 têm fonoaudiólogo (Serra e Vila Velha) e 2 não têm fonoaudiólogo (Cariacica e Vitória)²⁷.

Crítérios

Portaria 336/2022 (Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento dos Caps) e Portaria 130/2012 (Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (Caps AD III) e os respectivos incentivos financeiros).²⁸

Causas

Dificuldades para contratação e fixação de profissionais, tanto pela falta desses profissionais no mercado de trabalho quanto pelos baixos salários pagos pelos municípios.

²⁷ Em manifestação referente à submissão do relatório preliminar, Vitória informou que em 2024 uma profissional de fonoaudiologia de contratação temporária foi inserida no serviço, todavia não permaneceu na equipe, solicitando exoneração. Em 07/08/24 foram chamados 11 fonoaudiólogos por processo seletivo, publicado no Diário Oficial, dos quais um profissional será direcionado para o CAPSi.

²⁸ Ressalta-se, a título de boa prática, que a Portaria 635/2023 estabeleceu limites de carga horária por especialidade visando contemplar o máximo possível de saberes na composição das eMulti, diferente das portarias que tratam da composição das equipes mínimas dos Caps (336/2002 e 130/2012), que estabelecem quantitativos mínimos e apenas exemplificam as diferentes formações. Os municípios, apesar das dificuldades enfrentadas para a composição das equipes dos Caps, devem buscar tanto o atendimento dos quantitativos mínimos previstos nas Portarias 336/2002 e 130/2012, como a composição dessas equipes com as diferentes especialidades, visando a qualificação dos atendimentos realizados.

Efeitos

Comprometimento da qualidade da atenção prestada às pessoas portadoras de transtornos mentais e que utilizam crack, álcool e outras drogas, devido a falta e/ou a rotatividade dos profissionais necessários para o atendimento multidisciplinar dessas pessoas.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde de Alegre, Aracruz, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Fundão, Guaçuí, Guarapari, Jaguaré, João Neiva, Linhares, Mimoso do Sul, Nova Venécia, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Gabriel da Palha, São José do Calçado, Serra, Vargem Alta e Vitória, realizar as adequações necessárias na composição das equipes dos Caps.

3.2.3 Desatualização das escalas de trabalho de médicos em saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e outros pontos de atenção (ACHADO 8)

Situação encontrada

Conforme estabelecido na matriz de planejamento, foram verificadas as escalas dos profissionais médicos que estariam atuando, diretamente, nos Caps, bem como suas escalas em outros pontos de atenção, de forma a garantir, um lado, a compatibilidade de horários e, outro lado, a devida atualização desses cadastros junto ao Cnes.

Foram, então, solicitadas, via Ofício TC-02298/2024-7, de 27 de maio de 2024, as escalas de trabalho de médicos nos estabelecimentos de saúde geridos pela Sesa e por 33 (trinta e três) municípios²⁹.

²⁹ Afonso Cláudio, Apiacá, Alfredo Chaves, Atilio Vivácqua, Alegre, Anchieta, Aracruz, Baixo Guandu, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Castelo, Colatina, Ecoporanga, Fundão, Guaçuí, Guarapari, Itapemirim, Jaguaré, João Neiva, Linhares, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Nova Venécia, Pedro Canário, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Gabriel da Palha, São José do Calçado, São Mateus, Serra, Vargem Alta, Vila Velha e Vitória.

Em relação aos horários, tendo como base as informações encaminhadas, não foram identificadas incompatibilidades entre as escalas de trabalho. Já em relação à atualização do Cnes foram identificadas as falhas relatadas a seguir.

A Sesa (8) e os municípios de Alegre (1), Aracruz (2), Atilio Vivácqua (1), Castelo (1), Guaçuí (2), Jaguaré (1), Pedro Canário (1), São Gabriel da Palha (5), São José do Calçado (2), São Mateus (4), Serra (5) e Vitória (2) apresentaram diferenças entre os conteúdos no Cnes e os das escalas de trabalho dos médicos enviadas. Em **APÊNDICE**, estão demonstrados, entre os registros recebidos, a necessidade de atualizações no Cnes de 35 (trinta e cinco) ocorrências.³⁰

Critérios

Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Origem PRT MS/GM 1646/2025, Capítulo I)³¹

Causas

Fragilidades administrativas na gestão das informações no Cnes, por conta de falta de capacitação de equipe responsável pela rotina de fiscalização/manutenção dos diversos tipos de registros (estabelecimentos, equipamentos, pessoal, equipes etc.).

Efeitos

Utilização de informações que não retratam a realidade e que podem comprometer o planejamento das ações e serviços de saúde, com possibilidades de perdas de

³⁰ Em resposta ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), foi demonstrado por meio de fichas CNES que foram sanadas as seguintes ocorrências: Colatina (2 ocorrências referentes às médicas Bruna Meireles Brandão Nunes e Andora da Silva Braga); Fundão (1 ocorrência referente à médica Fabiana Marchetti da Silva); Castelo (2 ocorrências referentes ao médico André Suhet Assumpção); Mimoso do Sul (3 ocorrências relativas aos médicos Bruno Rios Calil, Daniel Salgado e Renan Leite Gaigher); Nova Venécia (1 ocorrência relativa à médica Marjorie Duran Rocha) e Vitória (2 ocorrências relativas ao médico João Felipe Passoni Tonini e à médica Sueli Moreira Borges de Carvalho Rangel).

³¹ Capítulo IV – Do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes)

Art. 364. O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no Cnes são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 7º)

Art. 370. O processo de cadastramento e manutenção ou atualização cadastral proposto para os estabelecimentos de saúde é feito totalmente em meio eletrônico, em periodicidade minimamente mensal ou imediatamente após sofrerem modificações de suas informações, através de aplicativos computacionais ou serviços de internet "webservices" disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 13) – grifos nossos

recursos e, no caso específico, comprometimento na qualidade do atendimento aos portadores de transtornos mentais e comportamentais e que utilizam álcool ou drogas.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde de Alegre, Aracruz, Atílio Vivácqua, Castelo, Guaçuí, Jaguaré, Pedro Canário, São Gabriel da Palha, São José do Calçado, São Mateus, Serra e Vitória, manter atualizados os registros das lotações e cargas horárias dos médicos no Cnes, em consonância com as efetivas escalas semanais de horários exercidas nos respectivos estabelecimentos.

3.3 CARACTERÍSTICAS, ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES PRESTADAS AOS PACIENTES PELOS CAPS

Questão 3 - Em que medida os Caps existentes estão cumprindo suas finalidades, quanto às características e atribuições, bem como quanto às atividades prestadas aos pacientes, para garantir os processos de recuperação e reintegração familiar e social das pessoas portadoras de transtornos mentais e as que utilizam crack, álcool e outras drogas?

Devido à extensão dos trabalhos de auditoria, que contemplou o encaminhamento do questionário eletrônico para os 78 municípios e de ofícios de requisição de informações para diversos municípios e as visitas técnicas aos 9 municípios selecionados durante 3 semanas, optou-se por enfatizar os aspectos relacionados à estrutura física e à composição das equipes dos Caps, que foram objeto do capítulo anterior. Portanto, em relação à questão de auditoria 3, o achado restringiu-se ao fornecimento de refeições, conforme relatado a seguir:

3.3.1 Ausência de fornecimento de refeições para os usuários dos Caps (ACHADO 9)

Situação encontrada

Em visita aos Caps I e AD de São Mateus, constatou-se que não estão sendo fornecidas as refeições para os usuários, situação que perdura desde agosto/2023. Foi informado, também, que está em trâmite um processo licitatório, iniciado no dia 10/05/2024, de número 11.100/2024, cujo objeto é a aquisição de marmitex e outros gêneros alimentícios para atender aos Caps.

Em resposta ao questionário eletrônico, além do município de São Mateus, também informaram que não fornecem refeições, contrariando a Portaria de Consolidação nº 3/2017, no tocante às atividades que devem ser realizadas pelos Caps para assistência aos seus usuários, os municípios de Baixo Guandu, Guarapari, Santa Teresa, Anchieta, Vargem Alta, Ecoporanga, Nova Venécia, Itapemirim, Mimoso do Sul e Jaguaré.

Em resposta ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), Vargem Alta informou que o município passou por uma enchente no mês de março/2024 e o CAPS

foi a unidade que mais sofreu perdas e está em processo de reestruturação. Informou ainda que o lanche da manhã está sendo oferecido, que ainda não estão ofertando o almoço mas que estão em vista de voltar à normalidade.

Jaguaré informou que está com dificuldade de contratação de profissional qualificado para realização de oficinas com os usuários mas assim que forem iniciadas as oficinas serão disponibilizadas também as refeições.

Já Nova Venécia informou que houve um equívoco na resposta ao questionário, que o CAPS “realmente oferece alimentação aos seus usuários”, que o fornecimento de refeições é parte integrante do atendimento diário, considerando a importância de proporcionar um ambiente acolhedor e que atenda às necessidades básicas dos pacientes durante a permanência nas atividades terapêuticas. Foram encaminhadas fotos do estoque de alimentos encontrados no CAPS em 16/8/2024

Crítérios

Portaria 336/2002 (art. 4º)

Causas

Fragilidades da gestão municipal de saúde quanto às providências necessárias para garantir o pleno funcionamento dos equipamentos de saúde mental.

Efeitos

Limitações na assistência prestada aos portadores de transtornos mentais e pessoas que utilizam crack, álcool e outras drogas, usuáries dos Caps.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugerem-se as seguintes propostas de encaminhamento:

- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de São Mateus, Baixo Guandu, Guarapari, Santa Teresa, Anchieta, Vargem Alta, Ecoporanga, Itapemirim, Mimoso do Sul e Jaguaré, providenciar o fornecimento de refeições para os usuários dos Caps.

3.4 ACESSO A CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS E PSICOLÓGICAS

Questão 4 - A Sesa e os municípios garantem a realização das consultas psiquiátricas no prazo de 100 dias definido no Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)?

Os achados de auditoria referentes à Questão 4 referem-se às consultas disponibilizadas para os usuários que não são atendidos nos Caps. Ressalta-se, que além das consultas em psiquiatria, foram analisados os prazos de espera para as consultas em psicologia.

3.4.1 Tempo de espera para consultas de psiquiatria superior a 100 dias, contrariando o Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (ACHADO 10)

Situação encontrada

Em trabalhos anteriores, devido à falta de parâmetros aplicáveis ao SUS, as equipes de auditoria do TCEES utilizaram os prazos da Resolução Normativa 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para medir a eficiência da Sesa na disponibilização do acesso a consultas e exames especializados. Nesses casos, o prazo utilizado foi de 20 dias corridos para consultas (14 dias úteis, conforme ANS).

Posteriormente, a partir da Resolução CIB/ES 72/2022, em que foram definidos os prazos para realização dos atendimentos após autorizados de até 15 dias (risco muito alto), até 30 dias (risco alto), até 45 dias (risco médio) e até 60 dias (risco baixo), passou-se a utilizar o parâmetro de 60 dias para o acesso a consultas e exames.

Nesse trabalho, optou-se pela utilização do Enunciado nº 93 do Conselho Nacional de Justiça que considera excessiva a espera do paciente por tempo superior a 100 (cem) dias para consultas e exames.

Importante ressaltar que se trata de um prazo máximo e que a Secretaria de Estado e as secretarias municipais de saúde devem buscar o atendimento dos usuários em prazos inferiores a 100 dias.

Sesa

Os dados do MV da Sesa demonstrados a seguir referem-se às demandas dos municípios direcionadas para os prestadores sob gestão estadual.

Tabela 14 – Quantidade e percentual de solicitações de psiquiatria adulto demandadas pelos municípios para a Sesa com mais e com menos de 100 dias de espera

Psiquiatria adulto	Mais de 100 dias	%	Até 100 dias	%	Total	%
Itaguaçu	2	50%	2	50%	4	100%
Aracruz	1	100%	0	0%	1	100%
Viana	50	91%	5	9%	55	100%
Iúna	12	33%	25	67%	37	100%
Cachoeiro de Itapemirim	564	76%	177	24%	741	100%
Rio Novo do Sul	0	0%	25	100%	25	100%
Vila Valério	0	0%	4	100%	4	100%
Pinheiros	0	0%	0	0%	0	0%
São Mateus	0	0%	0	0%	0	0%
Todos os municípios (incluindo os 9 acima)	7.791	77%	2.285	23%	10.076	100

Fonte: MV (Título: Consultas e Exames Especializados (Acórdão TC Nº804/21); Informe o item (especialidade): %PSIQUIATRIA%; Informe a situação:: %; Informe a Data Inicial: 01/09/2022; Informe a Data Final: 30/06/2024). Parâmetros utilizados: Consulta em psiquiatria adulto Caparaó, Central, Sul, Metropolitana (excluídas as bases municipais); Situação: aguardando regulação e autorizado; Data do relatório: 15/7/2024.

Dos dados demonstrados na Tabela 14, relativos à psiquiatria adulto, verifica-se que do total das demandas dos municípios para a Sesa, **77% já estão com mais de 100 dias de espera**. No caso de Pinheiros e São Mateus não constam demandas para a Sesa.

Analisando os dados totais (que não estão demonstrados na Tabela 14), verificou-se que o município que mais demanda as consultas psiquiátricas adulto disponibilizadas pela Sesa é Serra, com 3.661 solicitações em fila de espera, o que representa 36% da fila de espera, seguido de Vila Velha (1.849) e Cariacica (1.262).

Tabela 15 - Quantidade e percentual de solicitações de psiquiatria pediátrica demandadas pelos municípios para a Sesa com mais e com menos de 100 dias de espera

Psiquiatria pediátrica	Mais de 100 dias	%	Até 100 dias	%	Total	%
Itaguaçu	19	95%	1	5%	20	100
Aracruz	4	100%	0	0%	4	100
Viana	97	78%	28	22%	125	100
Iúna	38	81%	9	19%	47	100
Cachoeiro de Itapemirim	222	87%	33	13%	255	100
Rio Novo do Sul	0	0%	3	100%	3	100
Vila Valério	6	60%	4	40%	10	100
Pinheiros	1	100%	0	0%	1	100
São Mateus	17	89%	2	11%	19	100
Todos os municípios (incluindo os 9 acima)	3.595	80%	873	20%	4.468	100

Fonte: MV (Título: Consultas e Exames Especializados (Acórdão TC Nº804/21); Informe o item (especialidade):: %PSIQUIATRIA%; Informe a situação:: %; Informe a Data Inicial: 01/09/2022; Informe a Data Final: 30/06/2024). Parâmetros utilizados: Consulta em psiquiatria pediátrica Central, Sul, Metropolitana (excluídas as bases municipais); Situação: aguardando regulação e autorizado; Data do relatório: 15/7/2024.

A Tabela 15 apresenta dados sobre prazos de espera relativos à psiquiatria pediátrica. Verifica-se que, do total das demandas dos municípios para a Sesa, **80% já estão com mais de 100 dias espera**.

Analisando os dados totais (que não estão demonstrados na Tabela 15), verificou-se que o município que mais demanda as consultas psiquiátricas pediátricas disponibilizadas pela Sesa é Serra, com 1.153 solicitações em fila de espera, o que representa 26% da fila de espera, seguido de Vila Velha (555), Cariacica (443) e Vitória (423).

A Sesa, em resposta ao relatório preliminar, por meio do OF/SESA/GS/Nº1063/2024, informou que desenvolve ações para melhorar o acesso ao especialista citado, tais como a implantação de um painel de monitoramento do tempo, entre a solicitação e o acesso ao especialista, bem como vem buscando a contratação de mais médicos psiquiatras em sua rede.

Itaguaçu

O município de Itaguaçu tem psiquiatra na rede municipal, contratado por meio de consórcio, com atendimento centralizado na Unidade da Sede, uma vez por mês, para atendimento de 60 pacientes no horário de 9 às 15 horas com intervalo de 5 minutos (atende usuários a partir de 12 anos). O encaminhamento tem que ser feito pelo médico da atenção básica.

De acordo com as informações da Gerência de Regulação e com base em planilha encaminhada, constavam na data da visita (12/6/2024), **241 pacientes na fila de espera de psiquiatria**, sendo 56 do PSF Itaimbé, 54 do PSF Itaçu, 33 do PSF Sobreiro, 56 do PSF Niterói e 42 do PSF Nova Itaguaçu. Convém mencionar que não constam da planilha as datas de solicitação das consultas.

O município utiliza o sistema informatizado RG System mas ainda não utiliza o módulo de regulação do referido sistema, ficando prejudicada a verificação do tempo de espera das solicitações que são feitas em papel nas UBS e encaminhadas para o

setor de regulação. Em resposta ao questionário eletrônico foi estimado um tempo médio de espera para psiquiatria entre 61 e 100 dias, mas **na prática esse prazo pode ser superior a 100 dias tendo em vista a fila de espera mencionada, a dificuldade de atendimento de novos usuários e o atendimento limitado a apenas um profissional uma vez por mês.**

Entre as medidas informadas que devem ser adotadas para redução dessa fila de espera estão a troca de receita pelo médico de família ou médico clínico e a ampliação da periodicidade de retorno para o médico psiquiatra, já que atualmente as consultas são consumidas em grande parte para atendimento dos retornos, impedindo o atendimento de novos usuários. Segundo planilha encaminhada pelo município, atualmente são 93 pacientes em atendimento, o que confirma a dificuldade de giro da fila de espera se não forem tomadas as medidas mencionadas e/ou ampliado o número de atendimentos no município.

Em resposta ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), foi informado que foi tentada negociação com o profissional para atender mais 1 dia no mês mas o profissional não demonstrou interesse e a secretaria segue tentando outro profissional, que é uma grande dificuldade no município.

Já em relação à informatização, informou que em 12/8/2024 foi habilitado o módulo para inserção dos encaminhamentos no sistema de prontuário eletrônico RG System e que os profissionais estão sendo treinados e já iniciando a inserção dos encaminhamentos psiquiátricos.

Aracruz

O município de Aracruz informou que o acesso a psiquiatras é via rede municipal depois do encaminhamento pelo clínico (ou médico da família). Os psiquiatras são contratados via consórcio e atendem no CEMA (Centro de Especialidades Médicas de Aracruz) e na UBS Coqueiral de Aracruz (além do Caps).

Com base nos relatórios do sistema informatizado Consulfarma de 16/7/2024 que é utilizado para regulação das consultas sob gestão municipal, **a fila de espera para psiquiatria é de 13 usuários, sendo a solicitação mais antiga de 18/9/2023**; Caps II (3 usuários com solicitações entre 18 e 20/9/2023); UBS Barra do Riacho (1 usuário

com solicitação de 7/6/2024); UBS Guaraná (1 usuário com solicitação de 19/6/2024); UBS Jacupemba (4 usuários com solicitações entre 6/5 e 9/7/2024); UBS Jequitibá (2 usuários com solicitações de 12/6 e 11/7/2024); UBS Vila Rica (1 usuário com solicitação de 5/6/2024) e UBS CAIC (1 usuário com solicitação de 24/5/2024).

Viana

O município de Viana informou que o acesso a psiquiatras é via rede municipal depois do encaminhamento pelo clínico (ou médico da família). Os psiquiatras são contratados via consórcio e atendem na Policlínica, sendo 2 semanalmente (clínico com especialização em saúde mental) e 1 quinzenalmente (psiquiatra com Registro de Qualificação de Especialidade – RQE).

A regulação das consultas é realizada por meio do sistema RG System. Sendo assim, foram solicitados os relatórios de fila de espera para psiquiatria. Com base no relatório emitido em 18/6/2024, verificou-se a existência de fila de espera com 468 usuários, sendo as solicitações mais antigas de 23/5/2023, ou seja, mais de 1 ano de espera (ao todo, 77 solicitações são de 2023). Analisando os números com base no parâmetro de 100 dias do CNJ, constatou-se que **176 solicitações (38%) tem mais de 100 dias de espera.**

Lúna

O atendimento de psiquiatria em Lúna é realizado na Unidade “Emaesm” por 3 médicos clínicos com especialização em saúde mental. Nos casos de menores de 16 anos e obtenção de laudo para o INSS os usuários são encaminhados para os prestadores sob gestão da Sesa via regulação por meio do sistema informatizado MV.

Com base em consulta aos documentos de fila de espera da Emaesm verificou-se que **o prazo de espera é inferior a 30 dias.** Ressalta-se que a regulação das consultas sob gestão municipal não é realizada por meio do sistema informatizado.

No documento denominado “Lista de Espera para Psiquiatra”, constam 2 encaminhamentos realizados no dia 18/6/2024 (data da visita) já com agendamento para o dia 4/7/2024 (16 dias). Em outro documento consultado (Guia de Referência e Contrarreferência) da ESF Pito, o encaminhamento foi feito em 28/5/2024 e a consulta foi agendada para 19/6/2024 (22 dias). E por fim, em consulta a um ofício

encaminhado pela Promotoria de Justiça de Iúna, de 3/6/2024, consta que a consulta foi agendada para 25/6/2024 (22 dias).

Cachoeiro de Itapemirim

O município de Cachoeiro de Itapemirim tem 1 médico clínico com especialização em saúde mental que atende na Policlínica Municipal, encaminhados pelos médicos das Unidades Básicas de Saúde via MV base municipal.

A Gerência de Regulação encaminhou a situação da psiquiatria na Policlínica em formato texto, por UBS, com o parâmetro “consulta em psiquiatria adulto Cachoeiro de Itapemirim” e o número de consultas aguardando regulação, em regulação, em opinião formativa, autorizadas e marcadas.

A equipe de auditoria, considerando que o município utiliza o MV base municipal, optou por utilizar os dados do sistema, sendo identificados, em 15/7/2024, **257 pacientes em fila de espera para “consulta em psiquiatria adulto Cachoeiro de Itapemirim”: 49 (19%) há mais de 100 dias (incluindo espera de até 503 dias)**³².

Rio Novo do Sul

O município não disponibiliza consultas psiquiátricas na rede municipal (disponibilizava no ambulatório municipal por meio de médico contratado pelo consórcio que se desligou em dezembro/2023). Há 2 meses está funcionando a telemedicina por meio de encaminhamentos realizados para a Sesa via sistema MV para psiquiatria adulto e infantil, neurologia adulto e infantil, endocrinologia e nefrologia (o consultório para atendimento por telemedicina funciona no ambulatório).

Os prazos de espera para consultas de psiquiatria dos usuários de Rio Novo do Sul estão demonstrados no tópico que trata das consultas disponibilizadas pela Sesa e indicam 25 consultas para adultos e 3 consultas pediátricas, **todas com menos de 100 dias de espera**.

³² Fonte: MV Título: Consultas e Exames Especializados (Acórdão TC Nº804/21); Informe o item (especialidade): %PSIQUIATRIA%; Informe a situação: %; Informe a Data Inicial: 01/09/2022; Informe a Data Final: 30/06/2024; Data do relatório: 15/7/2024.

Vila Valério

O município de Vila Valério, atualmente, não conta com psiquiatra na rede municipal. O médico clínico com especialização em saúde mental que atendia no ambulatório, Walter José Roberto Borges, sofreu um infarto enquanto trabalhava como voluntário no socorro às vítimas das enchentes do Rio Grande do Sul. As solicitações passaram a ser encaminhadas integralmente para a Sesa via sistema MV, sendo os atendimentos realizados na Rede Cuidar Linhares, APAE Colatina e CRE Colatina.

Os prazos de espera para consultas de psiquiatria dos usuários de Vila Valério estão demonstrados no tópico que trata das consultas disponibilizadas pela Sesa e **indicam 100% com menos de 100 dias de espera na psiquiatria adulta e 60% com mais de 100 dias de espera na psiquiatria pediátrica.**

Pinheiros

O município de Pinheiros conta atualmente com 2 psiquiatras que atendem na UBS Galiléia, que funciona como Centro Municipal de Especialidades/Policlínica. Os encaminhamentos são realizados por meio do sistema MV base municipal.

Em consulta ao MV, em 15/7/2024, foram identificados **177 usuários em fila de espera para “consulta em psiquiatria Pinheiros”, sendo 13 (7%) com mais de 100 dias de espera.**

Em resposta ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), o município informou que está ciente e trabalhando para reduzir esse tempo para no máximo 100 dias, na expectativa de que os profissionais se mantenham no município, visto que a espera é decorrente da dificuldade de contratação de especialista.

São Mateus

O município de São Mateus conta com 3 psiquiatras que atendem na US3/ERSM. Em 27/6/2024, em visita ao município, e tendo em vista que a regulação das consultas sob gestão municipal não é realizada por meio de sistema informatizado, foram consultados os “cadernos” com as agendas dos médicos psiquiatras e identificadas as seguintes situações:

- Dr Clarindo (vaga disponível para 27/8/2024 – **60 dias de espera**);
- Dra Ronielle (vaga disponível para 14/10/2024 – **107 dias de espera**);
- Dr Bernardo (**394 pacientes na lista de espera** com datas de solicitação a partir de abril/2024). O Dr Bernardo é o único que atende crianças e a **fila de espera aponta para atendimentos a serem realizados com mais de 100 dias de espera.**

Critérios

Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

Causas

Demandas crescentes por atendimentos psiquiátricos e dificuldades de contratação e fixação de médicos psiquiatras nos municípios.

Efeitos

Precariedade no acompanhamento dos usuários que dependem de consultas psiquiátricas devido a prazos de espera superiores a 100 dias.

Proposta de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde de Itaguaçu, Aracruz, Viana, Cachoeiro de Itapemirim, Pinheiros e São Mateus, reduzir o tempo de espera para consultas psiquiátricas para no máximo 100 dias, conforme disposto no Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça;
- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Itaguaçu, Iúna e São Mateus, utilizar sistema informatizado para regulação das consultas de psiquiatria sob gestão municipal.

3.4.2 Tempo de espera para consultas de psicologia superior a 100 dias, contrariando o Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (ACHADO 11)

Situação encontrada

No caso das consultas de psicologia, conforme respostas ao questionário eletrônico, não existem demandas direcionadas para a Sesa. Sendo assim, a análise dos prazos de espera ficou restrita à situação encontrada nos 9 municípios visitados, conforme relatado a seguir.

Itaguaçu

O atendimento com o psicólogo é realizado no Núcleo de Referência em Saúde Mental, após encaminhamento pelo profissional da atenção básica. Atualmente, o município de Itaguaçu conta apenas com 1 psicólogo na rede, que atende, em média, 42 pacientes, durante 6 meses de 15 em 15 dias.

Do questionário eletrônico, verificou-se que a espera em psicologia é de mais de 100 dias, que foi confirmado com base nos controles em *word* existentes no Núcleo, que mostrou uma **fila de espera de 630 pacientes, sendo 123 usuários com solicitações de 2021; 136 de 2022; 224 de 2023 e 147 de 2024.**

Em resposta ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), foi informado que a fila de espera de 630 pessoas teve uma baixa significativa tendo em vista que a equipe do núcleo de saúde mental fez um levantamento dos encaminhamentos e realizou um mutirão de acolhimentos e triagem em que foi verificado que muitas pessoas mudaram de território, outras já estavam com as demandas sanadas e algumas não demonstraram interesse no atendimento psicológico. Atualmente o município conta com 2 psicólogos, o que contribuiu para a redução da fila que era de 630 pessoas e agora está em 390 pessoas, com encaminhamentos de 2023 e 2024 (existiam encaminhamentos de 2021 e 2022).

Aracruz

O município de Aracruz informou que o acesso a psicólogos é via rede municipal, depois do encaminhamento pelo clínico (ou médico da família) ou por qualquer

profissional de nível superior. Atualmente são 20 psicólogos na rede municipal de Aracruz. Os atendimentos são realizados nas UBS.

Com base nos relatórios do sistema informatizado Consulfarma, de 16/7/2024, que é utilizado para regulação das consultas sob gestão municipal, **a fila de espera para psicologia é de 740 usuários, sendo a solicitação mais antiga de 3/1/2023, portanto com mais de 100 dias de espera**, conforme demonstrado na Tabela 16:

Tabela 16 – Fila de espera de psicologia (Aracruz)

Unidade	Qde de usuários	Solicitação mais antiga	Solicitação mais recente	Maior prazo de espera na unidade
CEMA	3	20/4/2024	20/4/2024	87 dias
Caps II	11	12/1/2024	16/7/2024	186 dias
UBS Barra do Riacho	25	21/8/2023	14/6/2024	330 dias
UBS Barra do Sahy	7	3/1/2023	15/6/2023	560 dias
UBS Bela Vista	89	29/5/2024	16/7/2024	48 dias
UBS Coqueiral	83	14/11/2023	16/7/2024	245 dias
UBS Guaraná	29	11/3/2024	15/7/2024	127 dias
UBS Guaxindiba	73	8/3/2024	12/7/2024	130 dias
UBS Jequitibá	146	5/7/2023	15/7/2024	377 dias
UBS Morobá	1	8/3/2024	8/3/2024	130 dias
UBS Novo Irajá	22	17/5/2024	15/7/2024	60 dias
UBS Santa Cruz	136	5/1/2023	3/7/2024	558 dias
UBS Vila Rica	77	7/3/2024	12/7/2024	131 dias
UBS CAIC	38	18/3/2024	15/7/2024	120 dias
Total	740	3/1/2023	16/7/2024	560 dias

Viana

O município de Viana informou que o acesso a psicólogos é via rede municipal depois do encaminhamento pelo clínico (ou médico da família). Os atendimentos são realizados na Policlínica.

A regulação das consultas é realizada por meio do sistema RG System. Sendo assim, foram solicitados os relatórios de fila de espera para psicologia. Com base no relatório emitido em 18/6/2024, verificou-se a existência de fila de espera com 1.126 usuários, sendo as solicitações mais antigas de 8/8/2023, ou seja, mais de 10 meses de espera (ao todo, 474 solicitações são de 2023). Analisando os números com base no parâmetro de 100 dias do CNJ, constatou-se que **589 solicitações (52%) tem mais de 100 dias de espera**.

lúna

Em lúna, das 16 UBS, 10 tem psicólogo e os usuários das demais são atendidos nas UBS mais próximas, no Centro Municipal de Especialidades ou na Unidade Emaesm.

Em visita realizada ao Centro Municipal de Especialidades em 18/6/2024, foi informado que **a espera gira em torno de 15 dias**. Verificou-se que a psicóloga Cristiane, que estava de férias e atende usuários de todas as UBS, tem agenda disponível para 22/7 (**pouco mais de 30 dias**). Já a psicóloga Rayane, que atende os usuários das UBS Centro, Vila Nova e Trindade, não estava em dia de atendimento e não foi possível consultar a agenda, que fica de posse da profissional.

Na Unidade Emaesm, a equipe teve acesso a uma **lista de espera com 19 usuários, sendo a demanda mais antiga de 16/4/2024 (2 meses de espera)**.

Constatou-se, conforme já mencionado para a psiquiatria, que a regulação das consultas em psicologia não é feita por meio de sistema informatizado.

Cachoeiro de Itapemirim

Em visita realizada ao município de Cachoeiro de Itapemirim, foi informado que a rede municipal conta atualmente com 11 psicólogos, sendo 3 na Casa Rosa (para atendimento de mulheres vítimas de violência e crianças); 5 no Centro de Saúde/Policlinica (para atendimento de pessoas acima de 15 anos) e 3 na Coordenação de Saúde Mental, que funciona na UBS Dona Tita em Aquibadan, incluindo a equipe Consultório na Rua (para atendimentos de adolescentes de 13 a 15 anos e pessoas em situação de rua).

Com base em “planilha em pdf” encaminhada, constatou-se uma **fila de espera de 478 usuários**, sendo que para 349 não constam as datas de solicitação e para 129 as datas de solicitação informadas variam entre 2/4 (78 dias) e 19/6/2024 (data da visita). Conclui-se, portanto, que **entre os usuários em que não consta a data de solicitação da consulta psicológica pode haver prazos de espera superiores a 100 dias**.

Já na **Policlinia Bolivar de Abreu (Centro de Saúde)**, com base nos prints do sistema de agendamento, constatou-se que **é possível realizar agendamentos em até 40**

dias (entre a data do relatório 21/6 e 1/8) para os seguintes psicólogos/periodos: Andréia Dam/manhã (104 vagas disponíveis); Andréia Dam/tarde (61 vagas disponíveis); Marília/manhã (75 vagas disponíveis); Marília/tarde (144 vagas disponíveis); João Marcelo/manhã (168 vagas disponíveis); e Priscila/manhã (176 vagas disponíveis).

Em relação à utilização de sistema informatizado, convém mencionar que o sistema utilizado na Policlínica é apenas para agendamento que é realizado presencialmente nos guichês mas não é possível, como no caso da psiquiatria que utiliza o MV base municipal, realizar a regulação nas próprias UBS sem necessidade de encaminhamentos em papel.

Rio Novo do Sul

O município de Rio Novo do Sul conta com 4 psicólogos, sendo 3 para 6 UBS (1 profissional para 2 unidades) e 1 no ambulatório municipal. Os atendimentos são porta aberta mas também podem ser feitos a partir do encaminhamento de qualquer profissional de nível superior das equipes da atenção básica. Dos 4 profissionais, 3 são do ICEPi e 1 é contratado por meio do consórcio.

Na Central de Regulação, que fica localizada no Ambulatório Municipal, foi informado que a psicóloga atende 13 pacientes na segunda-feira e 13 pacientes na sexta-feira e iria atender mais 8 pacientes na quinta-feira. Na data da visita (20/6), constava uma **fila de espera de 47 usuários, sendo 1 desde dezembro/2023 (cerca de 180 dias), alguns desde março/abril e a maior parte de maio/junho, portanto com prazos de espera inferiores a 100 dias em sua maioria.**

Dessa fila de espera, 11 seriam atendidos de imediato, sendo 8 na agenda que seria aberta na quinta-feira e 3 nas vagas que serão abertas com as altas dos 26 pacientes atendidos na segunda e sexta-feira. Ressalta-se que a fila de espera é organizada com os encaminhamentos em papel (não há controles em planilha e nem por meio de sistema informatizado).

Já na UBS São José, a psicóloga atende atualmente 20 pacientes em 2 dias da semana, com intervalos semanais e quinzenais. Na data da visita (20/6) foi informado que a **fila de espera tem 50 usuários sendo o mais antigo de março/2024,**

portanto com prazos de espera ainda inferiores a 100 dias. O controle da fila de espera é realizado em um caderno.

Na UBS Quarteirão, foi informado que a psicóloga tem 36 pacientes em atendimento e **34 usuários na fila de espera com prazos de até 40 dias**. A fila de espera é organizada em uma planilha eletrônica com acesso para os demais profissionais da unidade. A UBS conta com grupo de idosos chamado de PositivIDADE, que se reúne 1 vez por semana.

Vila Valério

O município de Vila Valério conta com apenas 1 psicóloga que atende no ambulatório municipal. As UBS enviam as requisições em papel para o ambulatório e a psicóloga é pessoalmente responsável pelo controle dos atendimentos e da fila de espera. As inserções no RG System somente ocorrem quando tem vaga na agenda já que não é utilizado o módulo de regulação do RG System, de modo a evitar a tramitação física das requisições.

Em 24/06/2024, **a fila de espera era de 315 usuários sendo o prazo de espera mais antigo registrado em março/2023 (existem alguns anteriores registrados no livro que não tem a data da solicitação)**. O controle da fila de espera é feito em um caderno. Foi informado que são cerca de 10 novos encaminhamentos por semana para a psicologia, 11 consultas agendadas por dia e 47 pacientes em atendimento.

Pinheiros

O município de Pinheiros conta com 4 psicólogos, sendo 1 para cada 2 ESF. O encaminhamento pode ser feito pelo médico e demais profissionais de nível superior (enfermeiro e assistente social, por exemplo), inclusive pelos profissionais do hospital municipal e da educação. Estão avaliando a requalificação do fluxo para que o encaminhamento seja realizado pelo médico da UBS.

Atualmente o município oferece apenas a psicoterapia individual, mas tem planejamento para a realização de grupos terapêuticos. As agendas são elaboradas pelas próprias profissionais e ao contrário da psiquiatria que utiliza a base municipal do sistema MV, as consultas de psicologia não são reguladas por meio de sistema informatizado.

Tabela 17 - Relação de pacientes em atendimento e em lista de espera do serviço de psicologia das Unidades Básicas de Saúde de Pinheiros

Unidade Básica de Saúde	Em atendimento	Lista de espera	Data do encaminhamento mais antigo	Planejamento Familiar
UBS “São João do Sobrado”	47 pacientes	62 pacientes	Maio de 2022	-
UBS “Pinheirinho”	24 pacientes	36 pacientes	Abril de 2023	22 pacientes atendidos
UBS “Jardim Planalto”				
UBS “Domiciano”				
UBS “Galiléia”	50 pacientes	81 pacientes	Setembro de 2022	9 pacientes atendidos
UBS “Jundiá”	15 pacientes	0	-	10 pacientes atendidos
UBS “Vila Nova”	18 pacientes	33 pacientes	Julho de 2023	9 pacientes atendidos
PACS	19 pacientes	7 pacientes	Janeiro de 2024	12 pacientes atendidos

Conforme dados encaminhados, o serviço de psicologia conta atualmente com 173 usuários em atendimento e 219 em lista de espera, sendo o encaminhamento mais antigo em lista de espera de maio de 2022 (UBS São João do Sobrado), mais de 2 anos. **Todas as UBS contam com solicitações com mais de 100 dias de espera.** Não foram encaminhadas as informações das UBS Jardim Planalto e Domiciano.

Em resposta ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), informou que o município está ciente e buscará reduzir o tempo de espera. Para tanto, continuará com os movimentos para capacitação profissional para qualificação dos encaminhamentos; reorganização do fluxo de encaminhamentos; e realização de ações psicoterapêuticas em grupo.

Sobre a utilização de sistema informatizado para regulação das consultas de psicologia, informou que a gestão municipal está em contato com a empresa MV/Consulfarma para criação desse item no sistema.

São Mateus

O município de São Mateus conta com atendimentos de psicologia na US3 e na UBS Guriri (está em andamento processo seletivo para completar o quadro de 18 profissionais uma vez que atualmente o município conta com apenas 5 psicólogos, sendo 2 na US3, 1 na UBS Guriri, 1 no Caps AD e 1 no Caps I). Em 27/6/2024, em visita à US3, e tendo em vista que a regulação das consultas sob gestão municipal

não é realizada por meio de sistema informatizado, foram consultados os “cadernos” com as agendas dos psicólogos e identificada uma **fila de espera com 426 pacientes com datas de solicitação a partir de janeiro/2024, portanto, com mais de 100 dias espera.**

Critérios

Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

Causas

Demandas crescentes por atendimentos psicológicos e dificuldades de contratação e fixação de psicólogos nos municípios.

Efeitos

Precariedade no acompanhamento dos usuários que dependem de consultas psicológicas devido a prazos de espera superiores a 100 dias.

Proposta de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Itaguaçu, Aracruz, Viana, Cachoeiro de Itapemirim, Vila Valério, Pinheiros e São Mateus, reduzir o tempo de espera para consultas psicológicas para no máximo 100 dias, conforme disposto no Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça;
- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Itaguaçu, Iúna, Cachoeiro de Itapemirim, Rio Novo do Sul, Vila Valério, Pinheiros e São Mateus, utilizar sistema informatizado para regulação/agendamento das consultas de psicologia sob gestão municipal.

3.5 INEXISTÊNCIA DE FINANCIAMENTO FEDERAL DEVIDO A NÃO HABILITAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE, ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS

Questão 5 - Os pontos de atenção da Raps no Espírito Santo, tanto os geridos pela Sesa como os geridos pelos municípios, estão habilitados junto ao Ministério de Saúde, de maneira a garantir o repasse de recursos federais?

Os achados de auditoria referentes à questão de auditoria 5 estão relacionados a falta de financiamento das Emaesm, eMulti, Caps, leitos em hospitais gerais e residências terapêuticas.

3.5.1 Inexistência de financiamento federal para Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (Emaesm) no Espírito Santo (ACHADO 12)

Situação encontrada

Com base nos dados do Cnes levantados pela equipe de auditoria (maio/2024), nas informações repassadas pela Área Técnica de Saúde Mental da Sesa e, posteriormente, novas consultas realizadas pela equipe de auditoria em junho/2024, constatou-se a existência de 22 equipes Emaesm, sendo que apenas 10 estão habilitadas³³, conforme demonstrado na Tabela 18³⁴:

Tabela 18 – Equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental (Emaesm) no Espírito Santo – Posições Cnes x Referência Técnica em Saúde Mental da Sesa

Região	Município	Estabelecimento	Tipo	Cnes	Data ativação	Habilitação (S/N)	INE
CN	Barra de São Francisco	Unidade de Saúde Mental	2	9916148	31/01/2020	Não habilitado	1701185
CN	Linhares	Unidade Sanitária US3	1	2403668	18/10/2021	Não habilitado	2219735
CN	Linhares	Unidade Sanitária US3	3	2403668	18/10/2021	Não habilitado	2219743
CN	Marilândia	Centro de Especialidades Municipal	1	9288554	31/07/2019	Habilitado	1684418
CN	Pancas	Hospital Municipal Ida Ferreira Mageste	2	2448653	06/12/2019	Habilitado	1694324
CN	São Mateus	Equipe de Referência em Saúde Mental	3	2484226	23/06/2020	Não habilitado	2030861
CN	Sooretama	NAPS Idalecio Sossai Sooretama	3	2499517	01/10/2019	Habilitado	1688200

³³ Apesar da revogação da Portaria 3.588/2017, pela PRT GM/MS 757/2023, os dez municípios que conseguiram as habilitações contam com os recursos até que sobrevenha nova regulamentação sobre a matéria.

³⁴ Os dados levantados pela equipe de auditoria em maio/2024 e as informações repassadas pela Área Técnica de Saúde Mental da Sesa que demonstram o histórico das Emaesm até a situação final demonstrada de 22 Emaesm no total e 10 habilitadas, estão em **APÊNDICE**.

Região	Município	Estabelecimento	Tipo	Cnes	Data ativação	Habilitação (S/N)	INE
M	Itarana	ESF/SEDE - Centro de Saúde /Unidade Básica	1	2483718	01/04/2019	Não Habilitado	1680021
M	Venda Nova do Imigrante	Policlínica de Venda Nova do Imigrante	1	2403358	22/10/2020	Habilitado	2133059
M	Afonso Claudio	Centro Municipal de Assistência à Saúde Mental Álcool e Out	1	4148622	30/06/2023	Não habilitado	2348071
M	Laranja da Terra	Hospital Municipal São João Batista	1	3007472	18/08/2022	Não Habilitado	2274426
S	Alfredo Chaves	Policlínica Municipal	3	2403234	21/02/2019	Habilitado	1678272
S	Atílio Vivacqua	Ambulatório Municipal Walter Machado	1	6791697	12/07/2021	Habilitado	2192152
S	Dores do Rio Preto	Unidade Estratégia de Saúde da Família Dores do Rio Preto	1	5967481	18/09/2019	Habilitado	1681591
S	Iconha	CASMI Centro de Atenção em Saúde Mental de Iconha	1	9365532	19/03/2019	Habilitado	1679376
S	Iúna	Centro Municipal de Saúde de Iúna	1	2628082	25/08/2021	Habilitado	2205009
S	Jerônimo Monteiro	Secretaria Municipal de Saúde	1	6513263	01/06/2022	Não habilitado	2263351
S	Piúma	Centro de Especialidades de Piúma	1	3592855	01/05/2023	Não habilitado	2317567
S	Presidente Kennedy	Centro Municipal de Especialidades de Presidente Kennedy	1	9920706	19/04/2021	Habilitado	2178362
M	Guarapari	Caps AD Guarapari	1	974595	25/05/2023	Não Habilitado	2322064
M	Santa Teresa	Caps	NI	6483895	02/05/2012	NI	2063166
S	Apiacá	Unidade de Saúde de Apiacá	NI	2446774	26/05/2023	NI	2322501

Fonte: Cnes; Elaboração própria.

Legenda: INE – Indicador Nacional de Equipe; NI = não informado

Sendo assim, as 12 restantes deixaram de receber recursos federais da ordem de **R\$2.700.000,00 anuais**, conforme demonstrado na Tabela 19, que possibilitariam qualificar o atendimento para a população alvo:

Tabela 19 – Valores de recursos federais não repassados para municípios do Espírito Santo por falta de habilitação das Emaesm

Emaesm (tipo)	Quantidade	Valor mensal (equipe)	Valor anual (equipe)	Valor total anual
1	9	12.000,00	144.000,00	1.728.000,00
2	1	21.000,00	252.000,00	252.000,00
3	2	30.000,00	360.000,00	720.000,00
Total	12	-----	-----	2.700.000,00

Fonte: Portaria GM/MS 3588/2017

Nota: na omissão, considerou-se equipe do tipo 1

Critérios

Portaria GM/MS Nº 757, de 21 de junho de 2023 (Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2015, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº

3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e reprimta redações. (especialmente, os arts. 2º e 6º)

Causas

Fragilidades da gestão municipal ou do Ministério da Saúde pela não habilitação de equipes multiprofissionais de assistência especializada em saúde mental.

Efeitos

Perdas de recursos federais para o financiamento de equipes Emaesm e os diversos saberes dos integrantes potenciais, que, certamente, elevariam as qualificações no acolhimento, estratificação, cuidados e tratamento da população alvo.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Afonso Cláudio, Apicá, Barra de São Francisco, Guarapari, Itarana, Jerônimo Monteiro, Laranja da Terra, Linhares, Santa Teresa e São Mateus, viabilizar e acompanhar propostas de financiamentos (implantação e custeio) de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), junto ao Ministério da Saúde, de modo a substituir as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (Emaesm) que estão sem financiamento.

3.5.2 Inexistência de financiamento federal para Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) no Espírito Santo (ACHADO 13)

Situação encontrada

A leitura da Portaria GM/MS Nº 635/2023 retorna que as eMulti foram instituídas para atuação integrada e complementar às demais equipes da APS, no sentido do amplo aproveitamento dos saberes específicos, tanto dos profissionais da eMulti, bem como dos integrantes das equipes a elas vinculadas, para solução dos problemas recorrentes desse nível de atenção.



Figura 17 – Ações a serem desenvolvidas pelas eMulti

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti/acoes-prioritarias>, Ministério da Saúde, Acesso em 4/7/2024.

Embora não tenham sido criadas especificamente para atuação na estratégia da saúde mental, foram previstas ações que guardam compatibilidade com as necessidades dessa área.³⁵

A portaria prevê o financiamento federal para o credenciamento de eMulti, a depender do tipo de solicitação, a saber: I – Ampliada (incentivo de R\$ 36.000,00; II – Complementar (incentivo de R\$ 24.000,00); e III – Estratégica (incentivo de R\$12.000,00).

Os dados constantes do Cnes, na competência maio/2024, revelam um total de 122 eMulti: 22 na região Central Norte, 83 na região Metropolitana e 17 na região Sul (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição de equipes multiprofissionais na APS (eMulti) no Estado do Espírito Santo por Região de Saúde em maio/2024

Central Norte	Qtd	Metropolitana	Qtd	Sul	Qtd
Áquia Branca	1	Afonso Claudio	1	Alfredo Chaves	1
Baixo Guandu	1	Aracruz	9	Anchieta	1
Barra De São Francisco	1	Brejetuba	1	Apiacá	1
Boa Esperança	1	Cariacica	11	Cachoeiro De Itapemirim	1
Colatina	2	Conceição Do Castelo	1	Castelo	2
Conceição Da Barra	2	Fundão	3	Divino De São Lourenco	1
Jaguaré	1	Laranja Da Terra	3	Guaçuí	1
Marilândia	1	Santa Maria de Jetibá	3	Iconha	1
Montanha	2	Santa Teresa	2	Irupi	1
Mucurici	1	Serra	10	Mimoso Do Sul	2
Nova Venécia	1	Venda Nova Do Imigrante	1	Muniz Freire	1

³⁵ Art. 2º, inciso VIII, Parágrafo Único da Portaria 635/2023.

Central Norte	Qtd	Metropolitana	Qtd	Sul	Qtd
Pancas	1	Viana	1	Muqui	1
Pedro Canario	1	Vila Velha	12	Piúma	1
Pinheiros	1	Vitoria	25	Presidente Kennedy	1
Ponto Belo	1			São Roque Do Canaã	1
São Domingos Do Norte	1				
São Gabriel Da Palha	1				
Sooretama	1				
Vila Pavão	1				
Totais	22		83		17

Fonte: Cnes – via Tabnet (Datusus)

Elaboração própria

Tabela 21 – Valores de custeio efetivamente pagos a municípios do Espírito Santo referentes a Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti) – parcela de maio de 2024

Município	Qt. eMulti no Cnes	Qt. eMulti credenciadas	Qt. eMulti homologadas	Qt. eMulti total Pagas	Qt. eMulti Ampliada Pagas	Qt. eMulti Complementar Pagas	Qt. eMulti Estratégica Pagas	Valor Custeio das eMulti
AFONSO CLÁUDIO	1	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
ARACRUZ	6	6	1	0	0	0	0	R\$ 0,00
BARRA DE SÃO FRANCISCO	1	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	1	2	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
COLATINA	1	1	1	0	0	0	0	R\$ 0,00
CONCEIÇÃO DO CASTELO	1	1	1	1	0	0	1	R\$ 12.000,00
GOVERNADOR LINDENBERG	0	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
IBIRAÇU	0	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
IBITIRAMA	0	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
ICONHA	1	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
JAGUARÉ	1	1	1	1	0	0	1	R\$ 12.000,00
MARILÂNDIA	1	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
MONTANHA	1	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
MUCURICI	1	1	1	1	0	0	1	R\$ 12.000,00
MUNIZ FREIRE	1	2	1	1	0	1	0	R\$ 24.000,00
PONTO BELO	1	1	1	1	0	0	1	R\$ 12.000,00
SANTA MARIA DE JETIBÁ	3	3	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
SANTA TERESA	2	2	1	1	0	0	1	R\$ 12.000,00
SERRA	10	13	8	6	4	2	0	R\$ 192.000,00
SÃO DOMINGOS DO NORTE	1	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
SÃO MATEUS	0	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	1	1	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
VIANA	1	2	0	0	0	0	0	R\$ 0,00
VITÓRIA	25	25	23	21	0	0	21	R\$ 252.000,00
TOTAIS	61	71	39	33	4	3	26	R\$ 528.000,00

Fonte: e-gestor - Informação e Gestão da Atenção Básica - Ministério da Saúde

Acesso em 12/7/2024 - <https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/reiFinanciamentoParcela.xhtml>

A equipe de auditoria extrai, em 12/7/2024, do site e-Gestor, o relatório da parcela de custeios das eMulti em maio/2024 (Tabela 21). O total de equipes credenciadas atingiu 71; dessas, 39 já estariam homologadas, ou seja, publicadas em portarias ou em processo de publicação, ou seja, aptas para recebimento de custeio.

A equipe destacou as linhas relativas³⁶ aos municípios de Cachoeiro de Itapemirim, Governador Lindenberg, Ibirajuba, Ibitirama, Muniz Freire, Serra, São Mateus e Viana, pois nesses municípios existem mais eMulti credenciadas no e-Gestor do que os quantitativos constantes no Cnes.

Os normativos estabelecem que os dados sejam atualizados no Cnes e, com essa orientação, se constata que existem 61 equipes credenciadas (ao invés de 71).

Com base nessas constatações, pode-se concluir que (**posição de maio/2024**):

- a) das 122 (cento e vinte e duas) eMulti registradas no Cnes, **podem, ainda, serem credenciadas 61 (sessenta e uma) equipes**, a saber: Águia Branca (1), Alfredo Chaves (1), Anchieta (1), Apiacá (1), Aracruz (3), Baixo Guandu (1), Boa Esperança (1), Brejetuba (1), Cariacica (11), Castelo (2), Colatina (1), Conceição da Barra (2), Divino de São Lourenço (1), Fundão (3), Guaçuí (1), Irupí (1), Laranja da Terra (3), Mimoso do Sul (2), Montanha (1), Muqui (1), Nova Venécia (1), Pancas (1), Pedro Canário (1), Pinheiros (1), Piúma (1), Presidente Kennedy (1), São Gabriel da Palha (1), São Roque do Canaã (1), Sooretama (1), Vila Pavão (1) e Vila Velha (12); e
- b) **30 (trinta) municípios do Espírito Santo ainda não fizeram opção para credenciamento de sua primeira eMulti³⁷**, a saber: Água Doce do Norte, Alegre, Alto Rio Novo, Atílio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Domingos Martins, Dolores do Rio Preto, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Guarapari, Ibatiba, Ibirajuba, Ibitirama, Itaguaçu, Itapemirim, Itarana, Iúna, Jerônimo Monteiro, João Neiva, Linhares, Mantenópolis, Maratáizes, Marechal Floriano, Rio Bananal, Rio Novo do Sul, Santa Leopoldina, São José do Calçado, São Mateus, Vargem Alta e Vila Valério.

Existem, potencialmente, 91 credenciamentos a serem pleiteados pelos municípios listados nas alíneas a) e b) acima³⁸, ou seja, poder-se-ia alcançar 152 eMulti (122

³⁶ A primeira coluna "Qtd. eMulti no Cnes" foi adicionada à extração original para comparação com as quantidades de eMulti credenciadas.

³⁷ A implantação de eMulti é uma questão de conveniência e oportunidade do gestor da saúde, a depender das diretrizes, objetivos e metas constantes em seus instrumentos de planejamento.

³⁸ Serão mais 91 credenciamentos (61+30), se cada um dos 30 municípios listados em b) constituir e pleitear apenas uma eMulti.

existentes + 30 em potencial), que, após todas homologadas, totalizariam R\$1.824.000,00 mensais³⁹, sem contar possíveis acréscimos decorrentes de incentivos por atendimento remoto e por produtividade.

Portanto, os municípios estão deixando de receber, no mínimo, os valores referentes a 91 eMulti, o que equivale a R\$ 1.092.000,00 mensais.

Em resposta ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), foram apresentados os seguintes comentários:

- Cariacica informou que o município credenciou 11 equipes e-Multi em maio/2023 e todas foram homologadas com repasse financeiro em parcela única. Considerando os termos de contratos de profissionais, atualmente o município está com 7 equipes e-Multi estratégicas ativas e com carga horária completa (100 horas) no sistema e-gestor;
- João Neiva, que não tinha nenhuma eMulti, informou e demonstrou a solicitação de credenciamento de equipes eMulti (complementar e estratégica) em 2/6/2023, sendo credenciada a equipe estratégica em 3/7/2024;
- São Gabriel da Palha encaminhou a Portaria GM/MS nº 4.559 de 3 de julho de 2024, em que o Ministério da Saúde credencia uma equipe eMulti estratégica para o município;
- Itaguaçu informou que foi credenciada uma equipe eMulti por meio da Portaria GM/MS nº 4165 de 7 de junho de 2024;
- Alegre informou que possui uma equipe que foi cadastrada em 19/07/2024, conforme registro no CNES, porém ainda não recebeu repasse financeiro do MS. O município pretende, em breve, fazer a solicitação de credenciamento de uma segunda equipe;
- Vila Velha informou que foi solicitado o credenciamento de 11 equipes (7 complementares e 4 estratégicas). No mês junho de 2024, cinco foram homologadas e no mês de agosto de 2024 foi recebido o primeiro financiamento. No momento o município aguarda a homologação das outras equipes solicitadas;

³⁹ Valor estimado considerando-se a equipe estratégica (R\$ 12.000,00 mensais), sem contar outros potenciais incentivos (TIC e produtividade), conforme PRT GM/MS 635/2023.

- Castelo informou que realizou o cadastro de 2 equipes eMulti, que encontram-se habilitadas junto ao Ministério da Saúde, estando seus profissionais em atividade, no exercício de suas funções. Em consulta ao eGestor, constatou-se o credenciamento e pagamento de 1 eMulti.
- Fundão informou que foram solicitados os credenciamentos de 3 equipes e que está aguardando o credenciamento;
- Pinheiros informou que foi solicitada uma eMulti e que no momento não há capacidade de ampliação para mais uma equipe, tendo em vista o próprio regramento do programa e quantitativo de equipes de saúde da família existentes no município.

No caso dos municípios de Fundão e Pinheiros, em consulta ao e-Gestor, verificou-se que as equipes foram solicitadas, mas ainda não foram credenciadas, portanto, fica mantida a recomendação para posterior monitoramento.

Crítérios

Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023 (Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMulti).

Causas

Fragilidades da gestão municipal de saúde e do Ministério da Saúde pela não habilitação de equipes multiprofissionais de assistência especializada em saúde mental.

Efeitos

Perdas de recursos federais para o financiamento de equipes multiprofissionais (eMulti) e os diversos saberes dos integrantes potenciais, que, certamente, elevariam as qualificações no acolhimento, estratificação, cuidados e tratamento da população alvo.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Águia Branca (1), Alfredo Chaves (1), Anchieta (1), Apiacá (1), Aracruz (3), Baixo Guandu (1), Boa Esperança (1), Brejetuba (1), Colatina (1), Conceição da Barra (2), Divino de São Lourenço (1), Fundão (3), Guaçuí (1), Irupi (1), Laranja da Terra (3), Mimoso do Sul (2), Montanha (1), Muqui (1), Nova Venécia (1), Pancas (1), Pedro Canário (1), Pinheiros (1), Piúma (1), Presidente Kennedy (1), São Roque do Canaã (1), Sooretama (1) e Vila Pavão (1), viabilizar e acompanhar, junto ao Ministério da Saúde, com observância do regramento da Portaria GM/MS 635/2023, propostas de financiamentos (implantação e custeio) para credenciamento de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) já existentes (quantidade máxima entre parênteses) e cadastradas no Cnes;
- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Água Doce do Norte, Alto Rio Novo, Atílio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Domingos Martins, Dorés do Rio Preto, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Guarapari, Ibatiba, Ibraçu, Ibitirama, Itapemirim, Itarana, Iúna, Jerônimo Monteiro, Linhares, Mantenópolis, Marataízes, Marechal Floriano, Rio Bananal, Rio Novo do Sul, Santa Leopoldina, São José do Calçado, São Mateus, Vargem Alta e Vila Valério, analisar a constituição de uma ou mais equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) e, em caso positivo, viabilizar e acompanhar, com observância do regramento da Portaria GM/MS 635/2023, notadamente quanto às exigências contidas no art. 6º, propostas de financiamentos (implantação e custeio) para o devido credenciamento junto ao Ministério da Saúde.

Convém mencionar que os números de equipes credenciadas no e-Gestor varia mensalmente e que por ocasião do monitoramento dessas recomendações deverão ser atualizadas as posições dos municípios no referido sistema.

3.5.3 Inexistência de financiamento federal para Centros de Atenção Psicossocial (Caps) no Espírito Santo (ACHADO 14)

Situação encontrada

A Sesa, via OF/SESA/GS/Nº861/2024, de 5/7/2024, em resposta ao Ofício TC-02618/2024, via Gerência de Políticas e Organização de Redes de Atenção à Saúde

(SESA/SSAS/GEPORAS), elaborou Manifestação Técnica Nº 208/2024 (3/7/2024), com a situação de 10 (dez) municípios em processo de habilitação.⁴⁰

Quadro 5 – Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Espírito Santo não habilitados junto ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips)

Município	Tipo de CAPS	CNES	Situação no SAIPS
Jaguare	CAPS I	9520872	Gerada Minuta de Portaria Nº 2140500006
Linhares	CAPS AD II	3165329	Não possui cadastramento de proposta de habilitação
Pedro Canário	CAPS I	0918679	Proposta de habilitação cadastrada com solicitação de adequação e situação em diligência
Aracruz	CAPS II	6644678	Proposta de habilitação cadastrada com solicitação em diligência
Fundão	CAPS I	0317489	Proposta de habilitação cadastrada com solicitação em diligência
Guarapari	CAPS AD II	0974595	Não possui cadastramento de proposta de habilitação
Itapemirim	CAPS I	9260447	Proposta rejeitada por não atendimento de diligência
Marataízes	CAPS I	6209270	Adequando CNES para agendamento da visita técnica regional e emissão de relatório favorável à solicitação da proposta de habilitação
Mimoso do Sul	CAPS I	2894688	Proposta rejeitada por não atendimento de diligência
Muniz Freire	CAPS I	0862215	Aguardando portaria Ministerial de Habilitação

A não habilitação desses 10 Caps implica no montante de recursos federais anuais não repassados de **R\$ 3.729.375,00 anuais**, conforme valores fixados pela Portaria GM/MS 3.089/2011 e demonstrados na Tabela 22:

Tabela 22 – Valores de recursos federais não repassados para os municípios por falta de habilitação dos Caps junto ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips)

Caps	Quantidade	Valor mensal por	Valor Mensal	Valor total anual
I	7	28.305,00	198.135,00	2.377.620,00
II	1	33.086,25	33.086,25	397.035,00
AD	2	39.780,00	79.560,00	954.720,00
Total	10	-----	-----	3.729.375,00

Fonte: Portaria 3089/2011 (Portaria de Consolidação 6/2017)

Elaboração própria com base na PRT 6/2017

Crerérios

Portaria GM/MS 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)).

⁴⁰ Durante o período de execução da auditoria, o Caps tipo I de São Gabriel da Palha (Cnes 4006712) foi devidamente habilitado, conforme Portaria 3.781/GM/MS de 09/05/2024.

Causas

Fragilidades da gestão municipal de saúde e/ou do Ministério da Saúde pela não habilitação de Caps.

Efeitos

Perdas de recursos federais para o financiamento do custeio (manutenção) dos recursos estruturais e dos profissionais para uma eficaz gestão no atendimento aos usuários desses serviços.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** às Secretarias Municipais de Saúde de Jaguareé, Pedro Canário, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Itapemirim, Fundão, Aracruz, Linhares, Marataízes e Guarapari manter contato junto à Área Técnica de Saúde Mental, no Espírito Santo e/ou Ministério da Saúde, para orientações sobre que providências tomarem, a depender de cada situação junto ao Saips, para que consigam a habilitação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que estão funcionando sem o financiamento previsto na Portaria GM/MS Nº 3.089/2011, com prováveis perdas na qualidade do atendimento dos usuários desses serviços.

3.5.4 Inexistência de financiamento federal para leitos hospitalares de saúde mental em hospitais gerais no Espírito Santo (ACHADO 15)

Situação encontrada

De acordo com informações do Cnes e da Sesa, em 2022, existiam 18 (dezoito) leitos habilitados e divididos entre dois hospitais, a saber: 8 leitos no Hospital São Marcos (Cnes 2484943, em Nova Venécia) e 10 (dez) leitos no Himaba (Cnes 2678179, em Vila Velha).

A Sesa, via OF/SESA/GS/Nº861/2024, de 5/7/2024, em resposta ao Ofício TC-02618/2024, via GEPORAS, elaborou Manifestação Técnica Nº 208/2024 (3/7/2024)

e ratifica que, além dos 18 leitos de saúde mental em hospitais gerais habilitados (8 no Hospital São Marcos + 10 no Himaba), ainda existiam 34 leitos não habilitados, sendo: 10 adultos e 10 infanto juvenis na Santa Casa de Colatina (Gestão Dupla), 10 leitos no Hospital Apóstolo Pedro (Mimoso do Sul-Gestão Municipal) e 4 leitos no Hospital Padre Máximo (Venda Nova do Imigrante-Gestão Estadual).

A GEPORAS, de uma forma mais ampla, com relação a não habilitações de equipamentos de saúde, discorre da seguinte maneira:

A partir de 2016, a Rede de Saúde Mental sofreu um desfinanciamento a nível nacional, e, o governo federal à época passou então a privilegiar modalidades exclusivas de internação em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, trazendo sérios prejuízos a tão recente Reforma Psiquiátrica e aos cuidados em saúde mental junto à Raps. De 2017 até 2022 houve priorização das internações e medicalização e o que se expressou foi o retrocesso da política de saúde mental e dos princípios antimanicomiais.

Quanto ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips), a Sesa informou que permanecera fechado na maior parte do tempo nesse período, o que impactou o processo de reorganização da Raps nos municípios.

No que tange aos **34 leitos ainda não habilitados**, a situação é a seguinte: a) os 20 leitos (10 adultos e 10 infanto-juvenis) da Santa Casa de Colatina e os 4 leitos adultos do Hospital Padre Máximo não têm cadastramento de proposta; e b) os 10 leitos adultos do Hospital Apóstolo Pedro tiveram proposta rejeitada por não atendimento de diligências.

A Sesa, em resposta ao relatório preliminar, por meio do OF/SESA/GS/Nº1063/2024, informou que a habilitação desses leitos deverá ser realizada pela Secretaria Municipal de Saúde onde encontram-se localizados os hospitais que possuem os leitos de saúde mental, sendo as Secretarias Municipais de Saúde responsáveis pelo cadastramento das propostas de habilitações junto ao SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde). Informou ainda que as pactuações deverão ser retomadas junto aos municípios, com vistas à recondução do processo de estruturação dos serviços existentes, fomentando o diálogo com os gestores municipais, na intenção de estruturação da RAPS no estado, incluindo a habilitação dos leitos nos municípios de Colatina, Mimoso do Sul e Venda Nova do Imigrante, uma vez que o SAIPS se encontra permanentemente aberto, viabilizando a necessária estruturação da RAPS no estado do Espírito Santo.

Critérios

Portaria GM/MS 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).

Causas

Interrupções operacionais do Saips, que culminaram na paralisação do processo de habilitações de leitos em hospitais gerais, com previsão de financiamento e custeio.

Efeitos

Adiamento do processo de estruturação dos leitos para os serviços hospitalares de referência, que representam importante componente da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com potenciais prejuízos financeiros e logísticos no encaminhamento dos usuários desses serviços.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde** e às Secretarias Municipais de Saúde de Colatina, Mimoso do Sul e Venda Nova do Imigrante, providenciar as habilitações dos leitos de saúde mental existentes nos hospitais gerais de Santa Casa de Colatina, Apóstolo Pedro e Padre Máximo, bem como avaliar a abertura de outros leitos de saúde mental, para melhorias na estruturação dos serviços de referência hospitalar na Raps do Estado do Espírito Santo.

3.5.5 Inexistência de financiamento federal para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no Espírito Santo (ACHADO 16)

Situação encontrada

A equipe de auditoria fizera contato com a Sesa durante a fase de levantamento no sentido de quantificar e qualificar as SRT existentes no Espírito Santo. A Sesa, em

resposta ao Ofício TC-02618/2024, via OF/SESA/GS/Nº861/2024, de 5/7/2024, anexou Manifestação Técnica Nº 208/2024 (3/7/2024), emitida pela GEPORAS, confirma a existência, hoje, de 18 (dezoito) SRT com gestão estadual.

A Sesa enviou planilha com todos os 18 SRT, com informações sobre a clientela (feminino, masculino, misto), municípios de localização, endereços e modalidades (tipo I ou II), onde consta que existem 17 (dezessete) do tipo I e 1 do tipo II.

O Informe Técnico emitido pela GEPORAS, que deu sustentação ao Edital 002/2023 SRT, destinado a contratação de organização social (OS) sem fins lucrativos para gerenciamento dos SRT, em sua folha 4, também, cita os tipos envolvidos com os mesmos quantitativos.

No ano de 2011, foi celebrado um termo de parceria com uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que assumiu a gestão das seis (6) residências implantadas pelo hospital e criou mais nove (9) residências num primeiro momento, sendo posteriormente acrescido de mais três (3) residências, de modo que o Estado passou a gerir dezoito (18) residências terapêuticas, sendo dezessete (17) SRTs do tipo I e um (1) SRT do tipo II.

Considerando que **nenhum dos SRT está habilitado junto ao Ministério da Saúde**, que o diagnóstico constante no Informe Técnico da GEPORAS (fls. 9) prevê 146 (cento e quarenta e seis) vagas e que o Edital 002/2023 fixou em 150 (cento e cinquenta) vagas, sendo 120 para ST tipo I e 30 para SRT tipo II, já considerando uma nova estruturação com 15 (quinze) SRT tipo I e 3 (três) SRT II, levando em conta o envelhecimento da população alvo (fls. 31), o valor anual dos repasses federais seria da ordem de **R\$ 3.203.172,00 anuais**, se fossem habilitados todos os 18 SRT (Tabela 23). Essa projeção fica compatível com o valor anual (R\$3.377.323,16) do 17º Termo Aditivo do Termo de Parceria 001/2010 (fls. 12), vencido em 22/05/2023).⁴¹

⁴¹ Consta do Informe Técnico GEPORAS (fls. 12) um contrato emergencial no valor de R\$ 5.078.124,12, que teria término de vigência em 19/11/2023.

Tabela 23 – Valores de recursos federais não repassados para a Sesa por falta de habilitação das residências terapêuticas, considerando o diagnóstico do Informe Técnico GEPORAS

SRT (tipo) ⁴²	Quantidade	Valor mensal por SRT	Valor mensal total	Valor total anual
I	15	12.711,00	190.665,00	2.287.980,00
II	3	25.422,00	76.266,00	915.192,00
Total	18	-----	-----	3.203.172,00

Fontes: Portaria de Consolidação 3/2017 e Informe Técnico GEPORAS – Edital 002/2023-SRT

A Sesa, em resposta ao relatório preliminar, por meio do OF/SESA/GS/Nº1063/2024, informou que desde 2024, o SAIPS encontra-se permanentemente aberto, com financiamento e custeio de todos os serviços da RAPS, sendo necessária a retomada de ações a nível estadual com vistas à recondução ao processo de estruturação dos serviços. Além de reuniões junto ao Grupo Condutor, com participação das Referências Técnicas das Regiões de Saúde – Central Norte, Metropolitana e Sul, foram documentadas as propostas através da PGASS (Planejamento Geral de Ações e Serviços de Saúde) em 2022, através de encontros regionalizados com ampla participação, aonde houve o levantamento ampliado das necessidades de implantação de novos serviços e traçado o diagnóstico da Rede nos municípios, com propostas e pactuações, incluindo a descentralização e municipalização dos SRTs.

No início de 2024 foram realizadas oficinas microrregionalizadas para uma reconfiguração da Rede de Saúde Mental, conhecimento dos vazios assistenciais, dos processos de trabalho para alinhamentos e possíveis pactuações dos serviços necessários à estruturação da RAPS nos municípios do estado do Espírito Santo.

Foi iniciado também o processo de cadastramento dos SRTs ao CNES dos CAPS onde encontram-se vinculados – condição necessária para a habilitação junto ao SAIPS. A habilitação dos SRTs é uma meta a ser alcançada e tem sido discutida em vários espaços, visando a descentralização e a responsabilização do município com o paciente com transtorno mental, na estratégia do cuidado em liberdade e na efetivação da desinstitucionalização.

⁴² **SRT tipo I:** são definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo 8 (oito) moradores. **SRT tipo II:** são definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo 10 (dez) moradores.

Critérios

Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017 (Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo 5 do Anexo V – Repasse de Incentivo Financeiro para Implantação e/ou implementação de SRTS tipo I e II (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 1).

Causas

Fragilidade da gestão estadual de saúde e/ou do Ministério da Saúde, no que se refere aos processos de credenciamento dos SRT junto ao Saips, combinado com problemas operacionais desse mesmo sistema entre os anos de 2016 a 2023.

Efeitos

A manutenção desses serviços com recursos estaduais, quando poderiam estar sendo financiados com recursos federais, com potenciais oportunidades de melhorias nesse componente da Raps, que versa sobre moradias para pessoas adultas, oriundas de longas internações psiquiátricas, para viabilização do processo de reabilitação psicossocial.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde habilitar os atuais 18 (dezoito) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), junto Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips), com os devidos acompanhamentos dos processos, de modo que possam ser financiados por recursos federais.

3.6 ACHADOS NÃO DECORRENTES DAS QUESTÕES DE AUDITORIA

3.6.1 Fragilidades na gestão da assistência farmacêutica dos municípios (ACHADO 17)

Situação encontrada

Armazenamento inadequado de medicamentos psicotrópicos

Em visita ao município de lúna, a equipe de auditoria esteve na farmácia básica municipal e encontrou instalações físicas precárias, conforme relatado e evidenciado nas fotos: porta de aço que permite o acesso da rua direto para as prateleiras da farmácia; acesso ao estoque no segundo piso exclusivamente por meio de elevador adaptado (tipo de obra civil); espaço físico do estoque no segundo piso de difícil circulação e com medicamentos estocados em pallets que não são de plástico (alguns pallets improvisados com latas de leite em pó); e medicamentos psicotrópicos armazenados em um armário de aço sem portas e sem chaves.



Figura 18 – Fachada da farmácia básica



Figura 19 – Recepção da farmácia básica



Figura 20 – Espaço localizado ao lado da recepção, com acesso para a rua por uma porta de aço (primeiro piso)



Figura 21 - Estoque com acesso por meio de elevador adaptado (2º piso)



Figura 22 – Armário para armazenamento de medicamentos psicotrópicos sem portas e sem chaves

Falhas relativas à formalização e atualização da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)

Em resposta ao questionário eletrônico, Divino de São Lourenço informou que não possui a Relação Municipal de Medicamentos (Remume) formalizada. Em contato telefônico com o gestor da Secretaria Municipal de Saúde, em 17/7/2024, foi confirmada a resposta do questionário e informado que o município utiliza a Rename (Relação Nacional de Medicamentos) e a Rememe (Relação Estadual de Medicamentos).

Já em visita ao município de Pinheiros, em reunião realizada na UBS Pinheirinhos, para esclarecimentos das respostas ao questionário eletrônico, foi informado que a REMUME está desatualizada desde 2014.

Em resposta ao Ofício 3347/2024 (submissão do relatório preliminar), Pinheiros informou que a gestão realizou revisão da Remume junto às farmacêuticas e está nos ajustes finais para encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde. Informou também que o município mantém a relação de medicamentos e seus estoques informados no sistema de informação próprio (MV/Consulfarma).

Ausência de sistema informatizado para realizar a gestão de estoque de medicamentos

Em resposta ao questionário eletrônico, Governador Lindenberg informou que não utiliza sistema informatizado para a gestão de estoque de medicamentos. Importante ressaltar que foi recomendado para todos os municípios, em auditoria da farmácia básica (Processo 1986/2016), a adoção de sistema informatizado.

Critérios:

Portaria 3.916 de 30/10/1998 (Política Nacional de Medicamentos) e Resolução CNS 338/2004, de 6/6/2004 (Política Nacional de Assistência Farmacêutica).

Causas:

Fragilidades da gestão municipal de saúde decorrentes da insuficiência de recursos financeiros e humanos que garantam a qualidade da assistência farmacêutica.

Efeitos:

Prejuízos para a qualidade da assistência farmacêutica prestada aos usuários que dependem da dispensação de medicamentos da farmácia básica municipal.

Propostas de encaminhamento

- **Recomendar** à Secretaria Municipal de Saúde de Lúna providenciar a melhoria das condições da estrutura física da farmácia básica municipal, incluindo o armazenamento adequado dos medicamentos psicotrópicos, e se necessário, com a mudança de endereço devido à proximidade com o rio que corta a cidade.
- **Recomendar** à Secretaria Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço formalizar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME);
- **Recomendar** à Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiros atualizar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME); e
- **Recomendar** à Secretaria Municipal de Saúde de Governador Lindenberg utilizar sistema informatizado de gestão de estoque e dispensação de medicamentos.

4 CONCLUSÃO

O presente relatório refere-se ao resultado da auditoria operacional realizada na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), no âmbito do processo TC 2153/2024, com o objetivo de “avaliar se os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), no âmbito do Estado do Espírito Santo e dos municípios, estão suficientes e adequados para o atendimento dos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas”.

A fiscalização evidenciou a existência de deficiências que comprometem a eficácia do atendimento aos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas. A análise abrangeu a existência dos pontos de atenção da Raps, os aspectos da estrutura e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), a oferta de consultas psiquiátricas e psicológicas e a habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde para recebimento de recursos federais.

Foram apontados 17 (dezessete) achados de auditoria, dentre os quais destacam-se a ausência de Caps em municípios com mais de 15 mil habitantes; Caps com estruturas físicas inadequadas e equipes incompletas; tempo de espera superior a 100 dias para consultas de psiquiatria e psicologia e inexistência de financiamento federal para equipes e equipamentos de saúde como Caps e residências terapêuticas.

O benefício esperado, caso as recomendações propostas sejam implementadas, é a melhoria da atenção psicossocial prestada aos usuários com transtornos mentais e que utilizam crack, álcool e outras drogas.

O relatório preliminar foi submetido aos gestores para comentários por meio do Ofício 3347/2024. Os comentários foram consolidados de maneira resumida no **APÊNDICE – Comentários dos gestores**, e em parte incorporados ao relatório final.

Por fim, com objetivo de reforçar o equilíbrio das ações avaliadas na auditoria, além das falhas apontadas nos achados de auditoria e suas respectivas recomendações, listamos, a seguir, algumas boas práticas mencionadas pelos municípios, em resposta ao questionário eletrônico ou por ocasião das visitas realizadas.

Quadro 6 – Projetos/boas práticas apontadas pelos municípios em resposta ao questionário eletrônico ou nas visitas realizadas

Município	Projeto/Boa prática	Resumo
Muqui	Projeto Terapêutico Muqui Mente Saudável	Consiste em organização no fluxo de acesso e acolhimento, educação continuada realizado pela equipe Multiprofissional em seus diversos atores.
Aracruz	Programa Renascer Mulher	Encaminhamento de mulheres em situação vulnerável de álcool e drogas, para programas de geração de trabalho e renda.
São Mateus	Projeto Movimento e Vida	O objetivo do projeto é contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população mateense acima de 25 anos nas áreas de ESF.
Vila Velha	Economia Solidária do Caps Transtorno	O Grupo “Solidariedade Custa Pouco”, é realizado no Caps II Beija-Flor, semanalmente, e atualmente está organizado no desenvolvimento de três atividades, a saber, na produção de chup-chup, que ocorre na cozinha do Caps na produção de camisas e canecas de porcelana, estampadas com máquinas próprias e bazar de roupas e calçados doados. Uma das pactuações realizadas refere-se à renda arrecada, sendo 70% repassada aos próprios usuários, e 30% utilizada para a compra de materiais. Portanto, busca-se a desinstitucionalização da proposta, e sua articulação em espaços do território, através da participação em diversos eventos.
Cachoeiro de Itapemirim	Unidade de Qualidade de Vida	São objetivos do projeto a promoção da saúde por meio de orientação para práticas corporais, atividade física, lazer e modos de vida saudáveis. O público-alvo são mulheres portadoras de doenças crônicas e gestantes cadastradas nas UBS. Os resultados observados são a diminuição de valores pressóricos, redução do uso de medicamentos para controle de colesterol e triglicerídeos, ansiolíticos, interrupção do uso do tabaco e suspensão do uso de insulina.

5 PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTOS

5.1 Com fundamento no art. 1º, inciso XXXVI, da Lei Complementar Estadual 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), c/c os arts. 207, inciso V, e 329, §2º, da Resolução TC-261/2013 (Regimento Interno do TCEES), sugere-se:

5.1.1 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Marechal Floriano, Pancas, Montanha, Rio Bananal, Piúma, Venda Nova do Imigrante, Pinheiros, Ibatiba, Sooretama, Conceição da Barra, Iúna, Afonso Cláudio, Domingos Martins, Marataízes, Barra de São Francisco e Viana, implantar **Caps I** (e **Caps II** no caso de Viana), em imóveis que estejam dentro do preconizado no Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do Ministério da Saúde.

5.1.2 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Viana, Aracruz, Colatina, São Mateus, Guarapari, Linhares e Cachoeiro de Itapemirim, implantar **Caps i (infanto-juvenil)**, em imóveis que estejam dentro do preconizado no Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do Ministério da Saúde;

5.1.3 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Viana, Aracruz e Cariacica, implantar **Caps AD** (no caso de Cariacica é possível habilitar o Caps AD III), em imóveis que estejam dentro do preconizado no Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do Ministério da Saúde

5.1.4 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Linhares, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Vila Velha e Serra, implantar **Caps III e Caps AD III**), em imóveis que estejam dentro do preconizado no Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do Ministério da Saúde

5.1.5 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Colatina, Guarapari e Linhares, implantar a estratégia Consultório na Rua mediante habilitação da equipe junto ao Ministério da Saúde;

5.1.6 Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde, em conjunto com os municípios, providenciar as alterações e/ou atualizações do Manual Instrutivo da Nova Perfilização Hospitalar Regionalizada do Estado do Espírito Santo, de maneira a esclarecer a situação da Santa Casa de Misericórdia de Colatina como referência para urgência/emergência e internação em saúde mental para a região de saúde central/norte, bem como a inclusão de referências pediátricas para as regiões

central/norte e sul na própria região e incluir novas referências que foram citadas pelos municípios, mas não constam das tabelas por região e linhas de cuidado publicizadas em site da Sesa;

5.1.7 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Ibatiba, Itarana, Água Doce do Norte, Divino de São Lourenço e Iúna indicar, para o grupo condutor regional e estadual da RAPS, a referência técnica de saúde mental municipal

5.1.8 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Águia Branca, Água Doce do Norte, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Colatina, Conceição da Barra, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Jaguaré, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Montanha, Pancas, Pinheiros, Ponto Belo, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Mateus, Sooretama, Vila Pavão e Vila Valério (Região de Saúde Central/Norte); Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Ibatiba, Ibiracú, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Venda Nova do Imigrante, Viana e Vitória (Região de Saúde Metropolitana); Alfredo Chaves, Apiacá, Atilio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Castelo, Divino de São Lourenço, Ibitirama, Iconha, Irupí, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muqui, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta (Região de Saúde Sul), constituir, formalmente, os Grupos Condutores Municipais da Rede de Atenção Psicossocial (Raps);

5.1.9 Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz realizar as adequações necessárias na estrutura física do Caps II, visando ao atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do MS, quanto aos banheiros dos usuários; sala de aplicação de medicamentos; sala de reunião; almoxarifado; refeitório, depósito de material de limpeza; abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; e área externa para embarque/desembarque de ambulância); ou avaliar a possibilidade de obtenção de recursos para a construção de uma sede própria para o Caps II que contemple todas as exigências do referido manual;

5.1.10 Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim realizar as adequações necessárias na estrutura física do Caps AD, visando ao atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do MS,

quanto aos banheiros dos usuários; abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; e área externa de convivência;

5.1.11 Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim implementar sistema informatizado de prontuário eletrônico no Caps AD;

5.1.12 Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde realizar as adequações necessárias na estrutura física do Caps II Cachoeiro de Itapemirim, visando ao atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do MS, quanto à quantidade de salas de atendimento individualizado (consultórios); sala de observação anexa à sala de aplicação de medicamentos/posto de enfermagem; banheiro dos funcionários, banheiros dos usuários; almoxarifado; copa/cozinha; depósito de material de limpeza (DML); abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; e área externa para embarque e desembarque de ambulância; ou avaliar a possibilidade de obtenção de recursos para a construção de uma sede própria para o Caps II, que contemple todas as exigências do referido manual;

5.1.13 Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, promover a integração do sistema informatizado de prontuário eletrônico do Caps II (estadual) e do município, uma vez que ambos utilizam o eSUS-PEC, para melhor atendimento dos usuários portadores transtornos mentais e comportamentais do município;

5.1.14 Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus realizar as adequações necessárias na estrutura física do Caps I, visando ao atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do MS, quanto aos banheiros dos usuários; almoxarifado; refeitório; abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; e área externa para embarque/desembarque de ambulância; ou avaliar a possibilidade de obtenção de recursos para a construção de uma sede própria para o Caps I que contemple todas as exigências do referido manual;

5.1.15 Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus realizar as adequações necessárias na estrutura física do Caps AD, visando ao atendimento das exigências do Manual de Estrutura Física dos Caps e UA do MS, quanto aos mobiliários em geral e eletrodomésticos da copa/cozinha; banheiros dos usuários,

almoxarifado; e abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos;

5.1.16 Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus utilizar sistema informatizado de prontuário eletrônico nos Caps I e Caps AD;

5.1.17 Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde de Alegre, Aracruz, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Fundão, Guaçuí, Guarapari, Jaguaré, João Neiva, Linhares, Mimoso do Sul, Nova Venécia, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Gabriel da Palha, São José do Calçado, Serra, Vargem Alta e Vitória, realizar as adequações necessárias na composição das equipes dos Caps;

5.1.18 Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde de Alegre, Aracruz, Atílio Vivácqua, Castelo, Guaçuí, Jaguaré, Pedro Canário, São Gabriel da Palha, São José do Calçado, São Mateus, Serra e Vitória, manter atualizados os registros das lotações e cargas horárias dos médicos no Cnes, em consonância com as efetivas escalas semanais de horários exercidas nos respectivos estabelecimentos;

5.1.19 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de São Mateus, Baixo Guandu, Guarapari, Santa Teresa, Anchieta, Vargem Alta, Ecoporanga, Itapemirim, Mimoso do Sul e Jaguaré, providenciar o fornecimento de refeições para os usuários dos Caps;

5.1.20 Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde de Itaguaçu, Aracruz, Viana, Cachoeiro de Itapemirim, Pinheiros e São Mateus, reduzir o tempo de espera para consultas psiquiátricas para no máximo 100 dias, conforme disposto no Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça;

5.1.21 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Itaguaçu, Iúna e São Mateus, utilizar sistema informatizado para regulação das consultas de psiquiatria sob gestão municipal;

5.1.22 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Itaguaçu, Aracruz, Viana, Cachoeiro de Itapemirim, Vila Valério, Pinheiros e São Mateus, reduzir o tempo de espera para consultas psicológicas para no máximo 100 dias, conforme disposto no Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça;

5.1.23 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Itaguaçu, Iúna, Cachoeiro de Itapemirim, Rio Novo do Sul, Vila Valério, Pinheiros e São Mateus, utilizar sistema informatizado para regulação/agendamento das consultas de psicologia sob gestão municipal;

5.1.24 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Afonso Cláudio, Apiacá, Barra de São Francisco, Guarapari, Itarana, Jerônimo Monteiro, Laranja da Terra, Linhares, Santa Teresa e São Mateus, viabilizar e acompanhar propostas de financiamentos (implantação e custeio) de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), junto ao Ministério da Saúde, de modo a substituir as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (Emaesm) que estão sem financiamento;

5.1.25 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Água Branca (1), Alfredo Chaves (1), Anchieta (1), Apiacá (1), Aracruz (3), Baixo Guandu (1), Boa Esperança (1), Brejetuba (1), Colatina (1), Conceição da Barra (2), Divino de São Lourenço (1), Fundão (3), Guaçuí (1), Irupi (1), Laranja da Terra (3), Mimoso do Sul (2), Montanha (1), Muqui (1), Nova Venécia (1), Pancas (1), Pedro Canário (1), Pinheiros (1), Piúma (1), Presidente Kennedy (1), São Roque do Canaã (1), Sooretama (1) e Vila Pavão (1), viabilizar e acompanhar, junto ao Ministério da Saúde, com observância do regramento da Portaria GM/MS 635/2023, propostas de financiamentos (implantação e custeio) para credenciamento de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) já existentes (quantidade máxima entre parênteses) e cadastradas no Cnes;

5.1.26 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Água Doce do Norte, Alto Rio Novo, Atílio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Domingos Martins, Dorés do Rio Preto, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Guarapari, Ibatiba, Ibiraçu, Ibitirama, Itapemirim, Itarana, Iúna, Jerônimo Monteiro, Linhares, Mantenópolis, Marataízes, Marechal Floriano, Rio Bananal, Rio Novo do Sul, Santa Leopoldina, São José do Calçado, São Mateus, Vargem Alta e Vila Valério, analisar a constituição de uma ou mais equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) e, em caso positivo, viabilizar e acompanhar, com observância do regramento da Portaria GM/MS 635/2023, notadamente quanto às exigências contidas no art. 6º, propostas de

financiamentos (implantação e custeio) para o devido credenciamento junto ao Ministério da Saúde;

5.1.27 Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde de Jaguaré, Pedro Canário, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Itapemirim, Fundão, Aracruz, Linhares, Marataízes e Guarapari manter contato junto à Área Técnica de Saúde Mental, no Espírito Santo e/ou Ministério da Saúde, para orientações sobre que providências tomarem, a depender de cada situação junto ao Saips, para que consigam a habilitação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que estão funcionando sem o financiamento previsto na Portaria GM/MS Nº 3.089/2011, com prováveis perdas na qualidade do atendimento dos usuários desses serviços;

5.1.28 Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde de Colatina, Mimoso do Sul e Venda Nova do Imigrante, providenciar as habilitações dos leitos de saúde mental existentes nos hospitais gerais de Santa Casa de Colatina, Apóstolo Pedro e Padre Máximo, bem como avaliar a abertura de outros leitos de saúde mental, para melhorias na estruturação dos serviços de referência hospitalar na Raps do Estado do Espírito Santo;

5.1.29 Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde habilitar os atuais 18 (dezoito) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), junto Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips), com os devidos acompanhamentos dos processos, de modo que possam ser financiados por recursos federais.

5.1.30 Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Iúna providenciar a melhoria das condições da estrutura física da farmácia básica municipal, incluindo o armazenamento adequado dos medicamentos psicotrópicos, e se necessário, com a mudança de endereço devido à proximidade com o rio que corta a cidade;

5.1.31 Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço formalizar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME);

5.1.32 Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiros atualizar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME); e

5.1.33 Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Governador Lindenberg utilizar sistema informatizado de gestão de estoque e dispensação de medicamentos.

5.2 Com fundamento no art. 9º, Inciso IV, da Resolução TC-361, de 19 de abril de 2022⁴³ e no item 529 do Manual de auditoria Operacional do TCU⁴⁴ (adotado pelo TCEES por meio da Nota Técnica Segex 2, de 12 de março de 2021):

5.2.1 Dar ciência à Bancada Federal Capixaba (deputados federais e senadores) das necessidades de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) nos municípios, com vistas à alocação de recursos federais para a construção de novas unidades;

5.2.2 Dar ciência à Comissão de Saúde e Saneamento da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES), ao Conselho Estadual de Saúde e ao Grupo de Estudos Fênix/UFES, do presente relatório de auditoria;

5.2.3 Dar ciência ao controle interno da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios, do presente relatório de auditoria;

5.2.4. Dar ciência à Sesa e às Secretarias Municipais de Saúde que as recomendações deliberadas serão monitoradas conforme previsto no manual de auditoria operacional do TCU, adotado por este TCEES por meio da Nota Técnica Segex 02/2021, devendo esse monitoramento ocorrer a partir do segundo semestre de 2025.

Vitória, 30 de agosto de 2024.

Equipe:

Luiz Antônio Alves
Auditor de Controle Externo
Matricula 203.634

Ricardo da Silva Pereira
Auditor de Controle Externo
Matricula 203.087

Supervisora
Maytê Cardoso Aguiar
Auditora de Controle Externo
Matricula 203.667

⁴³ Art. 9º. As ciências se destinam a reorientar a atuação administrativa do jurisdicionado e evitar: IV - o prejuízo às finalidades de órgão, entidade, sistema, programa, projeto ou atividade governamental decorrente do não tratamento de risco relevante.

⁴⁴ 529. A ampla divulgação dos relatórios de auditoria promove a credibilidade das auditorias do Tribunal. Assim, os relatórios de auditoria precisam ser encaminhados para a entidade auditada, o órgão supervisor no Poder Executivo, as comissões do Congresso Nacional e para outras partes responsáveis ou com algum poder de decisão ou influência que possam contribuir para o aperfeiçoamento do desempenho do auditado e para a implementação das deliberações do TCU. (ISSAI 3000/134).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)	12
Figura 2 – Pontos de Atenção da Raps	18
Figura 3 – Centralidade dos Caps na Raps	20
Figura 4 – Perfilização hospitalar – Região Sul	28
Figura 5 – Perfilização hospitalar – Região Central Norte	28
Figura 6 – Perfilização hospitalar – Região Metropolitana	29
Figura 7 – Capacidade instalada e déficit de leitos de saúde mental em hospitais gerais	32
Figura 8 – Caps I em fase inicial de construção no Município de Pinheiros	39
Figura 9 – Fachada do Caps II Aracruz sediado em casa alugada	54
Figura 10 – Fachada do Caps AD Cachoeiro de Itapemirim (foto internet)	55
Figura 11 – Fachada do Caps II Cachoeiro de Itapemirim (estadual) sediado em casa alugada	56
Figura 12 – Banheiro masculino parte externa da casa (Caps II Cachoeiro de Itapemirim estadual)	57
Figura 13 – Fachada do Caps I São Mateus sediado em casa alugada	58
Figura 14 – Banheiro masculino usuários fundos da casa (Caps I São Mateus)	59
Figura 15 – Fachada do Caps AD de São Mateus	59
Figura 16 – Caps AD São Mateus - Mobiliários em más condições de conservação (mesas enferrujadas)	60
Figura 17 – Ações a serem desenvolvidas pelas eMulti	94
Figura 18 – Fachada da farmácia básica	107
Figura 19 – Recepção da farmácia básica	108
Figura 20 – Espaço localizado ao lado da recepção, com acesso para a rua por uma porta de aço (primeiro piso)	108
Figura 21 - Estoque com acesso por meio de elevador adaptado (2º piso)	109
Figura 22 – Armário para armazenamento de medicamentos psicotrópicos sem portas e sem chaves	109

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Série histórica do número de PSR no Espírito Santo, entre 2016 e 2023	24
Gráfico 2 - Leitos SUS de psiquiatria em hospital especializado no Espírito Santo entre 2013 e 2023	31
Gráfico 3 - Leitos em hospitais gerais no Espírito Santo entre 2017 e 2022	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Respostas dos municípios para a questão 58 do questionário eletrônico relacionada à perfilização hospitalar para urgência e emergência em saúde mental	45
Quadro 2 - Respostas dos municípios para a questão 59 do questionário eletrônico relacionada à perfilização hospitalar para internação em saúde mental	47
Quadro 3 – Equipes mínimas dos Caps conforme Portaria de Consolidação 3/2017	63
Quadro 4 – Divergências entre as equipes mínimas exigidas nas Portarias 336/2002 e 130/2012 e as equipes encontradas nas fichas dos Cnes e nas respostas ao Ofício 2297/2024	64
Quadro 5 – Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Espírito Santo ainda não habilitados junto ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips)	100
Quadro 6 – Projetos/boas práticas apontadas pelos municípios em resposta ao questionário eletrônico ou nas visitas realizadas	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ações do PPA 2020-2023 relacionadas à saúde mental	15
Tabela 2 – Despesas estaduais com ações e serviços públicos de saúde mental em 2023	15
Tabela 3 – Unidades básicas de saúde por região de saúde no Espírito Santo	22
Tabela 4 – Equipes de Consultórios na Rua no ES – março/2024	25
Tabela 5 – Relação dos Caps existentes no Espírito Santo	26
Tabela 6 – Comunidades Terapêuticas credenciadas pela Subsecretaria de Políticas sobre Drogas (Rede Abraço) – Exercício de 2023	30
Tabela 7 – Internações em saúde mental para tratamentos psiquiátricos e clínicos no Espírito Santo - 2016 a 2023 – por região de saúde de residência por ano de internação.....	33
Tabela 8 – Internações em saúde mental para tratamentos psiquiátricos e clínicos no Espírito Santo - 2016 a 2023 – por ano de internação segundo procedimentos realizados	33
Tabela 9 – Ações ambulatoriais em saúde na Atenção Psicossocial no Espírito Santo entre 2016 e 2023 – frequência por ano segundo ação realizada.....	35
Tabela 10 - Gastos com clínicas terapêuticas em 2023 (Sesa).....	35
Tabela 11 – Relação dos Caps existentes no Espírito Santo	37
Tabela 12 – Municípios com mais de 15.000 habitantes que são elegíveis para Caps de acordo com as normas do Ministério da Saúde	38
Tabela 13 – Municípios com mais de 150 mil habitantes que não tem Caps III e AD III	41
Tabela 14 – Quantidade e percentual de solicitações de psiquiatria adulto demandadas pelos municípios para a Sesa com mais e com menos de 100 dias de espera	77

Tabela 15 - Quantidade e percentual de solicitações de psiquiatria pediátrica demandadas pelos municípios para a Sesa com mais e com menos de 100 dias de espera	77
Tabela 16 – Fila de espera de psicologia (Aracruz).....	85
Tabela 17 - Relação de pacientes em atendimento e em lista de espera do serviço de psicologia das Unidades Básicas de Saúde de Pinheiros	89
Tabela 18 – Equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental (Emaesm) no Espírito Santo – Posições Cnes x Referência Técnica em Saúde Mental da Sesa	91
Tabela 19 – Valores de recursos federais não repassados para municípios do Espírito Santo por falta de habilitação das Emaesm	92
Tabela 20 – Distribuição de equipes multiprofissionais na APS (eMulti) no Estado do Espírito Santo por Região de Saúde em maio/2024	94
Tabela 21 – Valores de custeio efetivamente pagos a municípios do Espírito Santo referentes a Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti) – parcela de maio de 2024	95
Tabela 22 – Valores de recursos federais não repassados para os municípios por falta de habilitação dos Caps junto ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips)	100
Tabela 23 – Valores de recursos federais não repassados para a Sesa por falta de habilitação das residências terapêuticas, considerando o diagnóstico do Informe Técnico GEPORAS	105

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CIB/ES	Comissão Intergestores Bipartite do Espírito Santo
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Capaac	Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre de Campos
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
eMulti	Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde
Emaesm	Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental
Geporas	Gerência de Políticas e Organização de Redes de Atenção à Saúde da Sesa
Heac	Hospital Estadual de Atenção Clínica
Himaba	Hospital Infantil e Maternidade Bernardino Alves
HPM	Hospital da Polícia Militar
Hras	Hospital Roberto Arnizaut Silveiras
HSCMCo	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Colatina
Nbasp	Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público
Neri	Núcleo Especial de Regulação de Internações
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PSR	População em Situação de Rua
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Rememe	Relação Estadual de Medicamentos
Rename	Relação Nacional de Medicamentos
Remume	Relação Municipal de Medicamentos
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
Saips	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
Sedh	Secretaria de Estado de Direitos Humanos
SEG	Secretaria de Estado de Governo
Sesa	Secretaria de Estado da Saúde
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIHSUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
Sismob	Sistema de Monitoramento de Obras
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:19:06. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
8C6CF6FA-AC31-46FF-8AFE-4950781E825E



MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Auditoria nº 19807

Relatório

Unidade: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITORIA

Município: VITÓRIA/ES



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

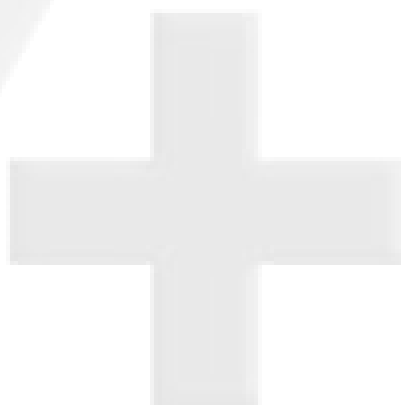
MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Sumário

I - DADOS BÁSICOS	3
II - INTRODUÇÃO	3
III - METODOLOGIA	6
IV - CONSTATAÇÕES	8
Tópico: ACOLHIMENTO E CONTINUIDADE DO CUIDADO	9
Tópico: CAPACITAÇÃO	18
Tópico: INFORMAÇÃO	20
Tópico: GESTÃO	23
V - CONCLUSÃO	27
VI - ANEXOS	28





SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

I - DADOS BÁSICOS

Finalidade: Auditoria na PNSMAD - 2024

Entidade Responsável: SMSV

CPF/CNPJ: **.142.058/****-**

Município/UF: VITÓRIA-ES

Fase(s):

Tipo da Fase	Data Início	Data Término
Analítica	08/07/2024	19/07/2024
Analítica	22/07/2024	26/07/2024
Analítica	29/07/2024	02/08/2024
Execução - In loco	26/08/2024	30/08/2024
Relatório	02/09/2024	06/09/2024
Execução - In loco	09/09/2024	13/09/2024
Execução - In loco	16/09/2024	17/09/2024
Relatório	18/09/2024	11/10/2024
Relatório	14/10/2024	18/10/2024

Demandante: Componente Federal do SNA

Forma: Direta

Objeto: At.Bás|SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Abrangência: Janeiro 2022 a dezembro 2023

Nº Protocolo: 25000.101146/2024-88

II - INTRODUÇÃO

Trata-se de auditoria na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSMAD), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) realizada na Secretaria Municipal de Saúde (Semus) de Vitória no estado do Espírito Santo/ES, em atendimento ao Plano Anual de Auditoria (PAA-2024) do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS). O objetivo foi verificar se a Atenção Primária à Saúde exerceu as atribuições de coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O período de **abrangência da atividade foi de 01/01/2022 a 31/12/2023**.

O objetivo da auditoria foi respondido pelas seguintes questões de auditoria divididas em quatro eixos:

a) Acolhimento e Continuidade do Cuidado

1. As Unidades Básica de Saúde (UBS) visitadas possuem critérios definidos para a classificação de risco de atendimento e continuidade do cuidado considerando risco e vulnerabilidade relacionados a transtornos mentais?
2. As UBS visitadas realizam acolhimento de casos de urgência e emergência de saúde mental?
3. As UBS visitadas realizam ações de prevenção e promoção relacionadas à temática da saúde mental?
4. As UBS visitadas realizam continuidade do cuidado ou ações de redução de danos a grupos específicos de pacientes?
5. As UBS visitadas realizam ações do Programa Saúde na Escola (PSE) relacionadas à saúde mental?
6. As equipes avaliadas desenvolvem Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de casos de saúde mental com a participação do paciente?
7. As equipes avaliadas realizam acompanhamento dos familiares de usuários com transtorno mental e uso abusivo de álcool e drogas?
8. As UBS visitadas possuem procedimento de acompanhamento dos pacientes que realizam troca de receita em saúde mental?
9. As UBS visitadas possuem estratégias definidas para atendimento de pacientes após a notificação de casos de violência autoprovocada, doméstica, dentre outras?
10. As UBS visitadas desenvolvem atividades no território, favorecendo o combate a estigmas e preconceitos relacionados a pessoas com problemas de saúde mental?

b) Capacitação

1. A Semus realiza levantamento de necessidade de capacitação para os profissionais que atuam na atenção primária sobre a temática de



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

saúde mental?

2. A Semus desenvolve ações de educação permanente e continuada voltada aos profissionais de saúde que atuam na APS, na temática de saúde mental, articulando instituições, promovendo e estimulando a participação destes profissionais?

c) Informação

1. Os registros dos atendimentos em saúde mental estão sendo coletados de forma detalhada e atualizada nas UBS visitadas?

2. As UBS visitadas realizam avaliação e monitoramento (ou sala de situação) dos casos de saúde mental mais prevalentes no território (exemplo: ansiedade, depressão, violência, psicoses etc.)?

3. As UBS visitadas compartilham os registros de pacientes em atendimento com transtorno mental com outros pontos da rede?

d) Gestão

1. Os instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde-PMS, Programação Anual de Saúde-PAS e Relatório Anual de Gestão-RAG) do município auditado possuem ações de saúde voltadas à saúde mental na atenção básica?

2. As ações relacionadas à saúde mental, álcool e outras drogas na atenção básica do Plano de Ação Municipal estão alinhadas às ações do Plano de Ação Regional?

3. A Semus divulga à comunidade as ações voltadas à saúde mental na atenção básica?

4. O grupo condutor municipal que compõe o Colegiado de Gestão Regional (CGR), acompanha e avalia as ações de saúde mental na atenção básica, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Plano Municipal de Saúde e pela Política Nacional de Saúde Mental?

5. O grupo condutor municipal propõe ações educativas de prevenção e cuidados na temática de saúde mental na atenção básica?

Escopo e não-escopo

Nesse sentido, esta auditoria apresentou como escopo a análise das atribuições do componente de APS enquanto coordenadora da RAPS, nos eixos de acolhimento e continuidade do cuidado, capacitação dos profissionais, informação e gestão.

Não fez parte do escopo da atividade a avaliação das metas, indicadores e financiamento da APS, bem como, a atuação dos demais componentes da RAPS.

Visão Geral do Objeto

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como bem-estar vivido pelo sujeito, de tal forma que ele possa vivenciar suas habilidades e contribuir para a comunidade. Assim, além do físico, abrange as dimensões psíquicas e sociais. Portanto, a saúde mental tem características biopsicossociais e precisa ser tratada nestas diferentes frentes.

No Brasil, a garantia do direito constitucional à saúde inclui o cuidado à saúde mental. E a Política de Saúde Mental se pauta em princípios como a desinstitucionalização, o cuidado em liberdade e os direitos humanos. (Ministério da Saúde, acesso em 29/07/2024).

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas tem como marco legal a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redefine o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei que foi resultado de um movimento iniciado nos anos 1970, conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial, promove a transição de um modelo de internação e exclusão social para um cuidado em liberdade integrado à comunidade.

Essa mudança inclui a criação de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, com o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Serviços Residenciais Terapêuticos, pelo Ministério da Saúde e a implantação do Programa de Volta para Casa. Em 2011, a Portaria GM/MS nº 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para ampliar o acesso ao atendimento e integrar diferentes pontos de atenção no território.

A assistência em saúde mental no Brasil organiza-se em seis eixos complementares: Atenção Básica, Especializada, Urgências e Emergências, Residencial Transitória, Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação. A rede inclui Unidades Básicas de Saúde, equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultório na Rua (CR) e apoio aos serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório), Centros de Convivência, CAPS, Unidades de Acolhimento, e serviços hospitalares e de urgência.

Os transtornos de ansiedade e depressão lideram as estatísticas de prevalência entre os problemas de saúde mental na atualidade, muitas vezes, se manifestam de forma atípica, com pacientes apresentando queixas somáticas como dores crônicas, fadiga e insônia. A alta demanda por prescrições de medicamentos psicotrópicos, aliada ao uso prolongado desses fármacos, representa um desafio significativo para a APS.

A Portaria GM/MS nº 4.279/2010 estabeleceu diretrizes para organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

(SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Conforme a Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, a APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Além disso, a APS é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, inclusive no âmbito da saúde mental.

Para a presente atividade, foi selecionada a capital do Estado (Vitória-ES) para ser auditada. A justificativa para tal escolha foi a maior relação que a capital tende a apresentar com os outros níveis de atenção da Rede e a possibilidade de maior acesso a informações e a dados que permitam visualizar questões como referência e contrarreferência na RAPS, facilitando a avaliação de como tem sido realizada a execução da política de saúde mental no território.

Conforme o Plano Municipal de Saúde de Vitória (2022-2025), a APS no município é estruturada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2021, essa estratégia alcançou uma cobertura de 93,83% da população, sendo atendida por um total de 81 equipes de Saúde da Família (eSF). Além disso, o município dispõe de 17 equipes de Atenção Primária (eAP), com médico e enfermeiro, que complementam as equipes de Saúde da Família. Todas as UBS do município contam com uma equipe multiprofissional ampliada. Dentre essas equipes, oito estão organizadas como Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e atendem a treze UBS, atuando principalmente na promoção da saúde e no cuidado em saúde mental. O município também conta com duas equipes de Consultório na Rua, que atendem a todo o território municipal.

Cabe ressaltar que, dentro do período de abrangência desta auditoria, a legislação trouxe novas organizações à disponibilização do serviço multiprofissional de saúde nos municípios. A eMulti (Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde) foi instituída em 2023, por meio da Portaria GM/MS nº 635 de 22/05/2023, com o objetivo de fortalecimento ao cuidado multiprofissional na APS e continuidade ao trabalho do NASF com reformulações e mudanças para atender as demandas do perfil demográfico e epidemiológico atual. A Portaria SAES/MS nº 472 de 31/03/2023 veio orientar sobre a identificação das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Destaca-se, também, que ainda em 2022 havia suspensão de atividades que pudessem gerar concentração de pessoas devido à pandemia da doença do coronavírus (Covid-19), conforme Legislação vigente à época (Lei Federal nº 13.979, de 06/02/2020; Portaria GM/MS nº 356, de 11/03/2020; Decreto Estadual nº 4.636-R, de 19/04/2020). Foi informado pela Semus que a retomada das intervenções grupais se deu de forma gradual, a partir da declaração da OMS do fim da Emergência em Saúde Pública referente à Covid-19, em maio de 2022, o que justificou disparidades na produção de atividades coletivas de 2022 para 2023.

O município de Vitória possui população de 322.869 pessoas, com uma densidade demográfica de 3.324,33 habitantes/km², conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE de 2022 (IBGE, acesso de 31/07/2024).

De acordo com Plano Municipal de Saúde (2022-2025), o município está organizado em seis regiões de saúde: Centro, Continental, Forte São João, Maruípe, Santo Antônio e São Pedro.

Equipamentos de APS e saúde mental:

- 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 01 Serviço de Consultório na Rua composto por duas equipes;
- 04 Centros de Atenção psicossocial (CAPS): Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria), Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III São Pedro), Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) e Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi);
- 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

As equipes de Consultório na Rua (eCR) atuam segundo critérios de territorialização, cada qual responsável por três das seis regiões de saúde do município: a eCR da UBS Andorinhas como referência para Região Continental, Maruípe e Forte São João; e a eCR da UBS Vitória como referência para a Região Centro, Santo Antônio e São Pedro.

Na Atenção Especializada, o cuidado em saúde mental ocorre também no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CMEV), no Centro de Referência no Atendimento ao Idoso (CRAI), Centro de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (IST/Aids), Centro Especializado de Atenção à Saúde da Mulher e Famílias em Situação de Violência (Casa Rosa).

Para acompanhar e fiscalizar as propostas e ações de saúde no município, inclusive no âmbito da saúde mental, existe o Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) que foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.142/1990 e pela Lei Municipal nº 6.606/2006, sendo este um órgão permanente, de caráter deliberativo, fiscalizador e consultivo vinculado à Semus (CMSV, 2006). De acordo com informações do portal



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

eletrônico do Conselho Nacional de Saúde, no município de Vitória são ao todo 592 conselheiros nos 37 Conselhos Locais do município, entre titulares e suplentes, alocados nas 3 representações: usuários, trabalhadores e gestores.

Os dados indicam que há uma rede de atenção à saúde implantada para dar suporte às necessidades de saúde mental da população de Vitória e que existe instância de fiscalização e acompanhamento, o CMSV.

III - METODOLOGIA

Os procedimentos e técnicas utilizados na execução desta ação seguiram as orientações contidas no Manual "Princípios, Diretrizes e Regras da Auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde" (2017).

Nesta atividade, foi adotada a metodologia de matrizes (Planejamento e Achados), que utiliza como disparador as questões a serem respondidas durante a fase operativa, direcionando a coleta e análise de informações, de forma a estruturar o planejamento da fase analítica e facilitar a fase de execução e de relatórios.

O desenvolvimento dos trabalhos da atividade foi, então, composto pelas seguintes fases:

1. Fase de Planejamento:

1.1 Estudo das legislações correlatas, a saber:

-BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

-BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

-BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

-BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

-BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

-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.

-BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria nº 14.819, de 16 de janeiro de 2024. Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares.

-BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria nº 1.320, de 22 de junho de 2021. Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências.

-BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria nº 1.004, de 21 de julho de 2023. Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2023/2024, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

-BRASIL. Tribunal de Contas da União - Glossário de Termos do Controle Externo - SEGECEX/ADGECEX/SEMEC- Brasília, DF - setembro/2017.

-BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - 3ª Edição - Brasília-DF, 2009.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 (Cadernos de Atenção Básica nº 28, v. II).

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos de Atenção Básica nº 34).

-BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) - Versão Profissionais de Saúde e Gestores -



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Completa. Brasília-DF, 2017.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do usuário: DigiSUS gestor: módulo planejamento. Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. - BrasíliaDF: 2021.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 52 p.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Compêndio de orientações técnicas da AUDSUS/MS [recurso eletrônico] - Brasília: 2023.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário de termos técnicos utilizados no Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS - 1ª Edição - BrasíliaDF, 2023.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2024-2027- Brasília- DF.

-CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA-CMSV. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Vitória-ES, 2006.

-BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

-BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria nº 472, de 31 de maio de 2023. Altera a Portaria SAES/MS nº 37, de 18 de janeiro de 2021, visando a identificação das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

1.2 Consulta e coleta de dados referentes ao município auditado em sites oficiais e nas bases de dados do Ministério da Saúde:

-Portal eletrônico da Semus de Vitória (<https://m.vitoria.es.gov.br/semus>), em 26/09/2024

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde, Saúde Mental. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>, acesso em 29/07/2024.

-CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE-MS. Espírito Santo: Atuação dos Conselhos Locais de Saúde é Receita para um SUS forte. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3394-espirito-santo-atuacao-dos-conselhos-locais-de-saude-sao-receita-para-um-sus-forte>, acesso em 29/07/2024.

-Sistema de Informação DigiSUS - Ministério da Saúde.

-IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Cidades e Estados. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/vitoria.html>, acesso em 31/07/2024.

-CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, acesso em 16/07/2024.

1.3 Elaboração de Papéis de Trabalho (anexos ao Sistema de Auditoria do SUS - SISAUD/SUS no arquivo Roteiros de Coleta de Dados):

-Roteiro A - Entrevista Semus;

-Roteiro B - Análise documental Gestão e Área técnica;

-Roteiro C - Entrevista com os profissionais das equipes das UBS visitadas;

-Roteiro D - Entrevista profissionais UBS;

-Roteiro E - Observação direta UBS;

-Roteiro F - Análise de prontuários;

-Roteiro G - Entrevista com usuário;

-Roteiro H - Entrevista com o familiar.

1.4 Cálculo das amostras auditadas:

A confecção da amostra de UBS e equipes a ser auditada pautou-se na seleção de conveniência, de maneira aleatória na identificação das regiões de saúde, UBS e equipes a serem auditadas.

Para o cálculo amostral, foi feito o preenchimento da Planilha “Cálculo Amostra em Saúde Mental” com dados extraídos do Plano Municipal de Saúde (2022-2025) e do CNES (acesso em 16/07/2024), em que constavam mecanismos de cálculos para seleções aleatórias da amostragem.

O Plano Municipal de Saúde indicou seis regiões de saúde (Centro, Continental, Maruípe, Santo Antônio, Forte São João e São Pedro). Para cada região de saúde com o auxílio da planilha de cálculo amostral, foi selecionada uma UBS a ser auditada. Para cada UBS escolhida, foram selecionadas duas equipes a serem auditadas, sendo uma eSF e uma eMulti. Todas as UBS selecionadas apresentaram uma eMulti, as quais foram inseridas na seleção da amostra. A exceção se deu no caso da UBS-Ilha do Príncipe (Dr. Manoel Rocha Coutinho)-região Centro, que não contém eMulti. Assim, para esta UBS foram selecionadas duas eSF.

Diante do exposto, a amostragem se configurou da seguinte forma:



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

EQUIPES POR UBS SELECIONADA			
Região	UBS selecionada por região	Equipe	Tipo da equipe
Santo Antônio	UBS ALAGOANO ARIIVALDO FAVALESSA	EMULTI FAVALESSA	EMULTI
		FAVALESSA 3	ESF
São Pedro	UBS ILHA DAS CAIEIRAS	EMULTI ILHA DAS CAIEIRAS	EMULTI
		ILHA DAS CAIEIRAS 1	ESF
Centro	UBS ILHA DO PRINCEPE	ILHA DO PRINCEPE II	ESF
		ILHA DO PRINCEPE	ESF
Continental	UBS JARDIM DA PENHA OTAVIANO R. CARVALHO	JARDIM DA PENHA 2	ESF
		NASF JARDIM DA PENHA	EMULTI
Forte São João	UBS JESUS DE NAZARETH	EMULTI JESUS DE NAZARETH	EMULTI
		JESUS DE NAZARETH	ESF
Maruípe	UBS SANTA MARTHA	SANTA MARTHA 3	ESF
		EMULTI SANTA MARTHA	EMULTI

1.5 Elaboração da Matriz de Planejamento (anexa ao SISAUD/SUS).

1.6 Elaboração do cronograma das atividades programadas a serem realizadas na fase operativa (anexo ao SISAUD/SUS).

1.7 Elaboração do Comunicado de Auditoria (CA).

1.8 Elaboração do Relatório Analítico.

2. Fase Operativa

2.1 Reunião on line com a gestão da Semus e com os responsáveis pelas áreas técnicas da Atenção Primária e da Saúde Mental para apresentação da auditoria e para entendimento sobre o funcionamento da saúde mental no município.

2.2 Definição da amostragem de prontuários:

Para definir o tamanho da amostra de prontuários analisada de cada equipe, foi realizado cálculo amostral por meio da planilha excel ``amostra prontuários``. A fórmula utilizada para o cálculo da amostra considerou um erro de 10% e nível de confiança de 90%, para que fosse possível obter um resultado seguro, com um tamanho de amostra reduzido para prontuários de pacientes com demandas em saúde mental nos anos de 2022 e 2023 no município de Vitória-ES.

Foi disponibilizado pelo nível central o levantamento com os atendimentos em saúde mental feitos pelo município de Vitória no período auditado. Nessa listagem, foi feita a exclusão de números de CNS (Cartão Nacional do SUS) repetidos e foram identificados os atendimentos realizados pelas 12 equipes auditadas. Deste universo de atendimentos, foi selecionada aleatoriamente uma amostra de 64 prontuários representativa do todo. Esses prontuários foram disponibilizados por meio de acesso ao sistema próprio do município, Rede Bem-Estar, e foram analisados com o subsídio do Roteiro de Análise de Prontuários. Os dados foram compilados e interpretados à luz da legislação pertinente.

2.3 Reunião com a representante da gestão da Semus e com os responsáveis pelas áreas técnicas da Atenção Primária e da Saúde Mental para a apresentação da dinâmica da auditoria nas UBS e aplicação do Roteiro A - Entrevista Semus.

2.4 Visita às UBS selecionadas na amostragem (inspeção local, entrevistas com profissionais e com usuários dos serviços de saúde mental, levantamento de documentação comprobatória, registros fotográficos, análise de prontuários).

2.5 Análise da documentação encaminhada pela Semus e dos dados coletados nas visitas às UBS.

2.6 Elaboração de Papéis de Trabalho.

2.7 Elaboração da Matriz de Achados.

2.8 Elaboração do Relatório Preliminar.

2.9 Encaminhamento do Relatório Preliminar à unidade auditada.

3. Fase de Relatório Final

3.1 Análise das justificativas apresentadas pela unidade auditada.

3.2 Elaboração do Relatório final.

IV - CONSTATAÇÕES



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Tópico: ACOLHIMENTO E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694620

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas não possuem critérios implantados para a classificação de risco de atendimento e continuidade do cuidado considerando risco e vulnerabilidade relacionados a transtornos mentais.

Evidência: A Semus informou que o município de Vitória está em processo de implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) na Atenção Básica. Esse processo teve início em janeiro de 2023 com a retomada da atualização do Protocolo de Avaliação Inicial, seguida pela capacitação dos profissionais das sete UBS piloto (Conquista/ Nova Palestina, Forte São João, Jardim Camburi, Maria Ortiz, Maruípe, Santo Antônio e Vitória). A última etapa prevista é a capacitação das demais UBS da rede municipal, programada para novembro de 2024.

Na versão preliminar do documento "Diretrizes do Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica em Vitória-ES: Recomendações para a Organização do Processo de Trabalho no Nível Local", são estabelecidos critérios para a classificação de risco e vulnerabilidade, incluindo aqueles relacionados a transtornos mentais. Além de definir o risco, esses critérios orientam os profissionais a avaliar as necessidades dos pacientes e identificar as intervenções necessárias, qualificando os encaminhamentos e o acompanhamento na rede de saúde conforme a estratificação de risco e vulnerabilidade.

A "Minuta da Linha de Cuidado para Pessoas com Comportamento Suicida" também estabelece critérios para a avaliação, classificação de risco e organização do cuidado após essa classificação.

No entanto, esses documentos não foram implementados para guiar as ações de acolhimento, classificação de risco e encaminhamentos. Até o momento, o serviço de ACR não está totalmente implantado. Não foram encontrados registros de acolhimento com classificação de risco nos prontuários de atendimentos de demanda espontânea, tampouco a estratificação de risco ou vulnerabilidade para pacientes com transtornos mentais ou em uso de álcool e outras drogas. Essas informações foram confirmadas pelos profissionais de saúde durante observações diretas nas UBS.

Essa situação está em desacordo com as disposições do Item 3.3 e o inciso VI do Item 4.1, Anexo 1 do Anexo XXII, PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017. Essa normativa estabelece que as UBS devem garantir o acolhimento e a escuta ativa e qualificada, com classificação de risco e encaminhamento responsável, de acordo com as necessidades apresentadas. Além disso, as UBS devem se articular de forma resolutiva com outros serviços, conforme as linhas de cuidado estabelecidas. Os profissionais das equipes de atenção básica são responsáveis por acolher os usuários, proporcionar atendimento humanizado, realizar a classificação de risco, identificar as necessidades de cuidado, garantir a continuidade da atenção e promover o vínculo com os pacientes.

Desta forma, a ausência de instrumentos padronizados e validados para avaliação de risco e vulnerabilidade pode resultar no comprometimento da qualidade da assistência, reduzir a continuidade do cuidado e aumentar o risco de hospitalizações e eventos adversos.

Fonte da Evidência: - Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

1. MANIFESTAÇÃO SEMUS/GAS nº 456/2024. Prefeitura de Vitória/Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de Atenção à Saúde, de 22/08/2024;

2. Diretrizes do acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica em Vitória-ES, Recomendações para organização do processo de trabalho no nível local, 2024 - Versão Preliminar;

3. Minuta da Linha de cuidado a pessoas que apresentam comportamento suicida. Prefeitura de Vitória/Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de Atenção à Saúde, 2023.

- Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.

- Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGI-RBE), acesso no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

- Consolidado Roteiro F- análise de prontuários, no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

- Consolidado Roteiro E- tabulação de dados coletados a partir de observação direta, no período de 26 a 30/08/2024.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: Em síntese, a Semus, em manifestação à não conformidade (íntegra no Anexo II), apresentou as "Diretrizes do Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica em Vitória/ES" e a "Linha de Cuidado para Pessoas com Comportamento Suicida" publicadas na Rede Bem Estar em 18/11/2024 e 06/11/2024 respectivamente. Informou que o "Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica em Vitória/ES" está em fase de validação e que a "Diretrizes da RAPS Municipal de Vitória" encontra-se em fase de elaboração pela Gerência de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde Mental. Descreveram as etapas do processo de elaboração dos documentos "Diretrizes do Acolhimento à Demanda Espontânea" e "Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica" que foram elaborados de forma participativa com profissionais das UBS e técnicos da Semus. Reforçou que conforme os princípios organizativos do SUS, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as orientações para a Rede de Atenção à Saúde de Vitória, as Unidades Básicas de Saúde compõem a RAPS e realizam ofertas de cuidado no âmbito da Saúde Mental, na perspectiva da promoção da saúde, prevenção e de seguimento de cuidado. Nessa organização, os casos de transtorno mental leve a moderado são conduzidos pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (com apoio de outros pontos de atenção da Rede como ambulatório especializado em psiquiatria e matriciamento com os CAPS) e os casos moderados a graves são conduzidos pelas equipes dos CAPS (com apoio da UBS).

Análise da Justificativa: Diante da manifestação apresentada pela Semus, acata-se parcialmente, tendo em vista que apresentou ações direcionadas para a implantação dos critérios para a classificação de risco de atendimento e continuidade do cuidado considerando risco e vulnerabilidade relacionados a transtornos mentais nas UBS.

Acatamento da Justificativa: Parcialmente

Recomendação: Adotar instrumentos padronizados e validados para a avaliação de risco, bem como, implantar o acolhimento com estratégias de classificação de risco e de continuidade do cuidado, considerando risco e vulnerabilidade relacionados a transtornos mentais em todas as UBS, em conformidade com as disposições do Item 3.3 e o inciso VI do Item 4.1, Anexo 1 do Anexo XXII, PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017, que estabelece que as UBS devem garantir o acolhimento e a escuta ativa e qualificada, com classificação de risco e encaminhamento responsável, de acordo com as necessidades apresentadas e que devem se articular de forma resolutiva com outros serviços, conforme as linhas de cuidado estabelecidas. Além disso, os profissionais das equipes de atenção básica são responsáveis por acolher os usuários, proporcionar atendimento humanizado, realizar a classificação de risco, identificar as necessidades de cuidado, garantir a continuidade da atenção e promover o vínculo com os pacientes.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
SMSV	**142.058/****-**

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694621

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As UBS visitadas realizam acolhimento de casos de urgência e emergência de saúde mental.

Evidência: A Semus possui instrumentos em fase de validação que estabelecem diretrizes para o acolhimento de usuários que procuram a UBS com demandas espontâneas, sejam elas agudas ou crônicas agudizadas, referindo queixas clínicas e solicitações de atendimento no mesmo dia. Esses instrumentos também orientam os pontos de atenção da rede municipal de saúde para o acolhimento e cuidado de pessoas com comportamento suicida.

Embora esses instrumentos ainda não tenham sido aprovados e implantados oficialmente na atenção básica do município, foi observado que os profissionais das UBS realizam acolhimento e escuta ativa nos casos de urgência e emergência em saúde mental, seja em situações agudas ou de violência. O atendimento é humanizado, com os encaminhamentos necessários sendo realizados. Conforme verificado nos prontuários analisados, há registros de atendimentos a eventos agudos de saúde mental ou relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Na percepção dos profissionais das UBS visitadas, o acolhimento é visto como uma boa prática em saúde mental, especialmente nos casos agudos. A prática inclui remoção com ambulância, administração de medicações básicas para



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

manejo de crises, e decisões rápidas tomadas em equipe.

Adicionalmente, as "Diretrizes para Configuração da Agenda Eletrônica nas Unidades de Saúde" incluem orientações para a programação da agenda de demanda espontânea, prevendo o atendimento a casos de urgência e emergência.

Essa situação está em conformidade com o Item 3.3, o inciso VI do Item 4.1, e o inciso VI do Item 5, Anexo 1 do Anexo XXII, PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017, que estabelece a importância do acolhimento com escuta ativa e qualificada, atendimento humanizado e encaminhamento responsável, de acordo com as necessidades apresentadas pelos pacientes.

Fonte da Evidência: - Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

1. Diretrizes do acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica em Vitória-ES, Recomendações para organização do processo de trabalho no nível local, 2024 - Versão Preliminar;
 2. Minuta da Linha de cuidado a pessoas que apresentam comportamento suicida. Prefeitura de Vitória / Secretaria Municipal de Saúde / Gerência de Atenção à Saúde, 2023;
 3. Diretrizes para configuração da agenda eletrônica nas Unidades de Saúde. Prefeitura de Vitória / Secretaria Municipal de Saúde / Gerência de Atenção à Saúde.
- Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.
- Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGI-RBE), acesso no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.
- Consolidado Roteiro D (qualitativo) - análise dos questionários aplicados com profissionais das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.
- Consolidado Roteiro E - tabulação de dados coletados a partir de observação direta, no período de 26 a 30/08/2024.
- Consolidado Roteiro F - análise de prontuários, no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694622

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As UBS visitadas realizam ações de prevenção e promoção relacionadas à temática da saúde mental.

Evidência: De acordo com as informações levantadas em entrevistas junto aos profissionais das UBS, tem sido uma prática no município o incentivo dos usuários de saúde mental a integrarem grupos com temas variados, como estratégia para aumentar a adesão ao acompanhamento em grupo, especialmente frente ao preconceito que muitos usuários ainda têm em relação à saúde mental. Nestes diversos grupos, são trabalhadas as temáticas pertinentes à saúde mental. Esses dados foram confirmados pela análise de relatórios das ações coletivas realizadas em 2022 e 2023, em que foi identificada a realização de diversos grupos de temáticas e públicos variados que abordavam em suas práticas conteúdos pertinentes à saúde mental. As UBS Alagoano, Ilha das Caieiras e Jardim da Penha apresentaram registros comprobatórios de realizações de reuniões de equipe e atividades coletivas voltadas para a saúde mental com os usuários e familiares; as UBS Ilha do Príncipe e Jesus de Nazareth apresentaram registros de reuniões de equipe e atividades coletivas com os usuários e a UBS Santa Martha apresentou registros de reuniões de equipe sobre as demandas de saúde mental.

A análise da amostra de prontuários indicou registros de encaminhamentos dos pacientes a grupos específicos e a ações de prevenção e promoção à saúde com temas diversos, tais como: tabaco e outras drogas, acolhimento em psicologia, práticas corporais, atividade física, oficina de cultura, educação de agravos negligenciados, educação em saúde para diferentes públicos (gestantes, adolescentes etc.), jardim terapêutico, dentre outros.

As referidas práticas de prevenção e promoção à saúde relativas à saúde mental estão de acordo com o preconizado no inciso I, Art. 6º, Título I, Anexo V, PRC GM/MS nº 3, de 28/09/2017, que dispõe sobre pontos de Atenção Psicossocial na Atenção Básica, apontando a necessidade de iniciativas que abranjam 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



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

condicionantes de saúde das coletividades.

Fonte da Evidência: -Documento apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:
1.Relatórios de produção do período de 01/01/2022 a 31/08/2024 do sistema Rede Bem-estar, Atividade/Ação coletiva, das seis UBS visitadas.
-Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.
-Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGI-RBE), acesso no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.
-Consolidado Roteiro C - análise das entrevistas realizadas com profissionais das equipes das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.
-Consolidado Roteiro D (qualitativo)- análise dos questionários aplicados com profissionais das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.
-Consolidado Roteiro F- análise de prontuários, no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694623

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As UBS visitadas realizam continuidade do cuidado dos pacientes de saúde mental.

Evidência: Nas entrevistas realizadas nas UBS, os profissionais de saúde relataram prestar atendimento contínuo à saúde mental, acolhendo crianças, adolescentes, adultos e usuários de álcool e outras drogas. Eles avaliam e acompanham os casos encaminhados para outros pontos da rede. As UBS também desenvolvem Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em parceria com outros serviços.

A análise dos questionários com os profissionais de saúde revelou boas práticas que favorecem a continuidade do cuidado, como: reuniões de equipe e matriciamento, trabalho com grupos voltados para a saúde mental e atuação interdisciplinar, envolvendo diversos profissionais no manejo dos casos.

Nos prontuários, foram registrados atendimentos em grupos específicos, como os de tabagismo e dependência química, terapia infantil, educação física, acolhimento psicológico e educação em saúde para adolescentes, hipertensão e diabetes (Hiperdia), gestantes e idosos, além de ações como o jardim terapêutico. Também foram identificados relatos de PTS e de encaminhamentos para serviços especializados, como psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia, assistência social, auriculoterapia, neurologia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), clínicas de dependência química e o Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC).

Os relatórios de atividades coletivas do sistema Bem Estar indicam que foram abordados temas variados, com grupos diversos que trabalharam demandas de saúde mental e a realização de reuniões de equipe com a temática da saúde mental.

Assim sendo, constatou-se que as UBS visitadas promovem a continuidade do cuidado em saúde mental por meio de atendimentos individuais e em grupo, bem como realizam encaminhamentos para outros pontos da rede, mantendo-se como gestora do cuidado, o que atende ao Art. 4º, Título I, Anexo V, PRC GM/MS nº 3, de 28/09/2017, que preconiza a promoção de cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis e a prevenção do uso de álcool e outras drogas, como objetivos específicos da rede de Atenção Psicossocial; bem como está de acordo com o inciso VI, Item 4.1, Anexo 1 do Anexo XXII, PRC nº 2 GM/MS, de 28/09/2017, que aponta como atribuições dos membros das equipes de atenção básica a participação no acolhimento dos usuários, com responsabilização pela continuidade da atenção e estabelecimento do vínculo.

Fonte da Evidência: -Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:
1.Relatórios de produção do período de 01/01/2022 a 31/08/2024 do sistema Rede Bem Estar, Atividade/Ação coletiva, das seis UBS visitadas.
-Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

- Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGI-RBE), acesso no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.
- Consolidado Roteiro C- análise das entrevistas realizadas com profissionais das equipes das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.
- Consolidado Roteiro D (qualitativo)- análise dos questionários aplicados com profissionais das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.
- Consolidado Roteiro F- análise de prontuários, no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694624

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As UBS visitadas realizaram ações do Programa Saúde na Escola (PSE) relacionadas à saúde mental no período auditado.

Evidência: A Semus informou que, em cumprimento às medidas de distanciamento social impostas pela pandemia de Covid-19, as atividades coletivas nas UBS e escolas, incluindo as do PSE, foram suspensas. No entanto, com o fim da Emergência em Saúde Pública e a flexibilização das restrições, a partir de maio de 2022 houve a retomada gradual dessas ações. Apesar da interrupção inicial, os relatórios de atividades coletivas do sistema Bem Estar demonstram a realização de ações do PSE relacionadas à saúde mental ao longo de 2022 e 2023. Entre os temas abordados, destacam-se a prevenção da violência, a promoção da cultura da paz, o combate ao bullying e a conscientização sobre as substâncias psicoativas. Além disso, foram desenvolvidas ações que tratam a saúde mental de forma transversal, como atividades físicas, promoção da cidadania e direitos humanos. Diante do exposto, evidenciou-se conformidade quanto à realização de ações do PSE relativas à saúde mental no período auditado, de acordo com o disposto no Item 4.1 e no inciso VIII do Item 5, Anexo 1 do Anexo XXII, PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017, que preconiza a atenção integral à saúde da população adscrita, por meio de ações de atenção à saúde nos espaços comunitários, incluindo as escolas.

Fonte da Evidência: -Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

- 1.Listagem com os nomes dos profissionais de cada UBS que são referência do Programa Saúde na Escola (PSE);
- 2.Relatórios de produção do período de 01/01/2022 a 31/08/2024 do sistema Rede Bem Estar, Atividade/Ação coletiva, das seis UBS visitadas;
- 3.Manifestação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de 27/08/2024 a respeito dos impactos da Pandemia de Covid-19 na produção de ações/atividades coletivas no ano de 2022;
- 4.PSE- Temas em Saúde disponível no Sítio eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde: https://www.vitoria.es.gov.br/semus/saude-da-crianca-e-do-adolescente#a_saudeescolar (Última atualização pela SEMUS em 29/07/2024, às 15h21).

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694625

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As equipes avaliadas desenvolvem Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de casos de saúde mental.

Evidência: A análise dos dados coletados durante as entrevistas com os profissionais das UBS, juntamente com os registros das atividades/ações coletivas documentados no sistema Rede Bem Estar e os cronogramas das reuniões de matriciamento, revela que as equipes participam ativamente da construção do PTS para os casos mais graves de saúde mental. Essa participação se dá por meio da discussão dos casos em reuniões de equipes e de matriciamento, em parceria com os CAPS e outros serviços, como Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e escolas.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Em relação à participação do paciente no desenvolvimento do PTS, os profissionais entrevistados indicaram que a participação ocorre a depender do grau de comprometimento e a situação de cada caso.

Portanto, conclui-se que as equipes avaliadas desenvolvem os PTS de forma colaborativa, integrando equipes multidisciplinares e outros serviços da rede. Essa prática está de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 34 (MS/SAS/DAB/DAPEs, 2013), que atribui ao técnico de referência a responsabilidade de coordenar e reavaliar o PTS em conjunto com a pessoa cuidada, seus familiares, a equipe de saúde e outras instâncias.

Fonte da Evidência: - Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

1. Cronograma de Matriciamento em Saúde Mental dos CAPS com as UBS anos 2022/2023/2024;
2. Relatórios de produção do período de 01/01/2022 a 31/08/2024 do sistema Rede Bem Estar, Atividade/Ação coletiva, das seis UBS visitadas.

- Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.

- Consolidado Roteiro C- análise de entrevista com os profissionais das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694626

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As equipes avaliadas realizam acompanhamento dos familiares de usuários com transtorno mental e uso abusivo de álcool e drogas.

Evidência: Nas entrevistas realizadas com os profissionais das equipes, foi relatado que o acompanhamento dos familiares de usuários com transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas é feito por meio de atendimentos individuais e em grupo. A realização desses atendimentos em grupo foi confirmada pelos relatórios de produção de atividades/ações coletivas.

Durante visita in loco, dois familiares foram entrevistados, e ambos relataram o acompanhamento pela equipe de saúde, além da participação em grupos coletivos.

O acompanhamento das famílias também ocorre por meio de visitas domiciliares e ações de matriciamento junto a outros equipamentos da rede de saúde e assistência, como o CRAS e CREAS. As equipes utilizam ainda a Escala Vitória, um instrumento que permite identificar as famílias em maior situação de vulnerabilidade, direcionando ações específicas conforme cada caso. Nos prontuários foi observada a estratificação do grau de risco das famílias.

Assim, as equipes avaliadas cumprem o disposto no inciso VIII, Item 4.1, Anexo 1 do Anexo XXII, PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017, que estabelece como atribuição comum a todos os membros das equipes da atenção básica o cuidado individual, familiar e coletivo, propondo intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das coletividades e da própria comunidade.

Fonte da Evidência: - Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

1. Relatórios de produção do período de 01/01/2022 a 31/08/2024 do sistema Rede Bem Estar, Atividade/Ação coletiva, das seis UBS visitadas;
2. Relatório Grau de Risco Detalhado - Escala Vitória, das Unidades de Saúde Alagoano, Jardim da Penha, Ilha das Caieiras, Ilha do Príncipe, Jesus de Nazareth e Santa Martha.

- Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.

- Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGI-RBE), acesso no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

- Consolidado Roteiro C- análise de entrevista com os profissionais das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.

- Consolidado Roteiro F- análise de prontuários, no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

- Consolidado Roteiro G e H - análise de entrevistas com usuários/familiares atendidos nas UBS visitadas, no



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

período de 26 a 30/08/2024.

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694627

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As UBS visitadas possuem procedimento de acompanhamento dos pacientes que realizam troca de receita em saúde mental.

Evidência: A análise de prontuários e as informações dos profissionais revelaram que a renovação de receitas de medicamentos psicotrópicos é realizada mediante consulta médica na UBS, seguindo as orientações da Portaria Municipal nº 53/2012, que dispõe sobre as normas técnicas e administrativas relacionadas à prescrição e dispensação de medicamentos. Nas entrevistas realizadas com profissionais das equipes de saúde, identificou-se que uma das principais dificuldades no acompanhamento de pacientes de saúde mental é a falta de psiquiatras na rede, o que compromete a continuidade do cuidado, especialmente nos casos que exigem reavaliação especializada.

Por outro lado, as entrevistas com os usuários revelaram que 69% deles saem das consultas médicas da UBS com o retorno agendado, o que demonstra a existência de uma organização para garantir a continuidade do acompanhamento e do tratamento medicamentoso.

Diante do exposto, conclui-se que as UBS visitadas garantem a continuidade do tratamento medicamentoso, programando e agendando atendimentos médicos conforme estabelecido no inciso VIII, Anexo XXII, PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017. Esse dispositivo destaca que o trabalho na atenção básica deve promover atenção integral, contínua e organizada, com ações que garantam a continuidade do cuidado à população. Além disso, a equipe deve atuar de forma multiprofissional e intersetorial, com foco na integralidade do cuidado, na resolução de problemas de saúde e no fortalecimento da autonomia dos usuários.

Fonte da Evidência: -Documento apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

1.Portaria Municipal nº 53 de 14/12/2012.

-Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.

-Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGI-RBE), acesso no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

-Consolidado Roteiro C- análise de entrevista com os profissionais das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.

-Consolidado Roteiro D (qualitativo)- análise de questionários respondidos pelos profissionais das equipes avaliadas, no período de 26 a 30/08/2024.

-Consolidado Roteiro F- análise de prontuários, no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

-Consolidado Roteiro G e H- análise de entrevistas com usuários/familiares atendidos nas UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694628

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As UBS visitadas possuem estratégias definidas para atendimento de pacientes após a notificação de casos de violência autoprovocada, doméstica, entre outras.

Evidência: A Semus informou em documento que, desde 2006, o município de Vitória integra o Sistema Nacional de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) por meio do NUPREVI (Núcleo Municipal de Prevenção de Violência, Promoção da Saúde e Paz). Entre as atividades do NUPREVI, destaca-se o desenvolvimento de ações de vigilância, que permitem inserir as pessoas em situação de violência, notificadas à vigilância epidemiológica, em cuidados nas UBS de referência, com o apoio de serviços especializados e articulação intersetorial para proteção.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

De acordo com o fluxo da "Linha de Cuidado para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência" do município de Vitória/ES, os serviços que realizam o primeiro atendimento de vítimas de violência devem notificar o caso à vigilância e encaminhar o paciente à UBS de referência. O fluxo prevê que o paciente seja acompanhado por meio de um Planejamento Terapêutico Singular (PTS), com acionamento da rede de cuidado e proteção social no território, conforme a especificidade do caso.

As visitas in loco às UBS e a análise das entrevistas com os profissionais permitiram verificar o funcionamento desse fluxo de acompanhamento das notificações de violência. Por meio do Sistema Rede Bem Estar, os profissionais das UBS acessam as fichas de notificação e recebem do NUPREVI as notificações de casos de violência ocorridos em seu território, feitas em outros pontos de atenção, possibilitando a busca ativa e o acompanhamento. Os casos notificados são discutidos em reuniões de equipe para planejar o acompanhamento.

Assim, verificou-se que as UBS visitadas têm estratégias definidas para o atendimento de pacientes após a notificação de casos de violência, seja autoprovocada, doméstica, entre outras. Esse processo atende ao disposto no inciso XVI, Item 4.1, Anexo 1 do Anexo XXII, PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017, que estabelece as atribuições comuns às equipes de atenção básica, incluindo a busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, assim como outras situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território.

Fonte da Evidência: -Documento apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus), no período de 02/08 a 23/08/2024, contendo dados de notificações de violência interpessoal/autoprovocadas em residentes em Vitória/ES e o fluxo da "Linha de Cuidado para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência" do município de Vitória/ES.
-Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.
-Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGI-RBE), acesso no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.
-Consolidado Roteiro C- análise de entrevista com os profissionais das UBS visitadas, no período de 02 a 06/09/2024.

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694629

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As ações desenvolvidas pelas UBS são insuficientes para o combate a estigmas e preconceitos relacionados a pessoas com problemas de saúde mental.

Evidência: Durante as visitas às UBS, observou-se que havia divulgação de eventos em grupos programados, voltados tanto para públicos específicos quanto para a comunidade em geral, abordando temas relacionados à saúde mental. Além disso, estavam expostos painéis de campanhas nacionais de conscientização sobre o combate ao fumo e a prevenção ao suicídio, especialmente em setembro amarelo, essa prática foi identificada também nos documentos referentes ao ano 2022 e 2023 apresentados. Ainda se observou a participação de pacientes com transtornos mentais nas atividades em grupo que estavam sendo realizadas.

Os profissionais das UBS relataram o incentivo à participação de usuários com sofrimento mental ou que fazem uso de álcool e outras drogas em grupos diversos, como estratégia para fortalecer o vínculo e o combate ao estigma. A documentação analisada confirmou a realização dessas atividades, com a oferta de uma programação diversificada e materiais de divulgação.

No entanto, apesar dessas iniciativas, não foram identificadas ações específicas e sistemáticas para o enfrentamento do preconceito relacionado à saúde mental no território das UBS, o que contraria o inciso III, Art. 2º, Título I, Anexo V, da PRC GM/MS nº 3, de 28/09/2017, que estabelece o combate a estigmas e preconceitos como uma diretriz fundamental para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial.

Portanto, a ausência de planejamento estratégico para ações de conscientização e combate a estigmas pode dificultar a busca por ajuda profissional e atrasar o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais devido ao medo de preconceito e discriminação, perpetuando mitos e estigmas sobre saúde mental na comunidade.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Fonte da Evidência: -Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

- 1."Notícias sobre Saúde Mental como tema principal 2022 a 2023" com publicações extraídas do site oficial da Prefeitura Municipal de Vitória;
- 2.Programação grupo Saúde Mental 2024- UBS Santa Martha;
- 3.Fotos das atividades na recepção/sala de espera da UBS Santa Martha realizadas em 2024;
- 4.Relatório de atividade das aulas práticas da disciplina Atenção à Saúde do Adulto e do projeto de extensão Ações de Enfermagem em Saúde Mental na USF Santa Martha no Período de 25/01/22 até o presente;
- 5.Fotos das atividades do grupo "Bem Viver" realizadas pela UBS Santa Martha, 2023 e 2024;
- 6.Ficha de Produção Ambulatorial Eletrônica de Atividades/Ações Coletivas da UBS Ilha das Caieiras realizadas em 2022, 2023 e 2024;
- 7.Programação grupo Saúde Mental segundo semestre de 2022, 2023 e 2024- UBS Ilha das Caieira;
- 8.Lista de atividades de conscientização com as comunidades voltadas para o combate a estigmas e preconceitos relacionados a pessoas com problemas de saúde mental, UBS Ilha das Caieiras, segundo semestre 2022 e 2023;
- 9.Planejamento Ações Educativas da UBS Ilha do Príncipe;
- 10.Fotos das atividades realizadas pela UBS Ilha do Príncipe;
- 11.Programação de Saúde Mental da UBS Jardim da Penha- 2024;
- 12.Fotos e vídeos das atividades em grupo realizadas pela UBS Jardim da Penha (Canto coletivo, Grupo ativamente, Grupo de mulheres, SOE-Serviço de Orientação ao Exercício);
- 13.Ficha de Produção Ambulatorial Eletrônica de Atividades/Ações Coletivas da UBS Jardim da Penha realizadas em 2024;
- 14.Cronograma do Grupo de Saúde Mental da UBS Alagoano - "Bem Viver", 2024;
- 15.Folder explicativo do Grupo S.I.M.T.A da UBS Jesus de Nazareth;
- 16.Fotos da campanha Setembro Amarelo da UBS Jesus de Nazareth.

-Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.

-Consolidado Roteiro C- análise das entrevistas com os profissionais responsáveis das UBS visitadas, no período de 02 a 06/09/2024.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: ``Anualmente, a Gerência de Atenção à Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde Mental, mobiliza os serviços de saúde a realizar atividades educativas em saúde mental por ocasião do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Cada serviço é orientado a abordar temas relacionados ao combate a estigmas e preconceitos quanto à loucura e ao imaginário social ainda marcado pela associação da loucura com periculosidade, apatia social e internação em hospitais psiquiátricos. A orientação é registrada em e-mail enviado a todas as gerências dos serviços de saúde, conforme ANEXO. Observamos que todas as pessoas que estão cadastradas e acessam as Unidades Básicas de Saúde de Vitória são atendidas na perspectiva do cuidado integral em saúde. Dessa forma, não há a delimitação de público específico de saúde mental ou estímulo à fragmentação do cuidado na vertente de programa de saúde mental ou organização similar. As pessoas acessam e são incluídas nas ofertas de cuidado disponíveis e correspondentes às suas necessidades, que incluem o âmbito da saúde mental, mas abrangem todas as condições em saúde. A orientação para o trabalho integral em saúde nas unidades básicas contribuiu para mitigar estigmas e preconceitos em saúde mental ao concretizar a compreensão de que o serviço é lugar para atenção a todas as pessoas.``

Análise da Justificativa: Diante da manifestação apresentada pela Semus, permanece a não conformidade, tendo em vista que não foram apresentadas comprovações de ações desenvolvidas pelas UBS para o combate a estigmas e preconceitos relacionados a pessoas com problemas de saúde mental.

Acatamento da Justificativa: Não

Recomendação: Identificar boas práticas para o combate aos estigmas relacionados aos adoecimentos psíquicos a fim de desenvolver ferramentas para a conscientização da comunidade naquele território, investir na qualificação dos profissionais de saúde quanto à realidade de preconceito que circunda o tratamento em saúde mental, além de fortalecer a parceria com escolas, igrejas, associações e outros setores da comunidade para desmistificação dos preconceitos em relação ao tratamento de saúde mental, ampliando o alcance das ações e fortalecendo a rede de apoio, em cumprimento ao inciso



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

III, Art. 2º, Título I, Anexo V, da PRC GM/MS nº 3, de 28/09/2017, que estabelece o combate a estigmas e preconceitos como uma diretriz fundamental para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
SMSV	**142.058/****-**

Tópico: CAPACITAÇÃO

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694630

Subgrupo: Unidades Básicas de Saúde

Item: Recursos Humanos

Constatação: A Semus realizou levantamento de necessidade de capacitação dos profissionais que atuam na atenção primária acerca da temática de saúde mental.

Evidência: A Semus apresentou o Plano de Educação Permanente em Saúde de Vitória (PEPS 2022), que abrange ações de educação permanente e continuada, além de iniciativas de integração ensino-serviço e pesquisa no âmbito do SUS de Vitória. Tem como referência a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde. A elaboração do PEPS-2022 foi idealizada a partir do amplo debate entre as gerências de assistência, vigilância e regulação, referências técnicas, trabalhadores da saúde, dentre outros, em torno dos indicadores de saúde do município, resultando no planejamento e definição de várias ações educacionais necessárias ao alcance de melhores resultados na atenção a saúde dos usuários.

Além disso, foram divulgadas as diretrizes para a execução da Educação Permanente em Saúde (EPS) em 2023, ajustando as ações educativas às novas orientações. O documento estabelece que as necessidades de EPS devem ser identificadas a partir de diagnósticos locais e regionais, podendo ser sinalizadas pelas áreas técnicas, serviços de saúde e instâncias de controle social, seguindo os mesmos critérios de prioridade definidos nas diretrizes. O material inclui um formulário para o registro das demandas de EPS e um roteiro que visa auxiliar na análise dos problemas identificados nos processos de trabalho. O objetivo é avaliar a real necessidade de ações educativas para a resolução dos problemas, orientando de forma adequada o preenchimento do Formulário de Registro de Necessidade de EPS.

Também foram apresentados os planejamentos de EPS com as programações de ações educativas para os anos de 2022 e 2023, incluindo a identificação do público-alvo e o período de execução. As ações voltadas à saúde mental estão classificadas como projetos regulares, definidos prioritariamente com base nas demandas das referências técnicas, visando atender às necessidades de saúde e melhorar os indicadores correspondentes.

Conforme pesquisa realizada nas UBS, revelou-se que a percepção dos profissionais em relação a sua preparação para lidar com as demandas de saúde mental e uso de álcool e outras drogas apresenta resultados promissores. Enquanto 86% dos profissionais se sentem confiantes para atender questões relacionadas à saúde mental, 78% relatam estar preparados para abordar problemas ligados ao consumo de álcool e outras drogas. Esses dados indicam um nível geral de preparo dos profissionais, mas também apontam para a necessidade de investimentos contínuos em capacitação, especialmente na área de álcool e outras drogas.

Diante do exposto, conclui-se que a Semus realizou um levantamento das necessidades de capacitação dos profissionais da atenção primária em relação à temática de saúde mental, em conformidade com o inciso XII, Item 4.2.5, Título 4, Capítulo I, Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017. Esse dispositivo estabelece a identificação conjunta, com a equipe, das necessidades de formação e qualificação dos profissionais, com o objetivo de aprimorar o processo de trabalho, aumentar a qualidade e a resolutividade da atenção, além de promover a Educação Permanente, seja por meio da mobilização de saberes dentro da própria UBS ou em parceria com outras instituições.

Fonte da Evidência: -Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

- 1.Plano de Educação Permanente em Saúde de Vitória (PEPS 2022) contendo o Planejamento PES 2022;
- 2.Diretrizes de Desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) para 2023, contendo Roteiro de



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Análise de Necessidades de Ações de EPS e Formulário de Registro de Necessidades de EPS;
3. Planejamento EPS 2023;
4. Revisão Ações Educativas da Gerência de Ações Educativas (GAS) para 2022;
5. Fichas eletrônicas de registro de atividades/ações coletivas referentes a reuniões de equipe com o tema educação permanente do Sistema Bem Estar.
- Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.
- Consolidado Roteiro D (quantitativo) - análise dos questionários aplicados com profissionais das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694631

Subgrupo: Unidades Básicas de Saúde

Item: Recursos Humanos

Constatação: A Semus desenvolve ações de educação permanente e continuada voltada aos profissionais de saúde que atuam na APS, na temática de saúde mental, articulando instituições, promovendo e estimulando a participação destes profissionais.

Evidência: Conforme previsto no Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, a Semus desenvolve um modelo de integração ensino-serviço-comunidade na rede de saúde do município, firmando Termos de Compromisso e Acordos de Cooperação com instituições de ensino públicas, filantrópicas e privadas. A Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde de Vitória (ETSUS-Vitória), responsável pela gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS), atua em interlocução com as instituições de ensino superior e técnico em saúde por meio das normas e diretrizes da política de Integração Ensino-Serviço do município. Essa interlocução abrange práticas como estágios curriculares, visitas técnicas, internatos, residências médicas e multiprofissionais, entre outras atividades.

As programações de ações educativas para os anos de 2022 e 2023 especificam o público-alvo e o período de execução. Essas programações incluem capacitações com foco na saúde mental, demonstrando a prioridade dada ao tema.

Uma das ações realizadas foi a capacitação nas Linhas de Cuidado às Pessoas em Situação de Violência, dividida em duas turmas (40/2022 e 41/2023), com uma carga horária de 100 horas, em modalidades presencial e remota. O conteúdo programático incluiu temas relacionados à saúde mental, como acolhimento com escuta humanizada, primeiros cuidados psicológicos, saúde mental no contexto da violência intrafamiliar e da população em situação de rua, além das violências autoprovocadas (automutilação e suicídio), abordando conceitos, políticas públicas, fatores de risco, proteção, prevenção e as Linhas de Cuidado.

Com isso, evidencia-se que a Semus tem desenvolvido ações de educação permanente e continuada direcionadas aos profissionais de saúde que atuam na atenção primária, especialmente na temática de saúde mental. Essas ações envolvem a articulação com instituições, além de promover e incentivar a participação dos profissionais. Tais iniciativas estão em conformidade com o inciso XIII, Art. 10, Seção I, Capítulo I, Anexo XXII, da PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017, que determina o desenvolvimento de ações educativas, a articulação com instituições e a garantia de acesso à educação permanente e continuada para todos os profissionais de saúde que integram as equipes da atenção básica implantadas.

Fonte da Evidência: - Plano Municipal de Saúde (PMS 2022-2025) do município de Vitória disponível no Sistema de Informação DigiSUS - Ministério da Saúde.

- Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

1. Plano de Educação Permanente em Saúde de Vitória (PEPS 2022) contendo o Planejamento PES 2022;
2. Anexo Revisão Ações Educativas GAS-2022;
3. Planejamento EPS 2023;
4. Relatório Técnico - Curso: Linhas de Cuidado às Pessoas em Situação de Violência - Turma: 41 - Matutino/2023 - Etapa II, contendo fotos do evento;
5. Consolidado de Frequência - Capacitação em Linhas de Cuidado às Pessoas em Situação de Violência - Turma: 40/2022;
6. Consolidado de Frequência - 2º Encontro - Saúde Mental e as Violências Autoprovocadas;



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

-Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.

-Consolidado Roteiro C- análise das entrevistas com os profissionais responsáveis das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.

Conformidade: Conforme

Tópico: INFORMAÇÃO

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694632

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Registros/Cadastro

Constatação: Os registros dos atendimentos em saúde mental não estão sendo coletados de forma detalhada e atualizada na sua totalidade.

Evidência: As unidades da rede do município de Vitória utilizam prontuário eletrônico acessado pelo Sistema próprio Rede Bem Estar. A análise da amostragem dos prontuários selecionados revelou que os registros dos atendimentos em saúde mental nas UBS são feitos de forma detalhada e atualizada, com exceção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Entre os registros detalhados e atualizados encontrados estão: 1. Atendimentos individuais e em grupo; 2. Prescrições e registros de dispensação de medicamentos; 3. Encaminhamentos para exames, consultas especializadas, atendimentos psicológicos e outros pontos de atenção; 4. Solicitações e resultados de exames; 5. Notificações à vigilância sanitária de doenças e casos de violência; 6. Fichas de cadastro das famílias na ESF; 7. Visitas domiciliares; 8. Discussões de casos em reuniões de matriciamento e reuniões de equipe, entre outros relacionados ao acompanhamento dos pacientes nas UBS e em outros pontos da rede de saúde do município.

Embora haja registros de discussões sobre o PTS nas reuniões de equipe e de matriciamento, verificou-se que o PTS em si não é descrito nos prontuários eletrônicos, comprometendo a disponibilidade dessa informação tanto para os profissionais das UBS quanto para toda a rede de assistência à saúde.

A ausência do PTS no prontuário do paciente contraria as diretrizes do Caderno de Atenção Básica nº 34, pois compromete a utilização deste instrumento enquanto estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar, afetando negativamente a qualidade da assistência prestada.

A prática mencionada desrespeita o Art. 100 da Resolução CIT nº 1, de 30/03/2021, que recomenda o registro das informações de atenção básica em prontuários eletrônicos, armazenando dados clínicos, de saúde e administrativos ao longo da vida do paciente. Além disso, contraria as diretrizes dos Itens X e XV, Item 4.1, Capítulo I, Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017, que determinam que os profissionais utilizem o Sistema de Informação da Atenção Básica para registrar ações de saúde, subsidiando a gestão e garantindo a qualidade dos registros conforme a normativa vigente.

Portanto, a ausência de um instrumento orientador para a organização do PTS e a indisponibilidade de informações sobre o PTS no prontuário pode prejudicar a comunicação e a colaboração entre os membros da equipe de saúde, comprometendo a continuidade e a qualidade do atendimento ao paciente.

Fonte da Evidência: -Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.

-Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGI-RBE), acesso no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

-Consolidado Roteiro F- análise de prontuários, no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: Informamos que foi publicada no dia 19/11/2024, no Diário Oficial do Município de Vitória, a PORTARIA SEMUS Nº 077/2024 a qual institui a Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), com o objetivo de dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente, e fomentar o aperfeiçoamento e a integração das ações de segurança do paciente, no âmbito da SEMUS, conforme ANEXO.

Além disso, encontra-se em andamento um projeto para inclusão na Rede Bem Estar (RBE) de um campo para registro e atualização do Projeto Terapêutico Singular dos pacientes com transtorno mental grave nos CAPS e para os casos



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

complexos em saúde a partir das unidades básicas de saúde. O objetivo é facilitar a utilização do instrumento pelas equipes dos diferentes pontos de atenção e facilitar o acesso a informações atualizadas sobre a proposta de cuidado.

Atualmente há um instrumento físico (tipo um formulário) utilizado nas reuniões de matriciamento entre os CAPS e as UBS para registro dos casos discutidos, os principais encaminhamentos, os responsáveis e prazos, além do registro na ficha de atividade coletiva do matriciamento. O PTS elaborado entre as equipes se relaciona com as pactuações para o cuidado estabelecidas no matriciamento."

Análise da Justificativa: Diante da manifestação apresentada pela Semus, permanece a não conformidade, tendo em vista a não apresentação de documentos que comprovem disponibilidade do PTS tanto para os profissionais das UBS quanto para toda a rede de assistência à saúde. Além disso, não foi apresentado o projeto para inclusão de um campo para registro e atualização do PTS na Rede Bem Estar e nem comprovado o andamento do mesmo.

Acatamento da Justificativa: Não

Recomendação: Utilizar ferramentas e modelos para a padronização do PTS, disponibilizar acesso dos profissionais de saúde ao PTS no prontuário eletrônico e oferecer treinamentos periódicos para os profissionais envolvidos na elaboração do PTS, enfatizando a importância do documento e as melhores práticas para sua elaboração, em cumprimento do Art. 100 da Resolução CIT nº 1, de 30/03/2021, que recomenda o registro das informações de atenção básica em prontuários eletrônicos, armazenando dados clínicos, de saúde e administrativos ao longo da vida do paciente, e das diretrizes dos Itens X e XV, Item 4.1, Capítulo I, Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017, que determinam que os profissionais utilizem o Sistema de Informação da Atenção Básica para registrar ações de saúde, subsidiando a gestão e garantindo a qualidade dos registros conforme a normativa vigente.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
SMSV	**.142.058/****-**

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694633

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Monitoramento/Acompanhamento/Avaliação

Constatação: As UBS visitadas não possuem um processo sistematizado de avaliação e monitoramento dos casos de saúde mental mais prevalentes no território.

Evidência: A Semus apresentou um documento denominado Diretrizes para os Espaços Coletivos de Cogestão nos Serviços da Rede, que estabelece, entre outros, os seguintes objetivos para as reuniões de equipe: 1. Planejamento local com base em dados e indicadores de saúde disponíveis, organizando o cuidado programático; 2. Definição de ações e intervenções no território/comunidade/equipe; 3. Monitoramento e avaliação sistemática das ações e estratégias implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

O documento também menciona que as pautas das reuniões de equipe devem incluir, conforme necessário, temas como o levantamento de dados, indicadores de saúde e a programação do cuidado do usuário, considerando a estratificação de risco na atenção básica.

Nas entrevistas realizadas com as equipes das seis UBS visitadas, os profissionais de duas UBS informaram que não realizam avaliação e monitoramento sistemático dos casos de saúde mental mais prevalentes no território. As equipes das demais unidades afirmaram que o fazem durante reuniões de equipe e de matriciamento, mencionando também os relatórios de diagnóstico anuais, elaborados pelos residentes, e o uso do Sistema Rede Bem Estar, que permite a extração de relatórios com a listagem de pacientes por CID.

No entanto, apesar da existência de diretrizes elaboradas pela Semus, constatou-se que a avaliação e o monitoramento dos casos de saúde mental mais prevalentes não foram implementados de maneira sistemática nas UBS, o que contraria a alínea a, inciso XII, Item 5, Capítulo I, Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017. Esses itens estabelecem que as atribuições dos profissionais da atenção básica incluem práticas voltadas à vigilância da situação de saúde da população, com análises que orientem o planejamento, definição de prioridades, estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Portanto, foi identificado um descompasso entre as diretrizes da Semus, que preveem o planejamento com base em dados e a avaliação sistemática das ações de saúde mental, e a prática nas UBS. Não há um monitoramento e avaliação estruturados dos casos de saúde mental mais prevalentes, com a definição de indicadores, o que prejudica o planejamento local, em desacordo com as normas estabelecidas.

Fonte da Evidência: -Documento apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:
1. Diretrizes Para Os Espaços Coletivos De Cogestão nos Serviços da Rede Semus.
-Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.
-Consolidado Roteiro C- análise das entrevistas realizadas com profissionais das equipes das UBS visitadas, no período de 26 a 30/08/2024.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: ``No Sistema de Gestão Rede Bem Estar (SGRBE), a população cadastrada no território de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde, com necessidades em saúde mental, é identificada para que as equipes possam desenvolver ofertas de cuidado de acordo com tais necessidades. Dentre as fermentas disponíveis destacamos:
-Condição referida- alimentada pelos ACS, abarca saúde mental. A partir das visitas domiciliares realizadas pelo ACS, os indivíduos que compõem o grupo familiar visitado são indagados sobre suas necessidades de saúde, incluindo em saúde mental. As condições referidas indicam as pessoas autorreferidas com transtorno mental leve/moderado; transtorno mental grave; abuso ou dependência de álcool; abuso ou dependência de outras substâncias.
-Condição de saúde- alimentada pelos profissionais de saúde, abarca saúde mental. A partir do atendimento realizado pelo profissional de nível superior, ao identificar as condições de saúde, incluindo em saúde mental, existe a opção de indicar no prontuário eletrônico, se há transtorno mental leve, moderado ou grave, e/ou o uso problemático de álcool e outras drogas. Diferentemente da condição autorreferida, a condição de saúde é alimentada após o atendimento e avaliação das condições de saúde.
-Registros da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)- abarca saúde mental. Os registros são realizados por todos os profissionais na Atenção Básica, por meio do qual identificam as necessidades em saúde mental dos usuários que buscam os serviços de saúde, mesmo que não sejam doenças objetivamente evidenciadas por exames. Esses registros são alimentados a partir da rotina assistencial nas Unidades Básicas de Saúde e indicam condições em saúde mental e transtornos mentais prevalentes. Contudo, a SEMUS também tem investido na formação continuada das equipes dos serviços de saúde, fomentando a utilização das informações epidemiológicas disponíveis no SGRBE para o planejamento das ofertas e ações de cuidado e o desenvolvimento de uma perspectiva sob o olhar de vigilância em saúde sobre o território de abrangência da UBS.
Observamos que não há no âmbito do Ministério da Saúde e Política de Saúde Mental a definição de indicadores de saúde mental para a atenção básica.``

Análise da Justificativa: Considerando a manifestação da Semus, acata-se parcialmente a justificativa apresentada, visto que, embora não tenha apresentado evidências de implantação de um processo sistematizado de avaliação e monitoramento dos casos de saúde mental mais prevalentes no território, apresentou ferramentas para identificar a população cadastrada com necessidades em saúde mental, possibilitando o uso das informações epidemiológicas disponíveis no Sistema Rede Bem Estar para o planejamento das ofertas e ações de cuidado.

Acatamento da Justificativa: Parcialmente

Recomendação: Implementar uma sistematização de monitoramento e avaliação da prevalência de casos de saúde mental do território, definindo periodicidade, em conformidade com a alínea a, inciso XII, Item 5, Capítulo I, Anexo 1 do Anexo XXII, PRC GM/MS nº 2, de 28/09/2017, que estabelecem as atribuições dos profissionais da atenção básica que incluem práticas voltadas à vigilância da situação de saúde da população, com análises que orientem o planejamento, definição de prioridades, estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
SMSV	** 142.058/****-**



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694634

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Registros/Cadastro

Constatação: As UBS visitadas compartilham os registros de pacientes em atendimento com transtorno mental com outros pontos da rede.

Evidência: As unidades de saúde do município utilizam prontuário eletrônico acessado pelo Sistema Rede Bem Estar. A análise da amostragem de prontuários selecionados revelou que os registros de todos os atendimentos, incluindo os de saúde mental, são compartilhados entre os diversos pontos de atenção da rede de saúde municipal (UBS, Pronto Atendimento, CAPS, Centro de Especialidades e APAE).

Os registros compartilhados incluem não apenas os atendimentos individuais e em grupo, mas também as prescrições e registros de dispensação de medicamentos, encaminhamentos para exames, consultas especializadas, atendimento psicológico e outros pontos de atenção. Também são compartilhados os pedidos de exames e seus resultados, notificações à vigilância sanitária de doenças e casos de violência, fichas de cadastro das famílias da ESF, visitas domiciliares, além de registros de reuniões de matriciamento e de equipe, entre outros documentos relativos ao acompanhamento dos pacientes nas UBS e em outros pontos da rede de saúde.

Além disso, o sistema de prontuário eletrônico oferece uma funcionalidade que permite ao profissional de saúde inserir registros que só podem ser visualizados por ele, uma ferramenta utilizada em casos que exigem sigilo.

Portanto, conclui-se que as UBS visitadas compartilham os registros dos pacientes em atendimento com transtornos mentais com outros pontos da rede, atendendo ao disposto no Art. 100, Seção IV, Capítulo I, Título II da Resolução CIT nº 1, de 30/03/2021. Esta resolução estabelece que o prontuário eletrônico deve permitir acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais, facilitar a recuperação de informações clínicas, apoiar a tomada de decisão e possibilitar o registro da evolução dos problemas de saúde do indivíduo, garantindo a interoperabilidade e a troca de informações entre os sistemas de saúde.

Fonte da Evidência: -Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.

-Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGI-RBE), acesso no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

-Consolidado Roteiro F- análise de prontuários, no período de 26 a 30/08/2024 e 09 a 17/09/2024.

Conformidade: Conforme

Tópico: GESTÃO

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694635

Subgrupo: Unidades Básicas de Saúde

Item: Recursos Humanos

Constatação: Os instrumentos de gestão (PMS, PAS e RAG) do município auditado possuem ações de saúde voltadas à saúde mental na atenção básica.

Evidência: A análise contemplou os seguintes instrumentos de planejamento: Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, Programação Anual de Saúde (PAS) 2022 e 2023, e Relatório Anual de Gestão (RAG) 2022 e 2023, todos com status de aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde (PMS 2022-2025) destaca-se pela estruturação em diretrizes, objetivos, indicadores e metas, e proporciona uma visão de como o Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado no município. Entre os objetivos prioritários, merece especial atenção o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com vistas à qualificação do atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, transtorno mental grave e uso abusivo de álcool e outras drogas.

As Programações Anuais de Saúde (PAS 2022 e 2023) estabelecem metas como: realizar ações de matriciamento pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas unidades de saúde; garantir atendimento psicológico nas 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos quatro CAPS; implementar as diretrizes da RAPS nas redes de serviços de saúde de Vitória (UBS e CAPS); manter no mínimo duas equipes do Consultório na Rua habilitadas junto ao Ministério da Saúde; e implementar a assistência remota aos usuários em todos os serviços assistenciais de saúde da rede Semus, incluindo os



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

CAPS e Casa Rosa, entre outras ações.

Os Relatórios Anuais de Gestão (RAG 2022 e 2023) apontam para o cumprimento de objetivos importantes, como a manutenção de equipes de Consultório na Rua habilitadas junto ao Ministério da Saúde; a realização de ações de matriciamento pelos CAPS nas unidades de saúde; a implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais; a ampliação da cobertura dos CAPS; e a qualificação dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS), com ênfase na população em situação de rua e na atuação das equipes de Consultório na Rua em seus territórios.

Conclui-se, portanto, que os instrumentos de gestão contemplam ações voltadas à saúde mental na atenção básica. Esses dispositivos estão em conformidade com os artigos 95, 96, 97 e 99 da PRC GM/MS nº 01, de 28/09/2017, que estabelecem diretrizes para o planejamento, a operacionalização e a avaliação dos resultados de todas as iniciativas no âmbito da saúde, em cada esfera de gestão do SUS.

Fonte da Evidência: -Instrumentos de planejamento disponíveis no Sistema de Informação DigiSUS - Ministério da Saúde:

- 1.Plano Municipal de Saúde (PMS 2022-2025);
- 2.Programações Anuais de Saúde (PAS 2022 e 2023);
- 3.Relatórios Anuais de Gestão (RAG 2022 e 2023).

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694636

Subgrupo: Unidades Básicas de Saúde

Item: Recursos Humanos

Constatação: As ações relacionadas à saúde mental, álcool e outras drogas na atenção básica, previstas no planejamento do município, estão alinhadas com as ações de planejamento do estado.

Evidência: No âmbito do estado, o Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 e Programação Anual de Saúde (PAS 2022 e 2023) estabelecem como principais metas a implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, a ampliação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a descentralização dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT) para a gestão municipal.

A Semus apresentou o Plano de Trabalho da Área Técnica de Saúde Mental do município para os anos de 2022-2024, com programações que estabelecem prazos para a implementação de ações e atividades focadas em saúde mental. O documento abrange os seguintes tópicos: diretrizes e linhas de cuidado para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município de Vitória; ações estratégicas para o fortalecimento da RAPS e dos cuidados em saúde mental; constituição de um grupo condutor da RAPS de Vitória (ou participação em câmara técnica para linhas de cuidado transversais à saúde mental); e acompanhamento da execução do Plano de Educação Permanente da Escola Técnica do SUS (ETSUS) relacionado a temas de saúde mental (ações educativas em saúde mental para a atenção básica, etc.).

No contexto das ações estratégicas definidas no Plano de Trabalho para o fortalecimento da RAPS e dos cuidados em saúde mental, destacam-se iniciativas como o reforço da atenção em saúde mental nos CAPS por meio da implementação de supervisão clínico-institucional, a organização dos processos de trabalho e da assistência, o acompanhamento e monitoramento das atividades nos CAPS, além da oferta de ações de formação continuada e atualização para as equipes. Essas diretrizes estão conectadas com as propostas do governo estadual.

Os Relatórios Anuais de Gestão (RAG 2022 e 2023) apontam para o cumprimento de objetivos importantes, como a manutenção de equipes de Consultório na Rua habilitadas junto ao Ministério da Saúde; a realização de ações de matriciamento pelos CAPS nas unidades de saúde; a implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais; a ampliação da cobertura dos CAPS; e a qualificação dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS), com ênfase na população em situação de rua e na atuação das equipes de Consultório na Rua em seus territórios.

Diante disso, conclui-se que as ações voltadas para a saúde mental, álcool e outras drogas na atenção básica, previstas no Plano de Trabalho da Área Técnica da Saúde Mental 2022-2024 do município, estão alinhadas às ações de planejamento estadual, em conformidade com o §1º, inciso V, do Art. 14, Anexo V, PRC GM/MS nº 3, de 28/09/2017, que dispõe sobre os Planos de Ação como documentos orientadores para a implementação da RAPS, bem como para o monitoramento e avaliação da implementação dessa rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde.

Fonte da Evidência: -Plano Estadual de Saúde (PES 2020-2023) e Programação Anual de Saúde (PAS 2022 e 2023), disponíveis no



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

portal eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) do Espírito Santo: <https://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>, acesso em 23/09/2024.

- Plano de trabalho Área Técnica de Saúde Mental GAS/CAE/ATSM 2022-2024 apresentado pela Semus.

- Relatório Anual de Gestão (RAG 2022 e 2023) do município de Vitória disponível no Sistema de Informação DigiSUS - Ministério da Saúde.

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694637

Subgrupo: Unidades Básicas de Saúde

Item: Recursos Humanos

Constatação: A Semus divulga à comunidade as ações voltadas à saúde mental na atenção básica.

Evidência: A Semus forneceu os conteúdos relacionados à saúde mental e à Rede de Atenção Psicossocial de Vitória, publicados no site da Prefeitura Municipal de Vitória durante os anos de 2022 e 2023. Devido ao período eleitoral, não foi possível extrair as matérias com fotos de divulgação.

A análise do material revelou diversas ações divulgadas, como: eventos em comemoração ao Dia Nacional de Luta Antimanicomial; atividades promovidas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Vitória; campanhas de prevenção ao suicídio; palestras sobre temas como inteligência emocional e combate ao estresse, entre outros.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas apresentaram convites para os eventos programados, além de fichas de atendimentos em grupo na atenção primária voltadas para a comunidade em geral, registros fotográficos e listas de presenças.

Os profissionais das UBS incentivam os pacientes de saúde mental a integrarem grupos com temas variados, como estratégia para aumentar a adesão ao acompanhamento em grupo, especialmente frente ao preconceito que muitos ainda têm em relação à saúde mental. Entre as atividades em grupo, destacam-se: canto coletivo, convivência e estimulação cognitiva-motora para idosos, combate ao tabagismo, atividades físicas, terapia em grupo para adolescentes, desenvolvimento da linguagem, alimentação saudável e artesanato.

Durante as visitas in loco, observou-se que as UBS divulgam as atividades programadas e realizadas voltadas à saúde mental por meio de anúncios nos quadros eletrônicos e cartazes em locais de acesso ao público, conforme demonstrado no Anexo.

Por fim, a Semus e as UBS apresentaram programações com temas variados voltados para pacientes de saúde mental envolvendo atividades em grupos semanais, quinzenais e mensais para 2024, assim como para campanhas de prevenção ao suicídio e tabagismo, entre outros.

Portanto, conclui-se que o município cumpre o inciso VI, Art. 7º da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, ao promover a divulgação de informações sobre as ações voltadas à saúde mental na atenção básica, garantindo que a comunidade tenha conhecimento sobre o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização.

Fonte da Evidência: - Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

1. "Notícias sobre Saúde Mental como tema principal 2022 a 2023" com publicações extraídas do site oficial da Prefeitura Municipal de Vitória;
2. Fichas de atendimentos em grupo e produção ambulatorial, registros fotográficos, listas de presenças e convites para eventos, do período de janeiro de 2022 a dezembro de 2023;
3. Programação de Saúde Mental da UBS Jardim da Penha- 2024;
4. Programação grupo Saúde Mental 2024- UBS Santa Martha;
5. Programação grupo Saúde Menta da UBS Alagoano "Viver Bem";
6. Material de divulgação Grupo Saúde Mental 2023- UBS Jesus de Nazareth;
7. Fichas eletrônicas de registro de atividades contendo programações das atividades de Saúde Mental para 2022 e 2023 do Sistema Bem Estar.

- Informações relacionados à saúde mental e à Rede de Atenção Psicossocial de Vitória, publicadas no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Vitória, acesso em 26/09/2024.

- Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Conformidade: Conforme

Grupo: Atenção Básica

Constatação Nº: 694638

Subgrupo: Processo de Trabalho

Item: Outras Atividades (Visitas/Rotinas/ Acolhimento)

Constatação: O município não instituiu formalmente o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial.

Evidência: De acordo com a fala dos responsáveis pela saúde mental na Atenção Primária à Saúde e conforme registrado no Plano Municipal de Saúde 2022-2025, o município tem participação ativa em espaços de diálogo e deliberação no Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região Metropolitana e no Grupo Condutor da RAPS Estadual.

A Semus apresentou a composição e os cronogramas mensais das reuniões do Grupo Condutor Estadual da RAPS, além dos convites para os encontros dos grupos condutores da RAPS estadual e metropolitana. Também foi encaminhada a ata de uma reunião do Grupo Condutor Regional da Região Metropolitana, que contou com a participação de representantes do município de Vitória.

Entre os principais pontos discutidos nas reuniões, destacam-se: o diálogo com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) sobre os protocolos de manejo de crises em saúde mental, os impactos das decisões judiciais no funcionamento da RAPS em alguns territórios, e o encerramento das atividades dos hospitais de custódia, entre outros temas.

No entanto, o município ainda não instituiu formalmente o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial em nível municipal, o que contraria a alínea c, inciso III, do Art. 14, e o inciso III, do Art. 15, Anexo V, da PRC GM/MS nº 3, de 28/09/2017. Esses dispositivos preveem a obrigatoriedade de cada município instituir e operacionalizar o Grupo Condutor Municipal, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, sendo responsável por implementar, coordenar, contratualizar com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, além de monitorar e avaliar a Rede de Atenção Psicossocial no território municipal.

Portanto, a desatenção às normas estabelecidas pela legislação referente à criação do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial pode resultar na desestruturação e desarticulação dessa rede, prejudicando a implementação de políticas públicas voltadas à saúde mental. Isso compromete tanto a qualidade quanto a eficiência da assistência prestada aos pacientes, fragilizando o cuidado integral e adequado que eles necessitam.

Fonte da Evidência: -Não apresentação de documento para comprovação da criação do grupo condutor municipal conforme solicitado no comunicado de auditoria.

-Plano Municipal de Saúde (PMS 2022-2025) disponível no sítio eletrônico da Prefeitura do Município de Vitória.

-Visita in loco nas UBS no período de 26 a 30/08/2024.

-Gravação de entrevista com os responsáveis pela saúde mental na Atenção Primária à Saúde em 26/08/2024.

-Documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) no período de 02/08 a 23/08/2024:

1.Cronograma de reuniões Grupo Condutor estadual da RAPS - ano 2023;

2.Convite de Reunião Grupo Condutor da RAPS Metropolitana - ano 2024 - formato on line;

3.Convite para reunião Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Sesa - ano 2024 - formato presencial;

4.Memória técnica de reunião do grupo condutor regional metropolitano da RAPS de 3/7/2024 - formato on line.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: ``Informamos que foi publicada no dia 19/11/2024, no Diário Oficial do Município de Vitória, a PORTARIA SEMUS Nº 077/2024 a qual institui a Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), com o objetivo de dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente, e fomentar o aperfeiçoamento e a integração das ações de segurança do paciente, no âmbito da SEMUS, conforme ANEXO.``

Análise da Justificativa: Acata-se a manifestação da Semus, considerando a apresentação da Portaria Semus nº 073/2024, publicada no Diário Oficial do Município de Vitória em 04/11/2024, que institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Vitória.

Acatamento da Justificativa: Sim



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

V - CONCLUSÃO

O presente relatório foi produto da auditoria na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSMAD), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), realizada na Secretaria Municipal de Saúde (Semus) de Vitória no estado do Espírito Santo/ES, com o objetivo de verificar se a Atenção Primária à Saúde exerceu as atribuições de coordenadora da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os trabalhos realizados pela equipe de auditoria permitiram chegar às seguintes conclusões:

Com relação ao processo de acolhimento do paciente de saúde mental e à continuidade do cuidado, verificou-se que a Semus está ainda em processo de implantação do acolhimento com classificação de risco na atenção básica e continuidade do cuidado considerando risco e vulnerabilidade relacionados a transtornos mentais nas UBS. Apesar disso, verificou-se a realização de acolhimento ao usuário com suporte em saúde mental. Os pacientes com demandas de saúde mental recebem acolhimento humanizado tanto na demanda espontânea aguda ou crônica agudizada, quanto nas consultas agendadas. Nesses casos são realizados os encaminhamentos necessários para a continuidade do cuidado do paciente e acompanhamento de familiares, incluindo a realização de ações de prevenção e promoção à saúde relacionadas à temática da saúde mental nas UBS e escolas.

Sobre o processo de capacitação dos servidores da Semus, foi identificado o uso de estratégias de educação permanente na APS relacionadas à saúde mental. A Semus realizou levantamento sobre as necessidades de capacitação dos profissionais que atuam na APS e desenvolveu ações de educação permanente e continuada que contemplaram a temática de saúde mental para esses profissionais.

Com relação à gestão da informação no âmbito da saúde mental, verificou-se que, embora os profissionais de saúde das UBS não tenham acesso direto ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) no prontuário eletrônico do paciente, os registros dos atendimentos realizados, incluindo aqueles relacionados à saúde mental, são compartilhados. O município conta com um sistema eletrônico próprio, o Rede Bem Estar, que integra todos os serviços de saúde da rede municipal, facilitando a comunicação e o acompanhamento dos pacientes.

Quanto a gestão da Semus no tocante à saúde mental, verificou-se que os instrumentos de gestão do município, como o PMS, PAS e RAG, contemplam ações de saúde voltadas à saúde mental na atenção básica. As iniciativas relacionadas à saúde mental, bem como ao uso de álcool e outras drogas, estão em consonância com o planejamento estabelecido pelo estado. A Semus se empenhou em divulgar as ações direcionadas à saúde mental na atenção básica, garantindo que a comunidade fosse informada sobre os serviços disponíveis. Além disso, o município formalizou a criação do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial.

Em síntese, a auditoria realizada evidenciou que a Semus realiza ações relativas à implantação de práticas voltadas ao acolhimento humanizado, capacitação profissional e fortalecimento da continuidade do cuidado, além de promover a integração das informações através de um sistema eletrônico próprio.

Apesar das iniciativas estruturadas e do alinhamento com as diretrizes estaduais, identificaram-se áreas que demandam aprimoramento, como a ampliação do acesso ao PTS pelos profissionais da APS e a consolidação do acolhimento com classificação de risco.

Dessa forma, conclui-se que a Semus tem implementado ações importantes na organização e na coordenação da RAPS, reafirmando seu compromisso com a qualificação do cuidado em saúde mental, mas com a necessidade de avanços para garantir maior eficiência e integralidade na assistência prestada à população.

É o relatório.

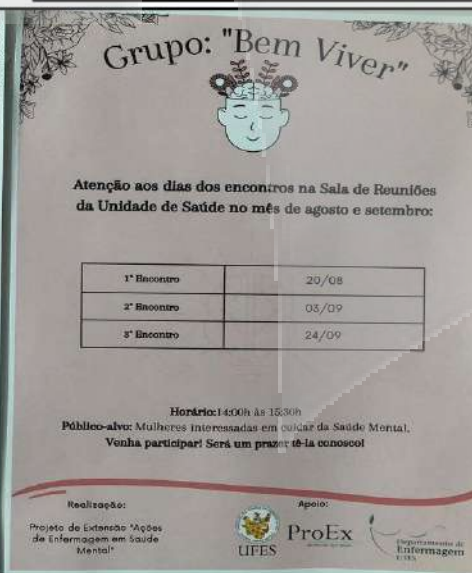


VI - ANEXOS

ANEXO I - MEMORIAL FOTOGRÁFICO - DIVULGAÇÃO DAS ATIVIDADES NAS UBS

AUDITORIA EM SAÚDE MENTAL Nº 19.807
MEMORIAL FOTOGRÁFICO
DIVULGAÇÃO DAS ATIVIDADES NAS UBS

Cartaz e Mural





SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



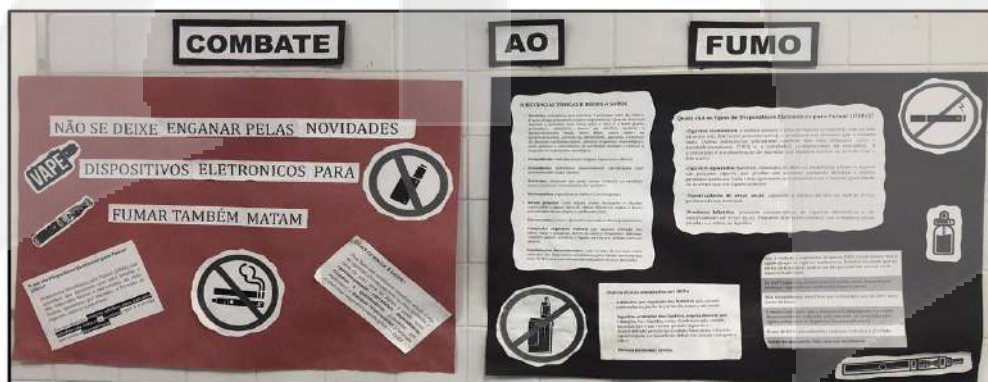
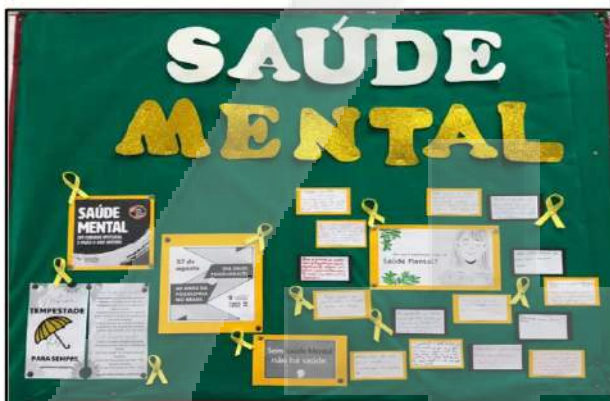
Relatório

ANEXO I - MEMORIAL FOTOGRÁFICO - DIVULGAÇÃO DAS ATIVIDADES NAS UBS





ANEXO I - MEMORIAL FOTOGRÁFICO - DIVULGAÇÃO DAS ATIVIDADES NAS UBS





SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

ANEXO I - MEMORIAL FOTOGRÁFICO - DIVULGAÇÃO DAS ATIVIDADES NAS UBS

Painel Eletrônico





SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

ANEXO II - Manifestação à Constatação 694620 na íntegra



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Manifestação da Secretaria Municipal de Saúde ao OFÍCIO Nº 88/2024/ES/SEAUD/DENASUS/MS- Relatório Preliminar de Auditoria nº 19807.

Agradecemos inicialmente as sinalizações apresentadas e reconhecemos a importância dessas informações valiosas, que contribuirão para o aprimoramento contínuo de nossos processos, visando assegurar o acesso adequado dos usuários à assistência em saúde mental.

Seguem as justificativas da Secretaria Municipal de Saúde em relação às seguintes Constatações:

Constatação Nº: 694620

O acolhimento à demanda espontânea no município de Vitória/ES seguia as orientações do Protocolo de Avaliação Inicial, vigente desde 2004, com condutas parametrizadas em consonância com o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº28 (Atenção à Demanda Espontânea) e demais protocolos nacionais.

A SEMUS/PMV já estava realizando movimentos para a atualização do protocolo, a fim de qualificar o processo de trabalho do setor, adequando-se às novas normativas. A interposição do MPES e COREN-ES somaram-se à revisão e validação desta reformulação do processo de trabalho, que gerou dois documentos, a saber, "Diretrizes do Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica em Vitória/ES" (anexo) e "Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica em Vitória/ES", em validação, ambos fundamentados no CAB nº28, referenciado nos mesmos.

As diretrizes municipais tem o objetivo de orientar o processo de Acolhimento à Demanda Espontânea em todo o município, enquanto o protocolo versa especificamente sobre o processo de trabalho do acolhimento com classificação de risco, com objetivo de qualificar o processo já vigente, o que inclui a escuta qualificada das queixas do usuário e aferição de sinais vitais e outros parâmetros que se fizerem necessários pela equipe de enfermagem e; verificação de sinais de gravidade (risco de morte), sinais de alerta e/ou sinais de vulnerabilidade, realização de classificação de risco e priorização do cuidado e atendimento pelo melhor profissional indicado, segundo suas competências técnicas e legais, pelo enfermeiro do setor.

O protocolo municipal utiliza da comunicação por padrão semafórico, como outros protocolos nacionais e internacionais, como forma de operacionalizar e facilitar a comunicação dentro da assistência e com a comunidade. Destaca-se que o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Vitória se baseou no Caderno da Atenção Básica nº 28, que correlaciona na avaliação de risco as vulnerabilidades aos modos de intervenção necessários, e também o Sistema Manchester de Classificação de Risco, ferramenta amplamente reconhecida e validada internacionalmente, e se tornou um padrão em muitos países para a triagem de pacientes em serviços de urgência e emergência, justamente por sua eficácia e confiabilidade.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

ANEXO II - Manifestação à Constatação 694620 na íntegra

Os documentos 'Diretrizes do Acolhimento à Demanda Espontânea' e 'Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica' foram elaborados de forma participativa com profissionais das UBS e técnicos da SEMUS, sendo etapas desse processo:

1. Elaboração da minuta inicial do documento Diretrizes e Protocolo;
 2. Disponibilização dos documentos para Consulta Pública (10/01/24 a 10/02/24);
 3. Revisão das contribuições advindas da Consulta Pública;
 4. Incorporação das contribuições nos documentos após avaliação pelo Grupo de Trabalho;
 5. Capacitação dos médicos e enfermeiros das 29 Unidades de Saúde sobre as Diretrizes do Acolhimento à Demanda Espontânea;
 6. Admissão das sugestões de melhoria a partir dessa capacitação com nova revisão das Diretrizes;
 7. Realização da primeira etapa de validação do conteúdo (fluxogramas e glossários do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco) pelos juízes;
 8. Capacitação dos médicos e enfermeiros de 7 UBS (projeto piloto) para implantação e validação dos documentos;
 9. Realização de visitas técnicas de apoio e monitoramento aos profissionais na operacionalização do protocolo nas UBS (projeto piloto) pelos membros do Grupo de Trabalho;
 10. Realização de duas reuniões junto aos pontos focais das UBS e membros do Grupo de Trabalho para acolhimento e discussões sobre as sugestões de melhorias apontadas pelos profissionais;
 11. Realização da segunda etapa de validação do conteúdo (fluxogramas e glossários do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco) pelos juízes;
 12. Reunião do Grupo de Trabalho para avaliação das novas contribuições dos profissionais das UBS (projeto piloto) e juízes com vistas à finalização do documento.
- Além das etapas já cumpridas, acima detalhadas, estão programadas como próximas etapas:
1. Capacitação dos médicos e enfermeiros de 22 Unidades de Saúde divididos em 7 turmas a partir do dia 19/11/2024;
 2. Realização de monitoramento, avaliação e melhoria do processo.

Por fim, ressaltamos que o município tem se esforçado para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento na Atenção Básica por meio da implementação do acolhimento com classificação de risco nas UBS de forma sistemática. Por consequência, espera-se proporcionar um atendimento mais eficiente, humanizado e centrado nas necessidades do paciente, garantindo a continuidade do cuidado e a melhoria da qualidade de vida.

Segue ANEXO o print da última atualização do documento 'Diretrizes do Acolhimento à Demanda Espontânea', disponível no Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (ABA manuais), e print da última atualização do 'Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica', ainda em validação e que poderá sofrer novas atualizações após a capacitação dos profissionais das demais 22 UBS. Nesses documentos também está prevista a avaliação de risco para situações agudas em saúde mental considerando as vulnerabilidades individuais e sociais.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

ANEXO II - Manifestação à Constatação 694620 na íntegra

Quanto à Linha de Cuidado para Pessoas com Comportamento Suicida, informamos que o Documento final elaborado e validado se encontra disponibilizado no Portal da Transparência do Município de Vitória, <https://transparencia.vitoria.es.gov.br/MostraArquivo.ashx?ArquivoId=4039>

Informamos que no dia 06/11/2024 também foi realizada a publicação do referido documento na ABA Manuais do Sistema Rede Bem Estar, <https://vitoria.rbe.es.gov.br/Manuais.aspx>, conforme ANEXO.

Para capilarizar as informações a partir da Linha de Cuidado com os serviços de saúde, foram realizadas, no período de 07/10/2024 a 18/11/2024, oficinas com todos os trabalhadores da saúde das 29 unidades básicas de saúde e dos 04 CAPS de Vitória, totalizando 67 oficinas para um público estimado de 1500 trabalhadores. Além disso, será trabalhado nos colegiados gestores das 29 unidades básicas de saúde nos meses de novembro e dezembro de 2024 a reorganização dos processos de trabalho para atenção a pessoas com comportamento suicida.

Além disso, encontra-se em fase de elaboração pela Gerência de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde Mental, o documento "Diretrizes da RAPS Municipal de Vitória" que contribuirá para a elucidação das atribuições dos pontos de atenção da RAPS no cuidado em saúde mental considerando a gravidade, a instabilidade (eventos agudos, agudizados e crônicos) em saúde mental bem como os fluxos entre os serviços e na Rede Intersetorial para o cuidado articulado e integral.

Reforçamos que conforme os princípios organizativos do SUS, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as orientações para a Rede de Atenção à Saúde de Vitória, as Unidades Básicas de Saúde compõem a RAPS e realizam ofertas de cuidado no âmbito da Saúde Mental, na perspectiva da promoção da saúde, prevenção e de seguimento de cuidado. Nessa organização, os casos de transtorno mental leve a moderado são conduzidos pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (com apoio de outros pontos de atenção da Rede como ambulatório especializado em psiquiatria e matriciamento com os CAPS) e os casos moderados a graves são conduzidos pelas equipes dos CAPS (com apoio da UBS).

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:26:51. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
E0BE2A44-0D10-4BE9-B6C5-FA65E1DDD0EA

Portarias

**SECRETARIA DE SAÚDE
PORTARIA Nº 072****Altera a composição da Comissão Interna de Normatização e Transparência (CINT) no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.**

A Secretária Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições conferidas pelo art. 117, inciso III da Lei Orgânica do Município de Vitória;

Considerando a Portaria SEMUS 016/2023, publicada no DOMV em 28 de fevereiro de 2023, que instituiu a Comissão Interna de Normatização e Transparência (CINT) e a Portaria SEMUS 055/2023, publicada no DOMV em 21 de julho de 2023, que alterou a sua composição;

R E S O L V E:

Art. 1º. Incluir as servidoras abaixo indicadas para compor de forma permanente a Comissão Interna de Normatização e Transparência (CINT):

- Flávia Maria de Lima Barbosa - Matrícula 555578.
- Thais Lousada Brumatti - Matrícula 605886.
- Carolina Piazzarollo Loureiro - Matrícula 608486.

Art. 2º. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 29 de outubro de 2024

Magda Cristina Lamborghini

Secretária Municipal de Saúde

**SECRETARIA DE SAÚDE
PORTARIA Nº 073****Institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Vitória e dá outras providências.**

A Secretária Municipal de Saúde de Vitória, Capital do Estado do Espírito Santo, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso III e o § 1º do Art. 117, da Lei Orgânica do Município de Vitória; Considerando que a finalidade da Secretaria Municipal de Saúde é a de formular e executar a política municipal de saúde, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), norteadas pelos princípios deste sistema, que tem como propósitos promover a saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde;

Considerando a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando que compete aos entes estatais o desenvolvimento de política de saúde mental, sendo direito da pessoa portadora de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, conforme preconiza o inciso I do parágrafo único do artigo 2º e o artigo 3º da Lei Federal 10.216/2001;

Considerando a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação do SUS nº 3, de 28 de setembro de 2017, em seu Anexo V, Artigo 1º, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação do SUS nº 3, de 28 de setembro de 2017, em seu Anexo V, Artigo 15, Inciso III, no qual define que cabe ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, pactuação, 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 Rede de Atenção Psicossocial no território municipal;

R E S O L V E:

Art. 1º. Instituir o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 2º. O Grupo Condutor da RAPS constitui-se como dispositivo institucional de gestão compartilhada na área de saúde mental, tendo por objetivos:

I - atuar na formulação, análise e acompanhamento das políticas públicas de atenção em saúde mental no município de Vitória;

II - promover a articulação e pactuação entre diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde (Gerências, Coordenações e Serviços) corresponsáveis pela implementação, gestão, acompanhamento, avaliação e controle das ações de promoção e assistência em saúde mental na RAPS municipal.

Art. 3º. São atribuições do Grupo Condutor da RAPS de Vitória: I - apoiar a implantação e implementação da Rede de Atenção Psicossocial fundamentada nas determinações da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001;

II - monitorar e avaliar a Rede de Atenção Psicossocial analisando sua adequação e possível necessidade de expansão;

III - acompanhar e apoiar as ações intersectoriais da Rede de Atenção Psicossocial;

IV - remeter às Gerências e Gabinete da SEMUS questões que demandem deliberações técnicas e decisórias internas a esta Secretaria ou relativas a outros órgãos da saúde ou intersectoriais.

Art. 4º. O Grupo Condutor será composto pelos seguintes membros:

a) Área Técnica de Saúde Mental: um titular e um suplente.

b) Gerência de Atenção em Saúde: dois titulares e dois suplentes, contemplando as 03 coordenações (atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência).

c) Gerência de Regulação, Controle e Avaliação: um titular e um suplente.

d) Gerência de Vigilância em Saúde: um titular e um suplente.

e) Gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): dois titulares e dois suplentes, sendo um representante por CAPS.

f) Conselho Municipal de Saúde de Vitória: um titular e um suplente.

g) Unidades Básicas de Saúde: três trabalhadores titulares e três suplentes, sendo um representante por região de saúde.

h) Equipes de Consultório na Rua: um trabalhador titular e um suplente, sendo um representante por equipe.

i) Centros de Atenção Psicossocial: dois trabalhadores titulares e dois suplentes, sendo um representante por CAPS.

j) Outros serviços da atenção especializada: um trabalhador titular e um suplente, sendo de serviços diferentes.

k) Representantes de familiares/usuários dos CAPS ou de conselhos locais de saúde dos CAPS: dois titulares e dois suplentes, indicados pelos CAPS, sendo um representante por serviço.

Parágrafo único. Para o desenvolvimento de suas competências e atividades, o Grupo Condutor poderá solicitar a participação de outros órgãos e setores da SEMUS e estabelecer parcerias com as demais secretarias do Município e Estado, de administração pública.

Art. 5º. O Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial Municipal realizará reuniões regularmente, conforme cronograma a ser estabelecido, para discutir e deliberar sobre questões relacionadas à Rede de Atenção Psicossocial de Vitória. As reuniões serão coordenadas pela Área Técnica de Saúde Mental.

Art. 6º. O Regimento Interno de funcionamento do Grupo Condutor da RAPS deverá ser elaborado e aprovado pelos servidores designados para a composição do grupo.

Art. 7º. Os servidores designados para atuarem nesse Grupo Condutor serão preferencialmente efetivos, sendo admitidos servidores de contrato temporário ou comissionados somente na impossibilidade de preenchimento da representação por efetivo, justificado pela chefia imediata.

Art. 8º. As indicações para a representação devem ser definidas e aprovadas pelos trabalhadores dos serviços de saúde, considerando o interesse, a disponibilidade e concordância dos indicados.

Art. 9º. As indicações para a representação de familiares/usuários dos CAPS ou de conselhos locais de saúde dos CAPS devem ser definidas e aprovadas por esses segmentos, considerando o interesse, a disponibilidade e concordância dos indicados.

Art. 10. As indicações para a representação do Conselho Municipal de Saúde devem ser definidas pelo referido Conselho.

Art. 11. As Gerências da SEMUS devem indicar as representações das coordenações ou áreas técnicas definidas nessa Portaria.

Art. 12. As indicações devem ser encaminhadas pelas chefias imediatas dos serviços de saúde relacionados, pelo Conselho Municipal de Saúde e pelas Gerências da SEMUS por Ofício à Gerência de Atenção à Saúde (SEMUS/GAS).

Art. 13. Na impossibilidade de qualquer dos indicados continuar na composição do Grupo Condutor, o setor ou serviço de saúde relacionado realizará nova indicação, na forma estabelecida nessa Portaria.

Art. 14. Os servidores designados para atuarem nesse Grupo Condutor não receberão qualquer gratificação adicional.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Vitória, 31 de outubro de 2024

Magda Cristina Lamborghini

Secretária Municipal de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE

PORTARIA Nº 074

Institui o Programa Olhar Vitória na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

Considerando o Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE) no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, que redefine as regras e os critérios para adesão ao PSE e estabelece a promoção da saúde ocular e a identificação de educandos com possíveis sinais de alteração como um dos temas prioritários do programa;

Considerando a importância da saúde ocular para o desempenho acadêmico e bem estar dos estudantes da rede pública de ensino e a necessidade de proporcionar condições adequadas de aprendizado e igualdade de oportunidade para todos os alunos; Considerando a Portaria Normativa Interministerial nº 15, de 24 de abril de 2007, que institui o Projeto Olhar Brasil, elaborado de forma conjunta pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, e sua redefinição pela Portaria Interministerial nº 2.299, de 03 de outubro de 2012, com o objetivo de identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração e garantir assistência integral em oftalmologia para os casos em que forem diagnosticadas outras patologias em saúde ocular e que necessitem de intervenções, visando contribuir para a redução das taxas de repetência e evasão escolares e facilitar o acesso da população à consulta oftalmológica e a óculos corretivos;

Considerando que o Projeto Olhar Brasil foi uma importante iniciativa de implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia nos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, porém foi descontinuado pelo Ministério da Saúde em 2017;

Considerando que o município de Vitória manteve o atendimento aos escolares, por meio do Projeto Olhar Vitória;

RESOLVE:

Art. 1º. Instituir o Programa Olhar Vitória na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS).

Art. 2º. O Olhar Vitória é um programa de assistência oftalmológica, destinado aos escolares da rede pública municipal de ensino de Vitória.

Art. 3º. O Programa Olhar Vitória tem como objetivos:

- identificar problemas visuais relacionados à refração;
- facilitar o acesso às consultas oftalmológicas aos escolares com alteração na acuidade visual;
- fornecer óculos corretivos para os estudantes diagnosticados com problemas de visão.

Art. 4º. O Olhar Vitória tem como público-alvo os estudantes matriculados nas unidades de ensino da rede pública municipal, vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), incluindo os Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI), Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) e Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Art. 5º. O Programa Olhar Vitória envolve um conjunto de ações da Atenção Básica e Especializada à Saúde, desenvolvidas pelos serviços que integram a Rede de Atenção à Saúde, própria e/ou

contratada, estabelecidas abaixo.

a) Triagem oftalmológica;

b) Consulta oftalmológica;

c) Fornecimento gratuito de óculos grau (monofocal e multifocal) para a correção de erros de refração simples.

§ 1º. As ações do Programa Olhar Vitória devem ser realizadas conforme fluxos estabelecidos em nota técnica conjunta da Gerência de Atenção à Saúde e Gerência de Regulação Controle e Avaliação.

§ 2º. As ações do Programa Olhar Vitória devem ser realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde em articulação com a Secretaria Municipal de Educação, sendo o planejamento das ações realizadas por meio do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM) do Programa Saúde na Escola.

Art. 6º. O planejamento, o monitoramento e a avaliação do Programa Olhar Vitória serão realizados de forma compartilhada entre a Gerência de Atenção à Saúde e a Gerência de Regulação Controle e Avaliação (GRCA) da SEMUS, sendo as atribuições de cada uma das gerências definidas por meio de nota técnica conjunta.

Art. 7º. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 31 de outubro de 2024

Magda Cristina Lamborghini

Secretária Municipal de Saúde

SECRETARIA DE GOVERNO

PORTARIA Nº 607

O Secretário de Governo, usando da atribuição que lhe é delegada através do Decreto nº 10.058, de 26.08.97,

RESOLVE:

Art. 1º. Nomear **Aline Borges Teixeira** para exercer a função gratificada de Coordenador do Cartório de Agentes Públicos, FG-OP1, na Procuradoria Geral do Município, em substituição ao seu titular Sheila Miranda Moreira, no período de 11.11.2024 a 02.12.2024, na forma do Art. 56, da Lei nº 2.994, de 17.12.82 (Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Vitória), tendo em vista o disposto no Decreto nº 10.058/97, conforme informações constantes no Processo nº 8032732/2024.

Art. 2º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 04 de novembro de 2024

Regis Mattos Teixeira

Secretário de Governo em exercício

SECRETARIA DE GOVERNO

PORTARIA Nº 608

O Secretário de Governo, usando da atribuição que lhe é delegada através do Decreto nº 10.058, de 26.08.97,

RESOLVE:

Art. 1º. Nomear **Luziani Santana Boostel Sena** para exercer o cargo comissionado de Diretor do Centro de Atenção Psicossocial São Pedro, PC-T, na Secretaria de Saúde, em substituição ao seu titular Pedro Henrique Cunha Duque, no período de 21.10.2024 a 08.11.2024, na forma do Art. 56, da Lei nº 2.994, de 17.12.82 (Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Vitória), tendo em vista o disposto no Decreto nº 10.058/97, conforme informações constantes no Processo nº 7869665/2024.

Art. 2º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 04 de novembro de 2024

Regis Mattos Teixeira

Secretário de Governo em exercício

SECRETARIA DE GOVERNO

PORTARIA Nº 609

O Secretário de Governo, usando da atribuição que lhe é delegada através do Decreto nº 10.058, de 26.08.97,

RESOLVE:

Art. 1º. Nomear **Marcela Camatta Santana** para exercer a função gratificada de Diretor de Laboratório Central Municipal, FG-T, na Secretaria de Saúde, em substituição ao seu titular Regina Maria Binda Azevedo Terraio, no período de 14.10.2024 a 21.10.2024, na forma do Art. 56, da Lei nº 2.994, de 17.12.82 (Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Vitória), tendo em vista o disposto no Decreto nº 10.058/97, conforme informações constantes no Processo nº 7816428/2024.

Art. 2º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 04 de novembro de 2024

Regis Mattos Teixeira

Secretário de Governo em exercício

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:27:10. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
0C49938A-0C52-46EB-87DA-BBB3CD27327B



MEMÓRIA DA REUNIÃO DO GRUPO CONDUTOR DA RAPS DE VITÓRIA

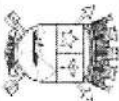
Data: 18/08/25

Horário: 14 horas

Local: ETSUS

Participantes: lista de presença anexa

A 1ª reunião do grupo condutor da RAPS de Vitória se inicia às 14 horas e vinte minutos com a apresentação dos participantes. Em seguida, o coordenador da Reunião, Rodrigo Scarabelli, realiza apresentação da Portaria nº 73 de 2024 que institui o Grupo Condutor da RAPS de Vitória e dirime dúvidas. O momento seguinte foi dedicado a pactuações sobre a estruturação das reuniões do grupo condutor, sendo pactuados os seguintes pontos: periodicidade: mensal; dia para a reunião: toda a primeira terça-feira de cada mês, de 13:30h às 16h; quórum: metade do número de titulares + 1, o que resulta em 09 participantes; caso não haja quórum, não serão realizadas deliberações, tendo a reunião caráter apenas informativo; registro: deverá ser feito memória da reunião; quem registra: realização de rodízio entre os participantes, pela ordem alfabética dos nomes dos participantes; comunicação sobre as reuniões: será realizada por corrente de e-mail, confirmando a reunião e tendo os integrantes que confirmar presença ou justificar ausência; também será utilizado linha de transmissão em whatsapp para informes; convidados externos: será deliberado ou submetido a aprovação pelo grupo condutor de convidados externos; pontos de pauta: preferencialmente, comunicadas com antecedência. Como próximos andamentos, o grupo indica a elaboração de regimento interno e levantamento de necessidades e pontos relevantes sobre a RAPS de Vitória para o Grupo Condutor discutir. Não havendo mais assuntos a tratar, a reunião encerrou-se às 16 horas e eu, Rodrigo dos Santos Scarabelli, realizei o registro desta memória.



PREFEITURA DE VITÓRIA

LISTA DE PRESENÇA

Reunião do Grupo Condutor da RAPS de Vitória

Data: 20/08/25

Local: ETSUS, início às 13:30h

Representação	Titularidade	Nome	Órgão/setor	Assinatura
Área Técnica de Saúde Mental	titular	Rodrigo dos Santos Scarabelli	SEMUS/ATSM	
	suplente	Andrea Campos Romanholi	SEMUS/ATSM	
GAS	titular	Cleilson Teobaldo dos Reis	SEMUS/CAB	
	suplente	Carolina Piazzarollo Loureiro	SEMUS/CAE	
	titular	Cleser Santos	SEMUS/COUE	
	suplente	Monaliza de Souza Calazans	SEMUS/COUE	
GRCA	titular	Patrícia Dea Braga	SEMUS/GRCA	
	suplente			
GVS	titular	Paola Danielly Uliana Peterle	GVS/NUPREVI	
	suplente	Mayara Ciciliotti da Silva	GVS/CEREST	
Diretores de CAPS	titular	Pedro Henrique Cunha Duque	CAPS III São Pedro	
	suplente	Elaine Cristina dos Santos Freitas	CAPS AD III	
	titular	Luiz Claudio Oliveira da Silva	CAPS II Ilha de Santa maria	
	suplente	Tania Mara dos Santos	CAPS infanto-juvenil	
Conselho Municipal de Saúde	titular	Larissa Queiroz Barbosa	CMS/seg. usuário	
	suplente	Herivelto de Oliveira	CMS/seg. usuário	

Autenticar documento em /autenticidade

	titular	Helayne Ximenes Faria	região Continental			
Unidades Básicas de Saúde	titular	Fernanda Maria de A. Pereira Aquino	região Centro			
	titular	Andrea Thamiris Barbosa Dias	região São Pedro			
	suplente	Elisara Lucia Sant'Anna	região Forte São João			
	suplente					
Consultório na Rua	titular	João Paulo Guidoni	CrRua Centro			
	suplente	Joana Oliveira de Brito Rodrigues	CrRua Andorinhas			
Centros de Atenção Psicossocial	titular	Djaldea Rosângela Felix Fernandes	CAPS AD III			
	titular	Thalita Calmon Capelini	CAPS infanto-juvenil			
	suplente	Luziane Santana Boostel Sena	CAPS III São Pedro			
	suplente	Camila Mariani Silva	CAPS II Ilha de Santa Maria			
Serviços da Atenção Especializada	titular	Marieta Barreto Alves da Silva	Casa Rosa			
	suplente					
Familiars/usuários/controle social CAPS	titular	Maria da Penha Dias Coutinho Gabriel	CAPS III São Pedro			
	suplente	Fabiana Parreiras Dal Bello Pereira	CAPS II Ilha de Santa Maria			
	titular	Nizete Marques	CAPS AD III			
	suplente	Zélia Stov	CAPS infanto-juvenil			



MEMÓRIA DA REUNIÃO DO GRUPO CONDUTOR DA RAPS DE VITÓRIA

Data: 04/11/2025

Horário: 13:30 horas

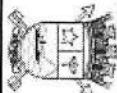
Local: ETSUS

Participantes: lista de presença anexa

A 2ª reunião do grupo condutor da RAPS de Vitória se inicia às 13 horas e quarenta e cinco minutos com a verificação do quórum, estando presentes 16 integrantes. Em seguida, o coordenador da Reunião, Rodrigo dos Santos Scarabelli, realiza a leitura da memória da reunião anterior, havendo concordância dos presentes com o registro realizado. Rodrigo propõe apresentação da auditoria da DENASUS sobre Saúde Mental e a Atenção Primária em Vitória, da auditoria do TCEES sobre as RAPS do Estado e municípios, no que se refere à Vitória; e também apresentação sobre as Unidades de Acolhimento Transitório Adulto (masculina e feminina) implantadas na RAPS de Vitória, com funcionamento iniciado em outubro de 2025. Os participantes dirimiram dúvidas e discutiram pontos relevantes a partir dos documentos das auditorias, bem como sobre as UAAs implantadas. Foi solicitado pelos participantes que o coordenador da reunião encaminhe por e-mail a apresentação sobre as auditorias. Como pontos de pauta, foi retomada a necessidade de elaboração de regimento interno e o levantamento de necessidades e pontos relevantes sobre a RAPS de Vitória para o Grupo Condutor acompanhar. Os participantes realizam discussões, sendo levantados os seguintes pontos: a) atenção em saúde mental pela rede de urgência e emergência, quanto ao fluxo estabelecido pela SESA (sempre direcionar os casos em crise primeiro aos Prontos Atendimentos para esse ponto de atenção encaminhar ao HEAC) e quanto a problemas com o serviço prestado pelo SAMU em saúde mental; b) como está organizada atualmente no município a classificação de risco em saúde mental nas UBS, considerando o achado da auditoria DENASUS e o protocolo de classificação de risco recentemente



implantado; c) buscar informações que subsidiem estudo para implantação de Centro de Convivência e Cultura; d) buscar informações sobre a demanda em saúde mental e demais dados na RAPS municipal para análise quanto ao dimensionamento de serviços e equipes; e) elaboração de documentos pelo grupo condutor da RAPS destinados à SESA, SEMUS ou outras instâncias para as questões pertinentes à RAPS municipal; f) convidar a SEMAS para participação em uma reunião do grupo condutor da RAPS apresentando sobre os serviços de moradia transitória (fluxos, funcionamento, público-alvo e outros aspectos). Não havendo mais assuntos a tratar, a reunião encerrou-se às 15 horas e cinquenta minutos eu, Rodrigo dos Santos Scarabelli, realizei o registro desta memória.



PREFEITURA DE VITÓRIA

LISTA DE PRESENÇA

Reunião do Grupo Condutor da RAPS de Vitória

Data: 04/11/25

Local: ETSUS, início às 13:30h

Representação	Titularidade	Nome	Órgão/setor	Assinatura
Área Técnica de Saúde Mental	titular	Rodrigo dos Santos Scarabelli	SEMUS/ATSM	
	suplente	Andrea Campos Romanholi	SEMUS/ATSM	
GAS	titular	Cleilson Teobaldo dos Reis	SEMUS/CAB	
	suplente	Carolina Piazzarollo Loureiro	SEMUS/CAE	
	titular	Cleser Santos	SEMUS/COUE	
	suplente	Monalizza de Souza Calazans	SEMUS/COUE	
GRCA	titular	Patrícia Dea Braga	SEMUS/GRCA	
	suplente			
GVS	titular	Paola Danielly Uliana Peterle	GVS/NUPREVI	
	suplente	Mayara Ciciliotti da Silva	GVS/CEREST	
Diretores de CAPS	titular	Pedro Henrique Cunha Duque	CAPS III São Pedro	
	suplente	Elaine Cristina dos Santos Freitas	CAPS AD III	
	titular	Luiz Claudio Oliveira da Silva	CAPS II Ilha de Santa Maria	
	suplente	Tânia Mara dos Santos	CAPS infante-juvenil	
Conselho Municipal de Saúde	titular	Larissa Queiroz Barbosa	CMS/seg. usuário	
	suplente	Herivelto de Oliveira	CMS/seg. usuário	

	titular	Helayne Ximenes Faria	região Continental			
Unidades Básicas de Saúde	titular	Fernanda Maria de A. Pereira Aquino	região Centro			
	titular	Andrea Thamiris Barbosa Dias	região São Pedro			
	suplente	Elisara Lucia Sant'Anna	região Forte São João			
	suplente					
	suplente					
Consultório na Rua	titular	João Paulo Guidoni	CrRua Centro			
	suplente	Joana Oliveira de Brito Rodrigues	CrRua Andorinhas			
Centros de Atenção Psicossocial	titular	Djaldea Rosângela Felix Fernandes	CAPS AD III			
	titular	Thalita Calmon Capelini	CAPS infanto-juvenil			
	suplente	Luziane Santana Boostel Sena	CAPS III São Pedro			
	suplente	Camila Mariani Silva	CAPS II Ilha de Santa Maria			
Serviços da Atenção Especializada	titular	Marieta Barreto Alves da Silva	Casa Rosa			
	suplente					
Familiares/usuários/controle social CAPS	titular	Maria da Penha Dias Coutinho Gabriel	CAPS III São Pedro			
	suplente	Fabiana Parreiras Dal Bello Pereira	CAPS II Ilha de Santa Maria			
	titular	Nizete Marques	CAPS AD III			
	suplente	Zélia Stov	CAPS infanto-juvenil			

Autenticar documento em /autenticidade



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gerência de Atenção à Saúde

MEMÓRIA DA REUNIÃO DO GRUPO CONDUTOR DA RAPS DE VITÓRIA

Data: 02/12/2025

Horário: 13:30 horas

Local: ETSUS

Participantes: lista de presença anexa

A 3ª reunião do grupo condutor da RAPS de Vitória se inicia às 13:00horas e 30 minutos com a verificação do quórum, estando presentes 15 integrantes. A seguir, a coordenadora da reunião, Andréa Campos Romanholi, realiza a leitura da memória da reunião anterior. Todos os presentes concordam com os registros realizados. A partir dos pontos levantados na reunião anterior como sendo aqueles mais importantes a se discutir neste grupo, ficou definido que a reunião de hoje trataria, inicialmente, o ponto relativo à como está sendo feita a classificação de risco em saúde mental nas Unidades de saúde (UBS) da Semus Vitória, considerando o achado da auditoria do DENASUS e o Protocolo de Classificação de Risco recentemente implantado nos serviços da atenção básica do município. Uma técnica da Coordenação de Atenção Básica compareceu à reunião e fez a apresentação de todo o processo de Acolhimento com classificação de risco que acontece nas UBS de Vitória, com objetivo e todos conhecerem e discutirem. As discussões apontam o fato de que esta prática nas UBS, somada à rotatividade de profissionais contratados de empresas terceirizadas, tem tido efeito de desorganizar a lógica de atenção da Estratégia de Saúde da Família, tornando as unidades mais parecidas com funcionamento de Pronto Atendimentos. Os profissionais das UBS presentes relatam que isso repercute negativamente na atuação das eMulti e na saúde mental, podendo comprometer a atenção integral. É discutido que tem sido difícil o trabalho de acompanhamento às equipes, pois estas mudam muito em sua composição e muitos



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gerência de Atenção à Saúde

dos novos profissionais que entram não entendem a proposta ou não se interessam ou se comprometem com um cuidado mais próximo do usuário e do território. De todo modo, ainda que alguns pontos do processo de classificação de risco e dos critérios de classificação tenham sido discutidos, fica entendido que não é exatamente a Classificação de risco o problema central do que foi falado, mas sim a lógica mais ambulatorial que se tem imposto nas unidades. Foi explicado que o Protocolo foi implantando acompanhado de um importante processo de validação interna e externa com participação de profissionais e de especialistas externos. O atendimento às urgências em saúde mental também foi discutido, pois, além das dificuldades na própria UBS, quando é necessário que o usuário seja atendido em outro ponto de atenção, se tem dificuldade no transporte deste, com negativas da Central de Transporte Sanitário (CTS) sobre sua responsabilidade nesse ponto. O profissional do Caps AD III relata que não têm conseguido mais que a CTS faça o transporte mesmo de usuários que estão em regime integral e precisam sair para realizar exames em outros serviços, o que leva a que por vezes os próprios profissionais façam esse transporte, mesmo sabendo não ser indicada essa prática devido a risco de intercorrências em seu próprio veículo. A necessidade de diálogo e nova negociação com a CTS fica colocada pelos presentes. Profissionais do Consultório na Rua relatam, também, que a CTS não é mais parceira na atenção à população em situação de rua, pois quando encontram alguém que precisam ir para o PA a CTS não faz mais esse transporte, o que já foi feito em época anterior, orientando para que chamem o SAMU. Seguindo a discussão sobre as demandas em saúde mental, foi relatado que aconteceu um seminário da educação municipal na UFES, com grande discussão sobre a medicalização da infância nas escolas. Neste foi apresentado o resultado de uma pesquisa sobre este tema e sobre os encaminhamentos das escolas para a saúde, com resultados importantes e que o grupo sugere conhecermos convidando a pesquisadora Elizabeth Bassani para apresentar. Após essas discussões, o grupo decide manter reunião em janeiro, pois um número suficiente para o quórum afirmou poder participar na data de 06/01/2026. Assim, fica definida esta data para a próxima reunião e registra-se a sugestão de elaboração de um Formulário online com



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gerência de Atenção à Saúde

levantamento de temas e prioridades a serem tratadas nas reuniões futuras, o que pode auxiliar no planejamento das ações deste grupo e de temas em que vamos aprofundar com vistas ao fortalecimento da Raps municipal. Duas pautas foram sugeridas nesta reunião: 1 - Diálogo com a educação, convidando a pesquisadora citada para apresentação de sua pesquisa, completando com discussão sobre as prescrições que têm sido feitas para crianças na Semus e 2 - Conversa com a CTS visando entendimento de seu papel e nova pactuação com relação aos problemas expostos nessa reunião e com o SAMU em função da necessidade de melhorar a atenção às urgências. Considerando o horário previsto e o encerramento das discussões do dia, sem mais a tratar, a reunião encerrou-se às 15 horas e vinte minutos e eu, Andréa Campos Romanholi, realizei o registro dessa memória.



PREFEITURA DE VITÓRIA

LISTA DE PRESENÇA

Reunião do Grupo Condutor da RAPS de Vitória

Data: 02/12/25

Local: ETSUS, início às 13:30h

Representação	Titularidade	Nome	Órgão/setor	Assinatura
Área Técnica de Saúde Mental	titular	Rodrigo dos Santos Scarabelli	SEMUS/ATSM	
	suplente	Andrea Campos Romanholi	SEMUS/ATSM	
GAS	titular	Cleilson Teobaldo dos Reis	SEMUS/CAB	
	suplente	Carolina Piazzarollo Loureiro	SEMUS/CAE	
	titular	Cleser Santos	SEMUS/COUE	
	suplente	Monalizza de Souza Calazans	SEMUS/COUE	
GRCA	titular	Patrícia Dea Braga	SEMUS/GRCA	
	suplente			
GVS	titular	Paola Danielly Uliana Peterle	GVS/NUPREVI	
	suplente	Mayara Ciciliotti da Silva	GVS/CEREST	
Diretores de CAPS	titular	Pedro Henrique Cunha Duque	CAPS III São Pedro	
	suplente	Elaine Cristina dos Santos Freitas	CAPS AD III	
	titular	Luiz Claudio Oliveira da Silva	CAPS II Ilha de Santa Maria	
	suplente	Tânia Mara dos Santos	CAPS infanto-juvenil	
Conselho Municipal de Saúde	titular	Larissa Queiroz Barbosa	CMS/seg. usuário	
	suplente	Herivelto de Oliveira	CMS/seg. usuário	

Unidades Básicas de Saúde	titular	Helayne Ximenes Faria	região Continental	Helayne Faria
	titular	Fernanda Maria de A. Pereira Aquino	região Centro	Fernanda
	titular	Andrea Thamiris Barbosa Dias	região São Pedro	Andrea
	suplente	Elisara Lucia Sant'Anna	região Forte São João	Elisara
	suplente			
	suplente			
Consultório na Rua	titular	João Paulo Guidoni	CrRua Centro	
	suplente	Joana Oliveira de Brito Rodrigues	CrRua Andorinhas	Joana Rodrigues
Centros de Atenção Psicossocial	titular	Djaldeá Rosângela Felix Fernandes	CAPS AD III	Djaldeá Rosângela Felix Fernandes
	titular	Thalita Calmon Capelini	CAPS infanto-juvenil	
	suplente	Luziane Santana Boostel Sena	CAPS III São Pedro	
	suplente	Camila Mariani Silva	CAPS II Ilha de Santa Maria	
Serviços da Atenção Especializada	titular	Marieta Barreto Alves da Silva	Casa Rosa	Marieta
	suplente			
Famíliares/usuários/control social CAPS	titular	Maria da Penha Dias Coutinho Gabriel	CAPS III São Pedro	
	suplente	Fabiana Parreiras Dal Bello Pereira	CAPS II Ilha de Santa Maria	
	titular	Nizete Marques	CAPS AD III	
	suplente	Zélia Stov	CAPS infanto-juvenil	

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:27:23. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
4E137D0E-AADE-458A-9ADE-1445CBDB3055



Prefeitura de Vitória
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Atenção à Saúde



Plano de trabalho

Área Técnica de Saúde Mental

GAS/CAE/ATSM

2022-2024

Vitória, 2022



SUMÁRIO

1. Introdução	03
2. Diretrizes e Linhas de Cuidado para a RAPS do Município de Vitória	06
2.1 Atualização de Nota Técnica para Atenção às pessoas com comportamento suicida e seus familiares	06
2.2. Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória	08
3. Ações Estratégicas para fortalecimento da RAPS e dos cuidados em Saúde Mental.....	08
3.1 Matriciamento em Saúde Mental.....	08
3.2 Fortalecimento da atenção em Saúde Mental na Atenção Primária.....	11
3.2.1 Qualificar as equipes multiprofissionais da AB na lógica do NASF.....	11
3.2.2 Reuniões Regionais em Saúde Mental com serviços da Rede SEMUS.....	12
3.3 Fortalecimento da atenção em Saúde Mental nos CAPS.....	14
3.3.1 Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS.....	14
3.3.2 Ações formativas para os CAPS.....	16
3.3.3 Organização de processos de trabalho e da assistência nos CAPS.....	17
3.3.3.1 Atualização do Projeto Técnico dos CAPS.....	17
3.3.3.2 Diretrizes para agenda e organização da assistência.....	18
3.4 Acompanhamento e monitoramento dos CAPS.....	19
4. Constituição de Grupo Condutor da RAPS de Vitória (ou Participação em Câmara Técnica para Linhas de Cuidado transversais à Saúde Mental).....	20
5. Acompanhamento da execução do Plano de Educação Permanente da ETSUS nos temas relacionados à Saúde Mental.....	20
5.1 Capacitação sobre Linhas de Cuidado e manejo de situações de autolesão e comportamento suicida.	20
5.2 Ações Educativas em Saúde Mental para a Atenção Básica	21
5.3 Ação educativa sobre as Diretrizes Municipais da RAPS	21
5.4 Capacitação no tema masculinidades e interface com a violência doméstica.....	21
Anexos	22



1. Introdução

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é responsável por organizar ações e serviços relacionados ao cuidado integral em saúde mental da população, em consonância com o redirecionamento do modelo assistencial nessa área e garantia da proteção e dos direitos das pessoas com transtorno mental, definidos na Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Sua organização visa à criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, conforme Portaria de Consolidação do SUS nº 3/2017.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória/ES se constitui com os diversos pontos de atenção da RAS municipal, em todos os seus níveis - atenção básica, especializada e serviços de urgência/emergência, de forma que cuidados em saúde mental devem integrar os seus processos de trabalho e rotinas e compor o rol de ofertas de acompanhamentos em saúde. Fazem parte da RAPS de Vitória/ES:

- *No componente da Atenção Básica:* acompanhamento multiprofissional em saúde mental realizado de forma articulada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família e/ou Atenção Primária e equipes do Núcleo Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) nas 29 unidades de saúde da rede municipal.
- *Ainda no componente da Atenção Básica:* 04 equipes de Consultório na Rua (CnaR), importantes dispositivos públicos para o cumprimento do objetivo de



reduzir a lacuna assistencial das políticas de saúde voltadas para Pessoas em Situação de Rua (PSR), no âmbito da atenção básica e da atenção psicossocial.

- *No componente da Atenção Especializada:* destacam-se os 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria), 01 Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III São Pedro), 01 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) e 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).
- Ainda na *Atenção Especializada*, o cuidado ocorre no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CMEV) por meio de atendimentos ambulatoriais em saúde mental; também em 01 Centro de Referência no Atendimento ao Idoso (CRAI); 01 Centro de Referência em IST/Aids; 01 Centro Especializado de Atenção à Saúde da Mulher e Famílias em Situação de Violência (Casa Rosa);
- *No componente da Atenção de Urgência e Emergência:* acolhimento de urgências em saúde mental nas 29 Unidades Básicas de Saúde, nos 02 Prontos Atendimentos Municipais e nos 04 CAPS do município;
- *No componente das Estratégias de Desinstitucionalização:* 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

Importante destacar que os cuidados em saúde mental pela RAPS devem ocorrer na perspectiva da integralidade e de forma articulada entre os diversos pontos de atenção relacionados a cada caso, compondo um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que atenda às necessidades apresentadas.

Para fomentar o cuidado coordenado, integral e corresponsável entre os diversos pontos de atenção da rede municipal de saúde, o Matriciamento desponta como dispositivo



estratégico de gestão do trabalho em saúde pela RAPS. Em especial, entre os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde, no intuito de fortalecer a resolutividade e o papel ordenador da Atenção Básica no processo do cuidado. Nesse sentido, as ações de matriciamento devem ocorrer de forma sistemática e incorporadas nas rotinas dos serviços, sendo uma tecnologia relevante na construção e seguimento da atenção em Saúde Mental.

Em vista do papel fundamental da Atenção Primária em Saúde na oferta e ordenação do cuidado em saúde mental, às equipes de AP ou ESF e as equipes multiprofissionais de apoio/Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF) precisam ser fortalecidas e qualificadas para potencializar o alcance das intervenções em Saúde Mental nos territórios.

Os CAPS são equipamentos com função estratégica na composição da RAPS, pois, além de retaguarda para o cuidado e acompanhamento dos casos de transtorno mental grave, quadros agudizados e com instabilidades e sofrimento psíquico intensos, compartilham com as equipes na Atenção Básica, via matriciamento, o cuidado de casos que necessitam de atenção em saúde mental de menor intensidade. Esta prática de trabalho compartilhado, interprofissional e em rede possibilita que se efetive a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, bem como ações territoriais voltadas à inserção social e promoção da saúde.

Para qualificar e potencializar esse conjunto de atividades, ações formativas para toda a rede e supervisão clínico-institucional para os CAPS são estratégias necessárias e relevantes, pois se tratam de ações complexas, transversais a todas as faixas etárias e programas; e que demandam ações territoriais, comunitárias e intersetoriais.

Ordenar, promover e qualificar os cuidados em Saúde Mental torna-se mais premente para a RAS em vista da precarização observada no âmbito dos Determinantes Sociais da



Saúde no país (alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, lazer, acesso a bens e serviços essenciais entre outros) e também dos impactos advindos com a pandemia do novo coronavírus e de seus múltiplos desdobramentos psicossociais.

Em face desse contexto, é esperado aumento nos níveis de sofrimento psíquico da população e instabilidade em quadros crônicos e agudos de transtorno mental e de uso indevido de álcool e outras drogas, incluindo aumento do risco de suicídio, o que demanda da saúde pública intensificação das estratégias de cuidado em saúde mental, ampliação de seu alcance no território e melhorias na qualidade e no acesso dos munícipes a esse cuidado.

Nesse sentido, apresentamos a seguir ações que visam ordenar, promover e qualificar os cuidados em Saúde Mental no município de Vitória.

2. Diretrizes e Linhas de Cuidado para a RAPS do Município de Vitória

2.1 Atualização de Nota Técnica para Atenção às pessoas com comportamento suicida e seus familiares

Dados epidemiológicos relacionados a violências autoprovocadas no município de Vitória, monitorados pelo Núcleo de Prevenção a Violências e Promoção da Saúde (GVS/NUPREVI), demonstram aumento na prevalência dessa situação de violência e mudanças importantes nas suas manifestações, dentre as quais, destacam-se:

- Aumento da taxa de letalidade por suicídio entre o público feminino, que de 2010 a 2020 foi de mais de 100%;



- A proporção de notificações de violências autoprovocadas entre o público adolescente de 15 a 19 anos, correspondendo a 25,04% do total, equiparando-se à proporção do público jovem de 20 a 29 anos, de 25,64%;
- Tentativas de suicídio utilizando como meio o envenenamento/intoxicação na proporção de 62,56% das notificações, bem distante da segunda forma mais utilizada, objeto perfurocortante, correspondendo a 29,23%;
- Aumento da incidência de violências autoprovocadas em populações mais vulneráveis, indicando necessidade de construção de iniciativas e abordagens que trabalhem interseccionalidades desse agravo em saúde.

Considerando o aumento da prevalência e as mudanças nas manifestações das violências autoprovocadas, o manejo em saúde dos casos de pessoas com risco de suicídio e comportamentos autolesivos pela RAPS precisa ser fortalecido e aprimorado, resultando em maior segurança ao paciente, mitigação de agravos à saúde e proteção da vida.

Com este objetivo, está em andamento a atualização de Nota Técnica para Atenção às pessoas com comportamento suicida e seus familiares, a partir da formação de um Grupo de Trabalho composto por representantes da GAS (áreas técnicas de saúde mental e vinculadas à coordenação da atenção básica); da GAF e da GVS (área técnica de saúde do trabalhador e NUPREVI).

A previsão é que a referida Nota Técnica esteja finalizada até o mês de agosto de 2022, e divulgada para a Rede de Atenção à Saúde em setembro de 2022. Nesse mesmo mês, o planejamento do Grupo de Trabalho é realizar ações formativas em parceria com a ETSUS para trabalhar a implementação desta Nota Técnica atualizada na rede SEMUS, na última semana de Setembro de 2022.



2.2. Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória

A organização da RAPS deve integrar os diversos serviços que a compõem, estabelecendo fluxos e atribuições de cada ponto de atenção e conectando-os na lógica do cuidado em Rede, compartilhado e corresponsável.

O documento 'Diretrizes da RAPS de Vitória' pretende clarificar os objetivos, atribuições, funções e possibilidades de cuidado dos serviços de saúde no âmbito da Saúde Mental, e as estratégias de comunicação entre equipes para o trabalho integrado, com participação direta dos sujeitos usuários dos serviços, de seus familiares e da comunidade.

A proposta é de lançamento das Diretrizes até 30/12/2022 e trabalhar sua implementação em fevereiro de 2023.

3. Ações Estratégicas para fortalecimento da RAPS e dos cuidados em Saúde Mental

3.1 Matriciamento em Saúde Mental

O matriciamento é um dispositivo estratégico para construção articulada do cuidado entre diferentes pontos de atenção em saúde, produzindo um acompanhamento em rede, corresponsável, horizontal e pautado na integralidade.

Na RAPS, o matriciamento promove, a partir do encontro entre as equipes das unidades básicas de saúde e Centros de Atenção Psicossocial, a construção compartilhada e colaborativa do cuidado; o aprimoramento de ferramentas conceituais e de tecnologias leves para os acompanhamentos em saúde mental na UBS; a instrumentalização das equipes para seguimento do cuidado por meio de atendimentos ou visitas compartilhadas,



interconsultas, discussão de casos, implantação de grupos e oficinas, planejamento e construção conjunta de PTS, ações formativas com trocas de conhecimentos sobre temáticas em saúde mental entre as equipes visando suprir lacunas na formação em saúde mental.

O matriciamento é um dispositivo essencial para superação do modelo de encaminhamentos via referência e contrarreferência, modelo que alimenta a fragmentação do cuidado, o distanciamento e a desimplicação entre as equipes dos diferentes pontos de atenção, além de equívocos de encaminhamento ligados à comunicação insuficiente entre equipes, características que resultam na baixa qualidade e resolutividade da atenção, quando não na própria desassistência. Ao promover o encontro entre equipes, o matriciamento fomenta mudança para um modelo de cuidado que ocorre em rede, coordenado, horizontal, corresponsável e implicado.

O matriciamento está organizado dentro das Diretrizes do matriciamento em Vitória, de forma a ocorrer mensalmente em todas as 29 unidades básicas de saúde do município, de forma programada conforme cronograma anual previamente disponibilizado aos serviços.

Os encontros de matriciamento acontecem com a participação conjunta de técnicos matriciadores de 03 CAPS (CAPS II ou CAPS III, CAPSi e CAPS AD), ampliando o escopo de questões, temas e casos a serem tratados com as equipes das UBS.

Trata-se de uma proposta robusta em termos de integração e alinhamentos da RAPS na produção do cuidado, podendo essa organização e oferta tornarem-se uma referência na área, se devidamente implementada e sustentada pela Rede SEMUS.



As ações de matriciamento têm enfrentado algumas fragilidades importantes, que necessitam ser resolvidas institucionalmente para que se sustente e se fortaleça. Abaixo, organizamos um quadro com as fragilidades atuais e as ações a serem empreendidas.

Matriciamento

Fragilidades atuais	Intervenções e propostas	Prazo
- Ocorrendo predominantemente de forma virtual - Inconstância nos recursos logísticos para realização do matriciamento (transporte para deslocamento dos profissionais) - Falta de apoio de gerências locais dos serviços, quando não garantem o espaço e não organizam as equipes para participação - Cancelamentos frequentes/não priorização do apoio matricial - Falta de instrumentos de	- Retomada do matriciamento em modalidade presencial, preferencialmente - Garantia de apoio logístico para o matriciamento (ex: carro conforme cronograma) - Apoio da gestão, em seus diferentes níveis, para a efetivação sustentação e do matriciamento e sua incorporação nas rotinas dos serviços: liberação de espaço físico e das agendas das equipes para participação nos encontros de matriciamento - Monitoramento em tempo hábil da realização dos matriciamentos, identificando fragilidades e intervindo oportunamente para maior comprometimento dos serviços com o matriciamento	2º Semestre de 2022



gestão e acompanhamento do apoio matricial - Falta de recursos humanos nos CAPS para sustentar presença e seguimento no apoio matricial de alguns serviços - Falta de preparação das equipes dos serviços para as datas programadas e matriciamento limitando-se a discussão de casos	- Implementação de instrumentos de registro e de gestão dos matriciamentos - Recursos humanos recompostos nos serviços especializados, viabilizando que cada UBS tenha matriciadores de referência - Ações educativas para resgate da formação para atenção em rede e trabalho compartilhado.	

Serão atualizadas as pactuações de cronograma, logística, acompanhamento e monitoramento do matriciamento com vistas à resolução das fragilidades apontadas, conforme planilha anexa.

3.2 Fortalecimento da atenção em Saúde Mental na Atenção Primária

3.2.1 Qualificar as equipes multiprofissionais da AB na lógica do NASF

A Atenção Primária é o lócus estratégico para o ordenamento do cuidado em saúde e em saúde mental, podendo efetuar múltiplas possibilidades de acompanhamentos na perspectiva da promoção de saúde, prevenção e cuidado.

O município de Vitória conta, em suas 29 unidades básicas de saúde, com equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Atenção Primária ou Estratégia Saúde da



Família, formadas por psicólogo, assistente social, farmacêutico e profissional da educação física na saúde, e em algumas delas também fonoaudiólogos e pediatras.

Atualmente no município parte destas equipes multiprofissionais atuam na lógica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e parte como equipe de apoio sem essa conformação. Em breve a lógica NASF será implementada em todas as equipes multiprofissionais, tendo como uma de suas ênfases de atuação o campo da Saúde Mental. É essencial que estas equipes se apropriem do tema, pois só assim todas as equipes da Atenção Básica realmente tomarão o cuidado em saúde mental também como sua responsabilidade, em conjunto com os demais serviços e equipes da rede.

A ATSM, juntamente com profissionais da GAS/CAB, estão finalizando a atualização das 'Diretrizes dos NASF de Vitória' e, para sua implementação em todas as UBS do município, trabalharão também com a Etsus ações educativa que contribuam com a adoção efetiva da lógica NASF em todos os serviços e por todas as equipes. A saúde mental será um dos eixos destas ações. A proposta é realizar as ações de formação das equipes NASF, dentro das novas diretrizes até 30/10/2022 e iniciar o acompanhamento e monitoramento das equipes NASF do município a partir desta data.

Além disso, algumas UBS, a partir de parcerias com instituições de ensino, também recebem internato em psiquiatria, residência multiprofissional em saúde mental, e estagiários de graduação de cursos diversos, e será trabalhado com a ETSUS a incorporação de ações de saúde mental como parte das ações nestas diversas formas de integração IES/Serviços.



3.2.2 Reuniões Regionais em Saúde Mental com serviços da Rede SEMUS

A interlocução e articulação local entre os diversos serviços da RAPS que atuam em cada região de saúde é ação estratégica necessária para fortalecimento das equipes em sua atuação em Saúde Mental.

Com tal finalidade, a proposta é implantar reuniões regionais bimestrais entre a GAS/CAB e ATSM com os serviços de todos os serviços dos diversos níveis de atenção que atuam em cada região de saúde, com participação dos profissionais das equipes NASF, pelo menos dois profissionais das equipes da AB/AP ou ESF, profissionais dos CAPS que atuam na região, e membros da CAB e da ATSM.

Estas reuniões permitirão capilarizar orientações e aproximar as áreas técnicas das equipes da AB/AP/ESF e promover aproximação entre os serviços. A realização das reuniões de forma sistemática e sustentada permite a construção dos processos de coordenação e articulação das ofertas em Saúde Mental e viabiliza discussões, proposições e decisões oportunas sobre o funcionamento em rede.

Regiões de Saúde	1º mês			
	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
Continental				planejamento
Maruípe				
São Pedro				



Regiões de Saúde	2º mês			
	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
Santo Antônio				planejamento
Centro				
Forte S. João				

3.3 Fortalecimento da atenção em Saúde Mental nos CAPS

3.3.1 Implantação de Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS

A supervisão clínico-institucional é uma ação proposta como fundamento dos CAPS desde sua criação. Essa modalidade de supervisão se define como o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS e da própria Secretaria, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalha junto à equipe do serviço com periodicidade previamente definida, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos singulares dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS, a condução da clínica no serviço e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada.

O trabalho dos CAPS envolve não só a clínica direta com seus usuários e familiares, abrangendo, também, a articulação com todos os serviços da RAPS e da rede intersetorial com vistas à construção das possibilidades de inserção social e da atenção em saúde mental no território, nas UBS e nos PA, além da promoção de novas formas de acolhimento dos sujeitos por parte da comunidade. Os CAPS acolhem os usuários em



crise, oferecem atenção intensiva, trabalham as famílias, matriciam as equipes da AB/AP/ESF, realizam atendimentos compartilhados, acompanham seus usuários em momentos de internação hospitalar, fazendo um trabalho complexo com toda a rede.

Por tal amplitude de ações, a gestão dos CAPS se constitui um desafio e sua sustentação foi entendida desde sua criação como necessitando ter flexibilidade e poder contar com o recursos da supervisão clínico institucional. Os CAPS de Vitória contaram com este recurso por muitos anos, e a necessidade de resgatar esta oferta se mostra fundamental como forma de sustentar a potência que os CAPS podem ter.

Além disso, o contexto da pandemia do coronavírus e o cenário pós-pandêmico trouxeram desafios importantes para os serviços de saúde mental. Um deles foi a suspensão temporária das ações grupais e atividades de oficinas, forçando as ofertas de cuidado a adquirirem um caráter mais ambulatorial dentre outras limitações, o que se distancia das potencialidades e propósitos dos CAPS na composição da RAPS. Mesmo que no atual contexto as atividades grupais e coletivas tenham retornado, a reorganização das ofertas esbarra em desafios, podendo os profissionais reproduzirem um viés mais ambulatorial e medicalizante de cuidado.

Outro desafio é o aumento significativo de casos agravados em saúde mental a partir da pandemia do coronavírus, tanto por condições crônicas quanto por agudização de transtornos mentais e aumento do uso problemático de álcool e outras drogas, somados a casos de pessoas em sofrimento psíquico intenso e risco de suicídio.

Um terceiro desafio que se apresenta no momento, se refere à entrada de vários profissionais novos nas equipes dos CAPS, que precisam apreender a lógica de funcionamento do serviço e aprimorar-se na atuação dentro da lógica da atenção



psicossocial, da clínica ampliada e territorial. Esse contexto torna imprescindível a retomada da oferta da supervisão clínico institucional nos CAPS.

Com a Supervisão Clínico-Institucional, pretende-se obter melhorias e avanços na organização do serviço, processos de trabalho, fluxos, qualificação da atenção e do seguimento do cuidado, qualificação da equipe, potencialização do apoio matricial com as UBS, qualificação de registros, dentre outros. A interlocução do supervisor com a área técnica de saúde mental também pode contribuir para aprimoramento de instrumentos de gestão e planejamento estratégico com os CAPS.

As ações para contratação da supervisão clínico institucional para os CAPS acontecerão no segundo semestre de 2022 e envolvem estudo de formas ágeis e viáveis de contratação, elaboração de edital de convênio ou credenciamento, procedimentos de licitação/contratação. Considerando o tempo para tais processos, espera-se que a oferta da supervisão clínico institucional para os CAPS tenha início a partir do segundo trimestre de 2023.

3.3.2 Oferta de ações de formação continuada de atualização nos CAPS

Os CAPS ocupam lugar estratégico na RAPS, tanto pelo acompanhamento de casos graves em Saúde Mental em composição com os demais pontos de atenção (especialmente a Atenção Básica), quanto por ter a atribuição de matricular os demais serviços de saúde. Ambas as frentes de trabalho citadas suscitam a necessidade de investimentos formativos para as equipes dos CAPS.

Somado ao fato de que as equipes dos CAPS passaram por muitas mudanças, estando com vários profissionais de ingresso recente nos serviços, a oferta programada e sustentada de ações formativas para as equipes CAPS é ação importante neste momento.



Estas ações poderão ser ofertadas por meio de parcerias, articuladas via ETSUS, com algumas das diversas Instituições de Ensino Superior (IES) que já atuam na SEMUS como campo de formação.

A discussão entre a GAS/ATSM e a ETSUS já está em andamento e a proposta é que o planejamento, a definição de temáticas e as pactuações com as IES aconteçam a partir do 2º semestre de 2022 sendo o início das atividades formativas em 2023.

3.3.3 Organização de processos de trabalho e da assistência nos CAPS

3.3.3.1 Atualização do Projeto Técnico dos CAPS

Os quatro CAPS de Vitória passaram pelo processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde em 2014. Na ocasião, foi encaminhado o Projeto Técnico de cada CAPS, que descreve o funcionamento do serviço, as atribuições dos profissionais, fluxos internos, instrumentos locais de gestão e de assistência, modalidades de ofertas de acompanhamentos, dentre outros.

Atualmente, todos os CAPS se encontram habilitados, e recebem o repasse financeiro para custeio do bloco MAC (recursos previstos para manutenção dos CAPS), conforme disposto na Portaria de Consolidação nº 03 de 2017 do Ministério da Saúde. Porém, a atualização e maior detalhamento dos Projetos Técnicos dos serviços é uma ação relevante para orientar o funcionamento, atualizar os processos internos à realidade e às demandas atuais e para sustentar a lógica de atenção proposta para os CAPS como serviços estratégicos da RAPS, qualificando e potencializando suas ações em Saúde Mental.

Período: 1º semestre de 2023



3.3.3.2 Elaboração e implementação de diretrizes para agenda nos CAPS e organização da assistência

O funcionamento do serviço e o trabalho de cada profissional nos CAPS é dinâmico e complexo, sendo as ações organizadas a partir de cada caso e seu Projeto Terapêutico Singular. Ainda que exista uma previsão e descrição de atribuições e ações a serem desenvolvidas (Atendimentos individuais e familiares, orientações, oficinas, grupos, matriciamento etc.), a frequência, a duração e a pertinência mesmo destas ações para cada usuário varia bastante e só é definida com o andamento do mesmo. A atenção a casos graves e situações de crise pode levar a que um profissional necessite dedicar um turno ou mesmo o dia todo apenas a um caso, mudança todo seu planejamento prévio com vistas a acompanhar, cuidar e buscar estabilizar um usuário em crise.

Assim, a configuração prévia de uma agenda que corresponda a esta realidade se mostra muito difícil. De todo modo, é importante buscar meios que permitam uma maior organização interna do serviço em relação à distribuição de ofertas de cuidado pela equipe e à possibilidade de registros formais da ação cotidiana nos CAPS.

Construir parâmetros para organização das ofertas de ações necessárias em um CAPS e do trabalho de cada profissional, sem impedir a flexibilidade necessária, mas garantindo a manutenção de ações como o acolhimento contínuo e imediato das demandas, a avaliação das necessidades de atenção em cada caso, a formulação de PTS, entre outras, é algo que se faz necessário.

Com este fim, a proposta é de trabalhar com as equipes nesta construção, visando à construção de formas adequadas de se fazer a configuração das agendas dos profissionais e da organização das ofertas do serviço. Como produto deste trabalho, serão produzidas notas técnicas orientativas relacionadas às Diretrizes da Agenda dos CAPS e



propostas estratégias para trabalhar a implementação dessas orientações e realizar o acompanhamento de sua implementação.

Período: 1º semestre de 2023

3.3.4 Acompanhamento e monitoramento dos CAPS

A Área Técnica de Saúde Mental pretende implementar um conjunto de ações que visam estreitar o acompanhamento e monitoramento dos CAPS, oportunizando melhor conhecimento das ofertas do serviço e eventuais intervenções que resultem em melhorias na qualidade da assistência prestada. Dentre as ações, destacamos:

1. Participação da ATSM em reuniões de equipe/espços coletivos dos serviços, com periodicidade preestabelecida.
2. Acompanhamento junto às equipes de implementações de processos de trabalho
3. Acompanhamento das ofertas assistenciais dos serviços e incentivo a propostas inovadoras de cuidado, especialmente as coletivas, as que promovam contratualidades, as que se integram aos territórios e utilizam seus recursos, as que promovam reinserção social, maior autonomia e geração de renda.
4. Análise de registros e produção dos CAPS
5. Elaboração de indicadores para acompanhamento dos serviços

Período: a partir do 2º semestre de 2022



4 Constituição de Grupo Condutor da RAPS de Vitória (ou: participar de Câmaras Técnicas sobre Linhas de Cuidado transversais à Saúde Mental)

Para qualificação e aprimoramento contínuo da RAPS, a constituição de um Grupo Condutor municipal para essa Rede, ou ainda composição de Câmaras Técnicas sobre linhas de cuidado transversais à Saúde Mental, são possibilidades que contribuem na sustentação das estratégias de implementação da RAPS e qualificação dos cuidados em Saúde Mental.

Esse grupo/câmaras atuam como espaço de formulação de políticas públicas para atenção em saúde mental, pactuação, avaliação e controle de ações de prevenção, promoção e assistência à saúde mental no âmbito do município. Entre suas atribuições, o planejamento, organização, monitoramento e avaliação articulada, integrada e solidária da RAPS ou linhas de cuidado afins à Saúde Mental.

Previsão: 4º trimestre de 2022

5 Acompanhamento da execução do Plano de Educação Permanente da ETSUS com relação à efetivação das ações formativas planejadas para a área da saúde mental

5.1 Capacitação sobre Linhas de Cuidado e manejo de situações de autolesão e comportamento suicida.

Público-alvo: profissionais de nível superior dos serviços de saúde dos diversos níveis de atenção.



Previsão: 2º semestre de 2022 (atualização de nota técnica); 2º semestre de 2023 e 2º semestre de 2024.

5.2 Ações Educativas em Saúde Mental para a Atenção Básica

Público-alvo: profissionais da Atenção Básica.

Previsão: 2º semestre de 2022; 1º e 2º semestre de 2023; 1º e 2º semestre de 2024.

Objetivo: ações educativas organizadas em diferentes formatos e modalidades para alcance do maior número de profissionais da rede, incluindo ações territoriais, capacitações específicas, construção de planos locais de intervenção e acompanhamento, monitoramento e avaliação permanente. (encontro remoto, curso e conteúdo digital disponibilizados em plataforma digital ou outras, etc). Foco no fortalecimento da Atenção Primária no acolhimento e cuidado em saúde mental.

Entre as temáticas a serem trabalhadas: cuidado integral e articulado, manejo de casos, prevenção do suicídio e comportamento autolesivo, apoio matricial e suas potencialidades, uso racional de medicação e desmedicalização, modelo de atenção psicossocial dentre outros..

5.3 Ação educativa sobre as Diretrizes Municipais da RAPS

Público-alvo: Profissionais por serviço da Região de Saúde, com representação da equipe APS, equipe de apoio, nível médio e superior e direção

Previsão: a partir do 1º semestre de 2023

As Diretrizes Municipais da RAPS serão trabalhadas nas Reuniões Regionais em Saúde Mental

5.4 Capacitação no tema masculinidades e interface com a violência doméstica

Público-alvo: profissionais da rede de saúde (SEMUS) e de proteção (SEMCID, SEMAS, SEME, DEAM, 1ª Vara Violência contra a Mulher)



Previsão: 2º semestre de 2023 e 1º semestre de 2024

Objetivos: formação de profissionais de saúde e da rede de proteção para elaboração de projeto de intervenção por meio de grupos reflexivos de gênero com homens.

Forma: realização de um seminário aberto, incluindo os participantes. Com os participantes, haverá consecutivamente curso em modalidade híbrida sobre a temática. Os participantes deverão desenvolver projeto de intervenção no período estipulado para atividade dispersiva. O curso finaliza-se com a apresentação dos projetos / atividades desenvolvidas pelos participantes nos seus respectivos serviços. 02 turmas de 30 pessoas, uma em 2023 e uma em 2024. Carga Horária: 60h (inclui seminário, curso em modalidade híbrida, supervisão do projeto, atividade de dispersão, apresentação dos projetos). Contratação de Instituição/O.S. de reconhecida expertise na temática

Vitória, julho de 2022

SEMUS/GAS/CAE/ Área Técnica de Saúde Mental

Equipe:

Rodrigo dos Santos Scarabelli

Andrea Campos Romanholi

Herlam Wagner Peixoto

Eliane Tozato Pereira



Prefeitura de Vitória
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Atenção à Saúde



ANEXO

PLANO DE AÇÃO SAÚDE MENTAL 2022-2024				
Objetivos	Ações	Atividades	Responsável	Prazo
QUALIFICAR E FORTALECER A ATENÇÃO AO SUICÍDIO	Atualizar a Nota Técnica sobre Cuidado e Prevenção ao Suicídio	Atualizar textos e fluxos	GAS/ATSM	10/8/2022
	Divulgar internamente entre atores envolvidos para revisão e sugestões (GAS; GVS/NUPREVI, CAPS; GAF)	Socializar o texto via RBE entre atores diretamente envolvidos Recolher contribuições e críticas Reorganizar o texto com as sugestões e críticas recebidas	GAS/ATSM	Até 20/08/2022
	Articular a análise e validação da Nota Técnica pela Gabinete da SEMUS	Encaminhar documento para o GAB SEMUS Esclarecer dúvidas e/ou providenciar acertos conforme orientado pelo GAB	Gerência da GAS	Até 26/08/2022
	Divulgar Nota Técnica atualizada na RBE	Revisar versão final da Nota Técnica	ATSM	Até 31/08/2022
		Encaminhar Nota Técnica para publicação na RBE	ATSM	Até 07/09/2022
	Promover evento de divulgação da Nota Técnica para profissionais da SEMUS	Realizar evento de divulgação da Nota Técnica e discussão da atenção ao suicídio na rede SEMUS	ATSM e ETSUS	Até 26/09/2022
Lançar as 'Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória'	Finalizar redação das Diretrizes da RAPS de Vitória	Revisar, atualizar e completar texto previamente elaborado	ATSM	Até 31/10/2022
		Divulgar internamente entre atores envolvidos para revisão e sugestões (GAS; GVS/NUPREVI, CAPS; GAF. GRCA e representantes das UBS)	ATSM	Até 15/11/2022
	Divulgar texto para atores envolvidos colhendo sugestões e críticas.	Recolher contribuições e críticas Reorganizar o texto com as sugestões e críticas recebidas	ATSM	Até 30/11/2022
	Articular a análise e validação da Nota Técnica pela Gabinete da SEMUS	Encaminhar documento para o GAB SEMUS Esclarecer dúvidas e/ou providenciar acertos conforme orientado pelo GAB	Gerência da GAS	Até 15/12/2022
	Divulgar Nota Técnica atualizada na RBE	Revisar documento Enviar para publicação na RBE	ATSM	Até 30/12/2022
	Promover evento de divulgação da Nota Técnica para profissionais da SEMUS	Realizar evento de divulgação da Nota Técnica e discussão da atenção ao suicídio na rede SEMUS	ATSM e ETSUS)	Até 20/02/2023
		Atualização da pactuação do cronograma de matriciamento com os diretores das UBS	ATSM, CAB e diretores das UBS	Até 20/08/2024
		Configurar as agendas das equipes das UBS de acordo com o cronograma de matriciamento e organização interna do serviço H19	Diretores das UBS	Ação semanal na UBS

Fortalecer o matriciamento em saúde mental	Pactuação da manutenção do apoio logístico para realização do matriciamento	Pactuação com o GSA (transporte) quanto a garantia do transporte para os profissionais dos CAPS para as UBS de acordo com o cronograma proposto.	ATSM e Gerência da GAS; Subas e Coordenação do GSA	Até 20/08/2022
		Negociação com CRCA sobre códigos para registro das ações de matriciamento por todos os profissionais dos CAPS	ATSM e Gerência da GAS; Subas e GRCA	Até 20/08/2022
	Organização de mecanismos/instrumentos de acompanhamento e monitoramento das ações de matriciamento	Elaboração de instrumentos de registro para monitoramento e gestão das ações de matriciamentos	ATSM	Até 30/08/2022
		Socialização do instrumento proposto com a CAB e diretores dos CAPS para correções, mudanças e fechamento pactuado do instrumento final	ATSM	Até 10/09/2022
		Iniciar a utilização dos instrumentos de monitoramento	ATSM	Até 30/09/2022
		Capacitar periodicamente os profissionais quanto a utilização e registro correto de códigos das ações de matriciamento	GRCA, CIS	Ação contínua conforme necessidade
Fortalecer a atenção em Saúde Mental na Atenção Primária	Qualificar as equipes multiprofissionais da AB na lógica do NASF	Atualizar as Diretrizes dos NASF de Vitória	CAB, ATSM, AT Saúde do Idoso	Até 30/08/2022
		Aprovar a nova versão das Diretrizes do NASF na gerência da GAS e no GAB	CAB	Até 15/09/2022
		Realizar ação de pactuação com os diretores das UBS para implementação das ações dos NASF a partir das novas diretrizes	Gerência da GAS, SUBAS e CAB	Até 30/09/2022
		Realizar reuniões de organização e qualificação das equipes multiprofissionais que atualmente não são NASF equipes multiprofissionais de cada UBS de Vitória	CAB, ATSM, AT Saúde do Idoso	Até 15/10/2022
		Realizar reuniões de atualização com as equipes NASF de Vitória	CAB, ATSM, AT Saúde do Idoso	Até 15/10/2022
		Negociar com a ETSUS a incorporação de ações de saúde mental como parte dos diversos projetos de integração IES/Serviços	CAB, ATSM e ETSUS	Até 20/10/2022
		Iniciar acompanhamento e monitoramento das equipes NASF das 29 UBS de Vitória	CAB, ATSM, AT Saúde do Idoso	Ação contínua a partir de 30/10/2022
	Reuniões Regionais em Saúde Mental com serviços da Rede SEMUS	Construir proposta das reuniões regionais junto a CAB	ATSM	Até 15/08/2022
		Apresentar propos para gerência da GAS	ATSM e CAB	Até 30/08/2022
		Apresentar proposta para gerência da GAB	Gerência da GAS, SUBAS e CAB	Até 15/09/2022
		Iniciar reuniões regionais	ATSM e CAB	A partir de 30/09/2022
		Estudar formas mais ágeis e viáveis de contratação de profissionais para supervisão clínico institucional para os quatro CAPS de Vitória	ATSM	Até 30/09/2022
		Elaborar Termo de Referência e demais documentos necessários para contratação da supervisão clínico institucional para os CAPS	ATSM	Até 30/09/2022

Fortalecimento da atenção em Saúde Mental nos CAPS	Implantação de Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS	Verificar documentos e formas de contratação com a Gerência de Logística	ATSM e GL	Até 10/10/2022
		Apresentar e definir forma de contratação para gerência da GAS, CAE e GAB	ATSM	Até 15/10/2022
		Enviar documentos para processo de contratação contratação com a Gerência de Logística	ATSM	Até 20/10/2022
		Conduzir processo de contratação da supervisão clínico institucional para os CAPS	GL	A partir de 30/10/2022
	Ofertar ações de formação continuada/atualização para as equipes dos CAPS	Planejamento e definição de temáticas	ATSM e ETSUS	Até 30/09/2022
		Pactuações com as IES para oferta de ações formativas	ETSUS	Até 30/12/2022
		Planejamento das ações formativas para cada CAPS	ATSM, ETSUS, CAE e diretores dos CAPS	Até 30/02/2023
		Início e acompanhamento das ações formativas	ATSM, ETSUS, CAE e diretores dos CAPS	A partir de 01/04/2023
	Organização de processos de trabalho e da assistência nos CAPS	Atualização do Projeto Técnico dos CAPS	ATSM e diretores dos CAPS	Primeiro semestre de 2023
		Elaboração e implementação de diretrizes para agenda nos CAPS	ATSM, CAE, diretores e profissionais dos CAPS	Primeiro semestre de 2023
		Acompanhamento e monitoramento dos CAPS	ATSM	Ação contínua
		Manutenção da equipe dos CAPS	GTS	Ação contínua
		Garantir oferta contínua de materiais e insumos para a realização das atividades nos CAPS	GAS/CAE, GL, GSA, GAF	Ação contínua

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:27:43. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
916945B8-2935-40FB-ABED-A0CD3C512A0B

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



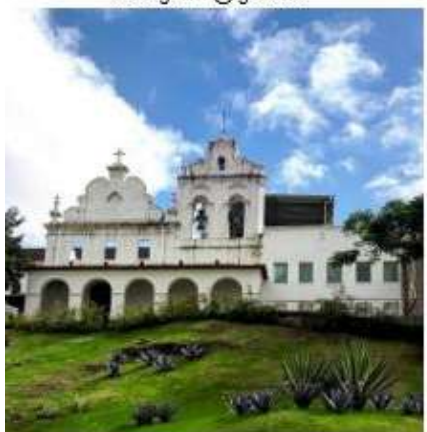
Instagram @igersvix



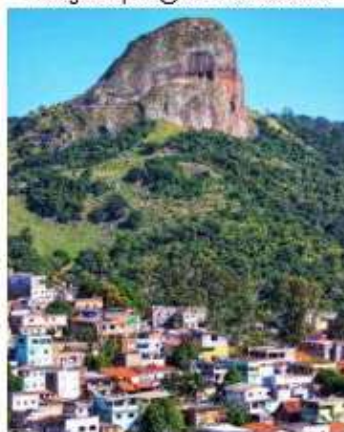
Instagram por @lorenaalbertasse



Instagram: @gmrgodoy



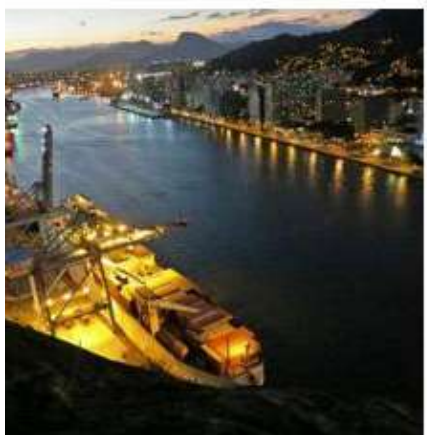
Instagram por @rodrigozotelli



Instagram por @felipemansurv



Instagram por @rebarte



Instagram @odairjunior_c



Instagram por @neandrocosta



Instagram: @lilianesnevesfotos

Vitória - 2022

Lorenzo Pazolini
PREFEITO

Estéfane Ferreira
VICE-PREFEITA

Thais Campolina Cohen Azoury
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Tiago Benezoli
SUBSECRETÁRIO DE APOIO ESTRATÉGICO

Valéria Baptisti Crema
SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

José Eduardo Gava
SECRETÁRIO EXECUTIVO

Estanislau Kostka Stein
ASSESSOR SÊNIOR

Leticia Leles de Souza
GERENTE DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Jaqueline Ribeiro Merizio
GERENTE DE AUDITORIA EM SAÚDE

Priscila Yumi Junqueira Gondo Falcon
GERENTE DE GESTÃO DO TRABALHO E SAÚDE

Irecy da Silva Muniz
GERENTE DE OUVIDORIA

Josenan de Alcântara Almeida Costa
**GERENTE DA ESCOLA TÉCNICA E DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM
SAÚDE**

Liana Antonucci Reis
GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Geane de Souza Cabral Nascimento
GERENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Luciana Paganotte Meireles
GERENTE DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

Sheila Teixeira Zambom
GERENTE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Daiane Alves de Oliveira Koehler
GERENTE DE INSUMOS DE SAÚDE

Rafael Dutra Pansini
GERENTE DE LOGÍSTICA

Paulo Henrique Marciano Guerra
GERENTE DE SERVIÇOS DE APOIO À ATENÇÃO

Tiago Nogueira do Nascimento
COORDENAÇÃO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Alexandre Coutinho Sattler
Ana Kelly Lugon
Carolina Piazzarollo Loureiro
Daniele Stange Calente
Denise Mara Ramaldes Pedrosa
Herlam Wagner Peixoto
Josenan de Alcântara Almeida Costa
José Eduardo Gava
Leonardo Araújo Vieira
Luciana Paganotte Meireles
Marlice Piekarz Calheiros
Roberta Melo Vello Poldi
Sheila Teixeira Zambom
Sônia Maria Beltrame

Silvio Cesar Machado dos Santos
Tiago Nogueira do Nascimento
COMISSÃO TÉCNICA DE PLANEJAMENTO

Cláudia Mara Duarte dos Santos
Delizeth Dantas
Fábia Cristina Alves Bonella
Isabel Cristina Conceição Miranda
Janaina da Conceição Magalhães de Abreu
José Eduardo Gava
Sidney Parreiras de Oliveira
Willian Fontes

COMISSÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PLANEJAMENTO

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA - CMSV

Criado por meio da Lei Municipal n.º 3.712, de 17 de janeiro de 1991, sendo reestruturado pela Lei Municipal n.º 6.606, de 05 de junho de 2006, e respectivas alterações (Leis Municipais nº 7.867/2009 e nº 7.991/2010).

Composição Biênio 2021/2023

Janaina da Conceição Magalhães de Abreu
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Gertraude Regina Koehler
Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde

Representantes do Poder Público Municipal

Secretaria Municipal de Saúde
Titular: Thais Campolina Cohen Azoury
Suplente: Valéria Baptisti Crema
Titular: Rodrigo Wernersbach Ronchi
Suplente: Cristiane Stem

Representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória – APAE
Titular: Maria Eliza Martins de Melo
Suplente: Kely Cristine Pinheiro Athayde

Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer – AFECC
Titular: Bianca Beraldi Xavier
Suplente: Katia Cirlene Gomes Viana

Representantes das entidades representativas dos Trabalhadores da Saúde

Conselho Regional de Farmácia do Espírito Santo – CRF/ES
Titular: Janaina da Conceição Magalhães de Abreu
Suplente: Janaina Lube Pestana Fiorot

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO/ES
Titular: Carla Loureiro Portuense Siqueira
Suplente: Rachel Christine de Alencar Fialho

Sindicato de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Estado do Espírito Santo - SITAEN
Titular: Osmano Amaral Candido
Suplente: Sonia Maria da Silva Fernandes

Sindicato dos Servidores Municipais Único da Saúde de Vitória (SISMUSV)

Titular: Cristiana Aparecida Nascimento Gomes

Suplente: Fernanda da Silva Braga Cervi

Representantes dos Usuários do SUS

Associação de Moradores do Forte São João - AMFSJ

Titular: Rose Lopes

Suplente: Silvio Nascimento Ferreira

Associação dos Moradores do Centro - AMACENTRO

Titular: Cláudia Mara Duarte dos Santos

Suplente: Rosane Medeiros Almeida Ricas

Associação de Moradores de Mata da Praia - AMMP

Titular: Terezinha de Oliveira Calixte

Suplente: Dilma Ferreira Santos Passos

Conselho Popular de Vitória - CPV

Titular: João Carlos dos Santos

Suplente: Regina Lúcia Monteiro Góes

Força Sindical do Estado do Espírito Santo

Titular: Jorge Alves de Abreu

Suplente: Alexandro Martins Costa

Mitra Arquidiocesana de Maruípe – Igreja São José

Titular: Ivan Bosco Erler

Suplente: Maria da Penha Oliveira Peres

Movimento Comunitário do Bairro Santa Clara

Titular: Tania Mara da Silva Tagarro

Suplente: Ivany Gomes Martins

Sociedade de Assistência a Pessoas Desamparadas para Tratamento Médico –

Albergue Ana Paula

Titular: Herivelto de Oliveira

Suplente: Rosangela Santos Sodré

Belchior Puziol Amaral

Estanislau Kostka Stein

REVISÃO FINAL

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Vitória – 2022/2025, concebido e entregue para apreciação do Conselho Municipal de Saúde no dia 31/08/2021, resultou de processo participativo e ascendente de planejamento da SEMUS, coordenado pela Secretaria Executiva, em conjunto com a Comissão Técnica de Planejamento (Portaria SEMUS nº 20/2021), Comissão de Planejamento do Conselho Municipal de Saúde (Resolução do CMSV Nº 1375/2021), Diretores dos Serviços da Rede Municipal, eETSUS que promoveu Curso de Aperfeiçoamento para Gestores de Serviços de Saúde, no qual os Diretores desenvolveram atividades de gestão, delas resultando a identificação das necessidades de saúde e levantamento de propostas oriundas dos conselhos locais, usuários e trabalhadores da Saúde.

A participação dos conselhos locais, usuários e trabalhadores não pôde ser mais ampla por conta das medidas de distanciamento social. Assim, apesar dos desafios impostos pela pandemia de Covid-19, em respeito ao princípio participativo, foram realizadas oficinas presenciais com grupos menores, mescladas com atividades remotas; com o uso de tecnologias, até então, não experimentadas no âmbito do controle social do SUS, como envio de propostas por meio de formulários eletrônicos, meios digitais e videoconferências.

No processo de análise situacional de saúde, de base técnica, os instrumentos de planejamento pregressos, propostas deliberadas na Conferência Municipal de Saúde de 2019, das oficinas realizadas e o produto do Planejamento Estratégico da Prefeitura de Vitória contribuíram na formulação das diretrizes em saúde integrantes do presente documento:

- (1) Ampliação do acesso aos serviços de saúde de forma integrada e planejada;
- (2) Melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços da rede de atenção à saúde;
- (3) Aperfeiçoamento e modernização da gestão municipal da saúde.

Estas diretrizes desdobram-se em objetivos, metas e indicadores que nortearão os processos de planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações de saúde, considerando a diversidade e as especificidades da cidade de Vitória.

O presente Plano Municipal de Saúde de Vitória está estruturado de modo a apresentar como o Sistema Único de Saúde está organizado na cidade, suas diretrizes gerais, o contexto sócio demográfico, o breve diagnóstico situacional das condições de saúde e as atividades desenvolvidas pelas principais políticas e programas de saúde na capital capixaba.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Taxas brutas de natalidade do Município em Vitória/ES, anos 2010 a 2020.	12
Tabela 2	Nº de óbitos por mortalidade específica, por Região de Saúde, para residentes em Vitória/ES, de 2010 a 2020.	23
Tabela 3	Nº de Internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	25
Tabela 4	Nº de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, por causas específicas, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	25
Tabela 5	Nº de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, por faixa etária, por ano, para residentes em Vitória, 2010 a 2020.	26
Tabela 6	Nº de óbito materno, nº de nascidos vivos e taxa de mortalidade materna por 10.000 nascidos vivos, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	27
Tabela 7	Tabela 6. Nº de casos notificados de toxoplasmose, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	30
Tabela 8	Nº de óbitos por acidentes de transporte, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	35
Tabela 9	Frequência absoluta e relativa de casos e óbitos confirmados para Covid-19, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	44
Tabela 10	Nº de casos de HIV/Aids notificados, por ano de diagnóstico, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	48
Tabela 11	Nº de óbitos por causa básica HIV/Aids e coeficiente de mortalidade por Aids (por 100.000 hab.), por ano do óbito, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	48
Tabela 12	Nº de casos e taxa de incidência de hepatites, para residentes em Vitória/ES, 2010-2020.	49
Tabela 13	Nº de óbitos por hepatites como causa básica, por ano do óbito, para residentes em Vitória, 2010-2020.	50
Tabela 14	Nº de notificações por arboviroses, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2016 a 2020.	50
Tabela 15	Nº de notificações por animal agressor, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	51
Tabela 16	Nº de tratamentos indicados, por tipo de agressão, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	52
Tabela 17	Nº de notificações de casos de leptospirose, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	53
Tabela 18	Nº de notificações de casos de esporotricose, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2019 a 2020.	53
Tabela 19	Taxa de detecção de novos casos de hanseníase e proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirâmides populacionais do município de Vitória/ES, 2000 e 2020.	13
Figura 2	Mapa das Regiões de Saúde do município de Vitória/ES.	15
Figura 3	Taxas de mortalidade específica dos Capítulos do CID-10 com maior prevalência de óbitos por 100.000 habitantes, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	21
Figura 4	Nº de casos confirmados para Covid-19 por mês de início de sintomas, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	22
Figura 5	Nº de óbitos confirmados para Covid-19 por mês para residentes em Vitória, 2020 e 2021.	22
Figura 6	Nº de óbitos prematuros, por doenças crônicas não transmissíveis, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	24
Figura 7	Nº de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	26
Figura 8	Taxa de mortalidade infantil, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	28
Figura 9	Distribuição de casos confirmados para Covid-19, segundo faixa etária e sexo, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	45
Figura 10	Nº de casos confirmados para Covid-19, por ano de diagnóstico, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	45
Figura 11	Distribuição de óbitos confirmados por Covid-19, segundo faixa etária e sexo, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	46
Figura 12	Nº de óbitos confirmados para Covid-19, por ano de óbito, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	47
Figura 13	Frequência absoluta e relativa de óbitos confirmados para Covid-19, segundo faixa etária e mês/ano, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	47
Figura 14	Coeficiente de incidência de tuberculose por 100.000 hab., para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	55
Figura 15	Percentual de cura e de abandono entre os casos novos de tuberculose pulmonar, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2019.	55
Figura 16	Série histórica de cobertura vacinal, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	57

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Aspectos territoriais, socioeconômicos e demográficos de Vitória/ES	10
3. Organização do Sistema Único de Saúde em Vitória/ES	13
4. Condições de saúde da população residente em Vitória/ES	21
4.1 Mortalidade geral	21
4.2 Mortalidade prematura	23
4.3 Internações hospitalares sensíveis à Atenção Primária em Saúde	24
4.4 Saúde materno-infantil	27
4.5 Saúde do adolescente	30
4.6 Saúde do adulto	32
4.7 Mortalidade por acidentes de trânsito	35
4.8 Saúde da pessoa idosa	35
4.9 Saúde bucal.....	37
4.10 Pessoas vítimas de violência interpessoal e autoprovocadas	38
4.11 Cuidado integral em saúde mental da população	39
4.12 População em situação de rua.....	41
4.13 Doenças e agravos relacionados ao trabalho	42
4.14 Doenças infecciosas de interesse para a Saúde Pública	44
Covid-19.....	44
HIV/Aids	48
Hepatites virais	48
Arboviroses	50
Agressão por animais com potencial transmissor de raiva	51
Leptospirose	52
Esporotricose:	53
4.15 Doenças negligenciadas	54
Tuberculose	54
Hanseníase	56
4.16 Imunização e Eventos Adversos Pós-Vacinais.....	57
5. Aspectos sobre planejamento e pactuação orçamentária e financeira do SUS.....	58
6. Desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde.....	60
7. Vigilância em Saúde.....	63
8. Educação Permanente em Saúde	64
9. Controle Social e participação da comunidade.....	65
10. Diretrizes, objetivos, indicadores e metas.....	66
ANEXO I - Territórios de saúde e os bairros correspondentes às Regiões de Saúde, Vitória/ES, 2021...79	
SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (ARTS. 196 - 200).....	82

1. Introdução

O Plano Municipal de Saúde é o maior instrumento do planejamento municipal no Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição, regulado pela Lei Federal n.º 8.080/1990, por seu turno, regulamentada pelo Decreto Presidencial n.º 7.508/2011, financiado com os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, na forma da Lei Complementar n.º 141/2012.

Explicitam-se neste instrumento os compromissos da gestão municipal para o setor da saúde no período de 2022-2025, refletindo as necessidades de saúde da população, fundamentando as diretrizes na consolidação do SUS no âmbito do municipal, obedecendo aos princípios constitucionais de que saúde é direito de todos e dever do Estado.

O Plano expressa a responsabilidade do governo municipal, as aspirações dos trabalhadores de saúde, da população e do Conselho Municipal de Saúde.

A elaboração é orientada pelas necessidades de saúde da população e considera a análise situacional de saúde, definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores e o processo de monitoramento e avaliação.

2. Aspectos territoriais, socioeconômicos e demográficos de Vitória/ES

A cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, está localizada na Mesorregião Central Espírito-Santense, cercada pela Baía de Vitória, é constituída por uma ilha principal fluviomarina, outras 34 ilhas e uma porção continental, perfazendo um total de 97,123 Km² de extensão territorial. Está localizada na maior região urbanizada, limitando-se ao Norte, no continente, com o Município de Serra, ao Sul, pelo Canal do Porto de Vitória, com o Município de Vila Velha, a Oeste, pela Baía de Vitória(Foz

dos rios Jucú e Santa Maria), com o Município de Cariacica e, a Leste, com o Oceano Atlântico.

A Cidade de Vitória possui uma população total estimada em 2021 de 369.534 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, configurando uma densidade demográfica de 3.767 habitantes por km².

O último dado disponível sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), do ano de 2010, apontava Vitória com 0,845 pontos no indicador, que configura “alto desenvolvimento humano” e representa a 4^a maior nota dentre as cidades brasileiras.

No campo econômico, Vitória se destaca pelo alto PIB per capita de R\$ 73.632 (IBGE, 2018) figurando na 3^a posição do ranking estadual e na 150^a dentre todos os Municípios do país.

Se entre 2002 e 2010 a participação do PIB de Vitória no total do PIB do Espírito Santo variou próximo ao patamar dos 25%, nos últimos anos, entre 2013 e 2018, esta participação caiu para a casa dos 19%, indicando que Vitória perdeu dinamismo enquanto outras cidades capixabas conseguiram se desenvolver relativamente mais. Ainda segundo os dados do IBGE sobre o PIB municipal de 2018, o Valor Adicionado Bruto (VAB) de Vitória totalizou R\$ 20,48 bilhões. A participação de cada setor da economia no VAB da cidade se deu da seguinte forma: Serviços (60,7%), Indústria (30,0%), Administração Pública (9,2%) e Agropecuária (0,1%).

Vitória/ES, assim como a maioria das cidades brasileiras, vem apresentando um novo padrão demográfico, caracterizado pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações na composição de sua estrutura etária, com uma significativa redução proporcional de sua população mais jovem e aumento relativo do contingente de idosos.

Acrescente-se a isso os impactos que a realidade econômico-social, a urbanização, os hábitos da vida moderna e o meio ambiente têm trazido sobre essa população em seus vários aspectos, sendo a saúde um deles. Assim, essa realidade multifatorial

acarreta importantes mudanças também no perfil de morbimortalidade da população e, com isso, impacta as políticas públicas a serem destinadas às crianças, jovens, adultos e idosos.

Em relação à taxa bruta de natalidade (Tabela 1) houve decréscimo na série histórica de 13,82 por mil habitantes em 2010, para 12,15 por mil habitantes em 2016. O resultado parcial da taxa bruta de natalidade de 2020 foi o menor no período analisado (11,39 nascimentos por mil nascidos vivos).

Tabela 1. Taxas brutas de natalidade do Município em Vitória/ES, anos 2010 a 2020.

Ano	Número de nascidos vivos	População total de Vitória	Taxa por 1.000 hab.
2010	4.575	327.801	13,96
2011	4.592	330.526	13,89
2012	4.503	333.162	13,52
2013	4.657	348.265	13,37
2014	4.805	352.104	13,65
2015	4.687	355.875	13,17
2016	4.369	359.555	12,15
2017	4.612	363.140	12,70
2018	4.644	358.267	12,96
2019	4.482	362.097	12,38
2020	4.167	365.855	11,39

Fonte: SINASC, 2020; IBGE, 2020. Dados sujeitos à revisão.

Dentre todos os nascimentos de residentes, distribuídos por Regiões de Saúde, nos três últimos anos (2018 a 2020) ocorreu o maior número de nascimentos na região Continental, seguida das regiões de Maruípe, Forte de São João e São Pedro. Quando se analisa em relação aos Territórios, no ano de 2020, em nascimentos, destacaram-se respectivamente os Territórios de Saúde de Jardim Camburi (11,86% - 494/4.167), Consolação (4,44% - 185/4.167), Santa Luiza (7,03% - 293/4.167) e Ilha das Caieiras (4,56% - 190/4.167).

A Região Continental possui o maior percentual (36,28%) do total de residentes cadastrados em 2020. Na sequência estão as Regiões de Maruípe (20,45%), do Forte de São João (14,52%), de São Pedro (11,37%), de Santo Antônio (9,56%) e do Centro (7,82%).

A razão de sexos no Município é da ordem de 82,66%, ou seja, para cada 100 mulheres existem 83 homens, aproximadamente. O sexo feminino perfaz 54,74% da população cadastrada total. Na distribuição por faixa etária observa-se que 57,31% da população cadastrada possuem entre 20 e 59 anos (Figura 1).

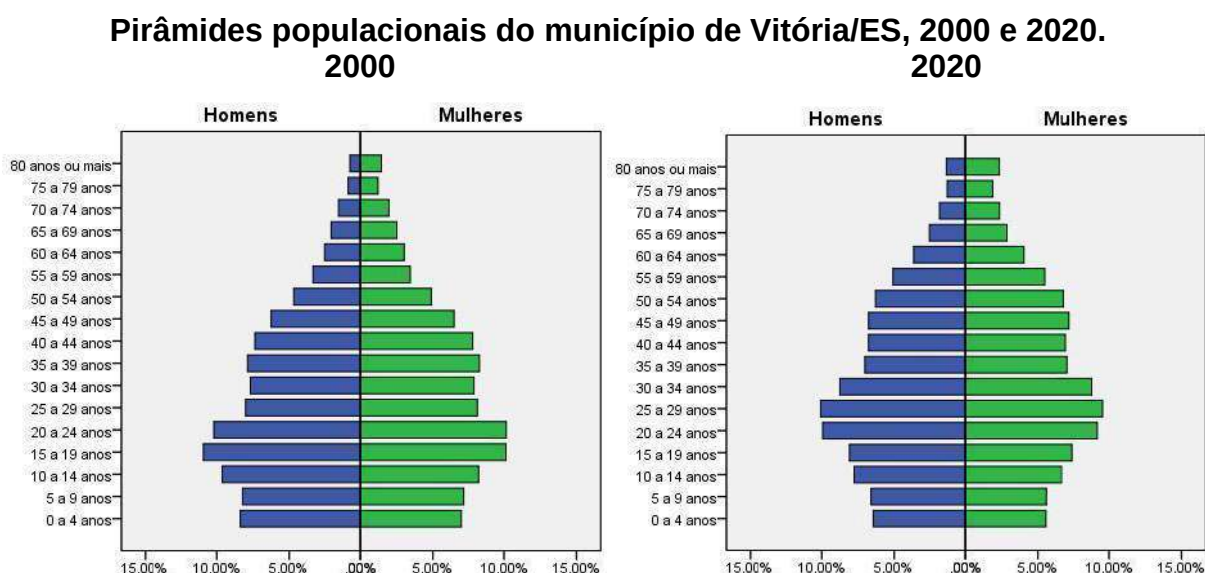


Figura 1. Fonte: Rede Bem Estar, SEMUS/PMV, 2020. Dados sujeitos à revisão.

A proporcionalidade da população cadastrada de 2020 demonstrou que a população de menores de um ano foi maior nas regiões Continental, Maruípe e São Pedro. Os menores de cinco anos e adolescentes predominaram nas regiões: Continental e Maruípe. As regiões Continental, Forte de São João e Maruípe concentraram a maior parte da população entre 20 e 59 anos como também a população idosa (acima de 60 anos).

3. Organização do Sistema Único de Saúde em Vitória/ES

A saúde é um direito humano, coletivo e individual, que expressa o nível de desenvolvimento social e econômico de um país, a qual exige a articulação de diferentes políticas sociais, inovação, equidade e inclusão social. O Sistema Único de Saúde (SUS), para cumprir os princípios e diretrizes constitucionais, previstos nos arts. nº 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, na Lei 8.080/1990 e na Lei 8.142/1990, se constitui por serviços de saúde, ofertado por diversas instituições,

compostos por inúmeros equipamentos e equipes e por diferentes densidades tecnológicas.

Organiza-se em atenção primária, atenção secundária e terciária (ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária), apoiada por sistemas técnicos (assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência), sistemas logísticos (sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e sistemas de governança da rede.

Em aspectos gerais, o SUS se organiza com políticas programáticas, como a Política Nacional de: Atenção Primária em Saúde, de Promoção à Saúde, de Educação Permanente em Saúde, de Educação Popular em Saúde, de Saúde Mental, de Saúde Bucal, de Alimentação e Nutrição, de Saúde da Mulher, de Saúde do Idoso, da Saúde da Criança, da População Negra, da População Indígena, da População LGBTT, da Saúde do Homem, da Saúde do Trabalhador, de Urgência e Emergência, de Comunidades Ribeirinhas e Quilombolas, entre outras. As Políticas Nacionais de Saúde estão consolidadas nas Portarias de Consolidação de nº01 a 06, de 28/09/2017, as quais estão sob frequentes atualizações.

A Portaria de Consolidação nº 3 de 28/09/2017 definiu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, e aperfeiçoar o funcionamento do sistema para garantir o conjunto de ações e serviços de que o usuário necessita, com efetividade e eficiência. Essa organização visa a materializar os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A RAS se constitui em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A organização dos serviços sob pressuposto de redes é estruturante para o sistema, na medida em que promove economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, territórios sanitários, e níveis de atenção sendo a porta de entrada a Atenção Primária em Saúde (APS), que é a ordenadora e coordenadora de todo o sistema de saúde.

A Atenção Primária em Saúde é um nível de atenção complexo dentro da RAS, que tem um conjunto de ações em saúde que visam a proporcionar ao indivíduo, familiares e a comunidade uma melhoria na qualidade de vida através da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.

A APS compreende a base territorial como fundamental importância para o planejamento e a organização do sistema, uma vez que a dinamicidade dos processos de territorialização ultrapassa o conceito geográfico e adentra ao contexto dos modos de vida e aos processos de saúde-doença da população.

Especificamente em termos territoriais, a cidade de Vitória está localizada na Mesorregião Central Espírito-Santense e, de acordo com o novo Plano Diretor de Regionalização da Saúde - PDR 2020, a capital integra a Região Metropolitana da Saúde do Estado do Espírito Santo junto com outros vinte e dois (22) Municípios. A Região Metropolitana, que inclui as quatro maiores cidades (Vila Velha, Serra, Vitória e Cariacica), possui atualmente 44% da população estimada dos residentes em todo o Estado.

Mapa das Regiões de Saúde do município de Vitória/ES.

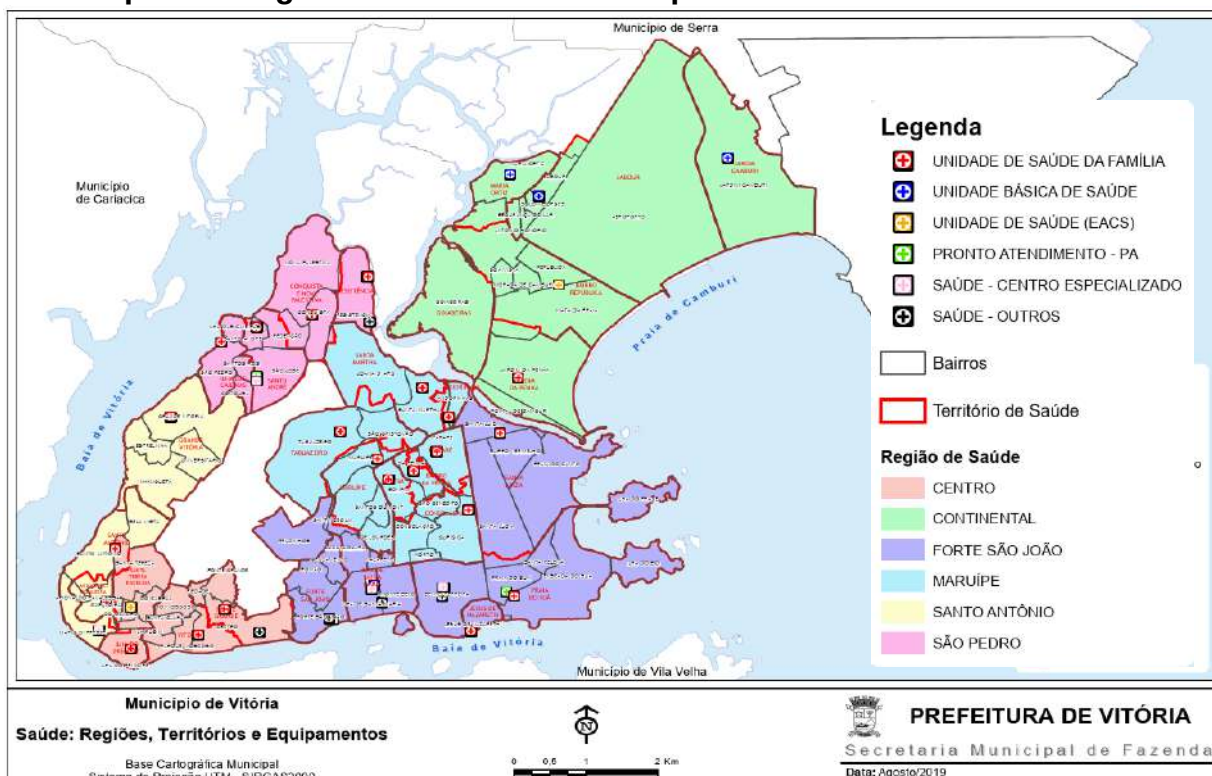


Figura 2. Fonte: PMV, 2021. (Obs.: Legenda ampliada sobre a região industrial de Tubarão).

O município de Vitória/ES está organizado em 6 Regiões de Saúde, formadas por um conjunto de bairros limítrofes com características de infraestrutura urbana, demográficas, sociais e epidemiológicas semelhantes, conforme Decreto Municipal nº 17.825/2019. As Regiões de Saúde são: Santo Antônio, Maruípe, São Pedro, Forte de São João, Continental e Centro, constituindo ao todo 29 Territórios de Saúde (Figura 2).

Essa divisão em Regiões e Territórios de Saúde no Município possibilita a organização e distribuição dos serviços de saúde regionalmente, resultando em ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo entre a população e equipes dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS), bem como articula junto à sociedade, o planejamento ascendente e participativo.

A atuação sob os pressupostos da equipe multiprofissional em saúde é base para APS, já que as práticas de cuidado sob o ser biopsicossocial são pilares da resolutividade e integralidade. A gestão clínica com qualidade é um desafio contínuo a ser almejado por profissionais, gestores do SUS e por toda população que busca um sistema de saúde qualificado e resolutivo.

A Atenção Primária de Vitória se organiza principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), com uma cobertura em 2021 de 93,83 % da população sendo atendida por um total de 81 equipes de Saúde de família (eSF). Essas equipes são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Um dos grandes diferenciais da atenção primária em comparação com outros pontos de atenção é proximidade da equipe de saúde com o usuário e a ação dos agentes comunitários de saúde, que permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança, possibilitando o vínculo e o acompanhamento longitudinal.

A Atenção Primária, pela via da ESF, visa a responder à grande maioria das demandas de saúde (80%), prestando assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando a promover a saúde por meio da educação sanitária, evitando

assim encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados e para rede hospitalar.

Vitória também conta com 17 equipes de Atenção Primária (eAP), com médico e enfermeiro, que complementam as equipes de Saúde de família no cuidado à população. Todas as Unidades Básica de Saúde (UBS) do Município contam com equipe multiprofissional ampliada (dessas equipes, 8 estão organizadas como Núcleo Ampliado de Saúde da família (Nasf) e atendem a 13 UBS) que atuam principalmente na Promoção da Saúde e no cuidado em Saúde Mental. Existem também duas equipes de Consultório na Rua, territorializadas, que em conjunto atendem ao total do Município.

Nas Unidades de Saúde de Vitória/ES, são ofertadas consultas médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico e farmacêutico; aferição de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; e vacinas; medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas (pré-natal, hipertensão, diabetes, tabagismo, entre outros); e encaminhamentos para os Centros de Referência com acesso a consultas e exames de especialidades.

O Município conta com os seguintes equipamentos de saúde:

- 29 Unidades de Saúde;
- 02 Prontos Atendimentos, PA Praia do Suá e PA São Pedro, localizados nas Regiões de Saúde de Forte de São João e São Pedro, respectivamente, responsáveis pelo atendimento de urgência e emergência do Município;
- 01 Centro Municipal de Especialidades – Doutor Aprígio da Silva Freire, onde estão instalados um Centro Municipal de Especialidades Odontológicas - CEO e um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- 03 Centros de Referência de Atenção Especializada: Centro de Referência e Atendimento ao Idoso (CRAI), Centro de Referência IST/AIDS e Centro Especializado de Atenção à Saúde da Mulher e Famílias em Situação de Violência (Casa Rosa);
- 04 Centros de Atenção psicossocial (CAPS): Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria), Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III São Pedro), Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS

AD III) e Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi);

- 01 Serviço de Consultório na Rua composto por 4 equipes;
- 15 módulos do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) localizados em praças, parques e praias e um carro volante, e 01 “SOE – Móvel”, que realiza visitas quinzenais em regiões onde não há módulos instalados;
- 01 Serviço de Vigilância Sanitária, 01 Centro de Vigilância em Saúde Ambiental, 01 Serviço de Vigilância Epidemiológica, 01 Serviço de Vigilância de Saúde do Trabalhador, 01 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (unidades da Vigilância em Saúde);
- 01 Laboratório Central Municipal (Unidade de Apoio Diagnose e Terapia SADT isolado) que tem 32 pontos de coleta de exames;
- 01 Central de Transporte Sanitário (localizada na SEMUS);
- 01 Central de Regulação de Consulta e Exames Especializados - regulação do acesso(localizada na SEMUS).

Além desses estabelecimentos de prestação de serviços de saúde à população, o Município possui equipes voltadas ao desenvolvimento institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS):

- 01 Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS);
- 01 Central de Insumos de Saúde;
- 01 Serviço de Recursos Humanos;
- 01 Serviço de Auditoria Interna;
- 01 Ouvidoria da Saúde;
- 01 Coordenação de Informação em Saúde;
- 01 Serviço de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde;
- 01 Conselho Municipal de Saúde;
- 01 Fundo Municipal de Saúde, entre outras equipes que realizam atividades complementares a gestão pública da saúde.

O acesso à Central de Transporte Sanitário/Ambulância se dá por agendamento na Central de regulação pela Unidade Básica de saúde. Em situações de urgência, deve-se acionar o SAMU 192.

Em Vitória/ES, a organização do acesso às consultas e exames de especialidades é realizada após avaliação e encaminhamentos das Unidades de Saúde da APS para a Central Municipal de Regulação. Os componentes da rede de atenção especializada são exemplificados pelos:

Atendimentos especializados: ofertados nos CAPS, Centro de Referência em IST/AIDS, CRAI e Casa Rosa, destinado a populações-específicas.

Consultas com especialidades odontológicas: ofertadas no CEO exemplificadas pelas consultas com bucomaxilo, endodontia, periodontia, próteses dentárias e pacientes com necessidades especiais.

Consultas médicas e outras especialidades: ofertadas no Centro Municipal de Especialidade de Vitória exemplificado pelas consultas de cardiologia, dermatologia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, hematologia, mastologia, nefrologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia, consulta em pequena cirurgia, pneumologia, psiquiatria, reumatologia, alergologia, fisioterapia e terapia ocupacional.

Além das consultas, em alguns casos, estão incluídos exames especializados tais como eletrocardiograma, espirometria ou prova de função pulmonar no CME.

A oferta especializada do Município, em caráter complementar, é ampliada por meio de contratos de prestação de serviços. A celebração de contratos entre a municipalidade e os prestadores de serviços de saúde privados visa a suprir as necessidades de procedimentos especializados, garantindo o atendimento de acordo com as necessidades da população, especialmente às com condições de maior vulnerabilidade.

Em relação à rede contratualizada da SEMUS, há contratos de prestação de serviços para a oferta de: a) Consultas e exames de diagnóstico em Oftalmologia; b) Atendimento e/ou acompanhamento especializado a pessoa com deficiência intelectual e/ou múltipla e autismo e crianças de 0 a 03 anos e 11 meses com alto

risco para desenvolvimento infantil (bebês de risco); c) Exames de diagnóstico (ultrassonografia, radiografia e mamografia); d) Exames de diagnóstico em Fonoaudiologia; e) Exames de diagnóstico por imagem (radiografias odontológicas digitais); e f) 03 Laboratórios para execução de serviços laboratoriais de diagnóstico em Citopatologia/Anatomia e Análises Clínicas.

A oferta especializada é de responsabilidade compartilhada e pactuada entre os gestores do SUS na esfera municipal e estadual e este tem sido um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores, demandando o desenho de fluxos de referência e contrarreferência, organizados e bem definidos, bem como critérios clínicos padronizados.

A Atenção à Urgência e Emergência Municipal se organiza de modo integrado à Rede de Urgência e Emergência (RUE) Metropolitana de modo a promover acesso coordenado conforme estratificação clínica. Um importante dispositivo de qualificação dos serviços de urgência e emergência é o protocolo de classificação de risco. O método utilizado nos Prontos Atendimentos de Vitória é o Protocolo de Manchester, um dos mais utilizados nos serviços de urgência e emergência no Brasil e no mundo.

A internação hospitalar é solicitada para os residentes de Vitória/ES a partir dos PAS ou em casos graves pelo próprio SAMU. O acesso a rede hospitalar é regulado pela Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (Sesa/ES). Um dos desafios de qualificação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência é promover integração e corresponsabilização com a Atenção Primária em Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde tem suas atribuições fixadas pela Lei Nº 6.529, de 29.12.2005, atualizada pela Lei nº 7.585, de 28.10.2008, enquanto a forma de organização e regulamento do funcionamento das suas unidades administrativas estão definidas pelo Decreto Municipal nº 15.489, de 10.09.2012, alterado pelo Decreto Nº 15.674, de 11.04.2013 e pelo Decreto Nº 19.428, de 11.05.2021, que definiu o organograma atual da SEMUS.

4. Condições de saúde da população residente em Vitória/ES

4.1 Mortalidade geral

Na cidade, a taxa bruta de mortalidade por mil habitantes, no período de 2010 a 2019, permaneceu abaixo de 6,0 por 1.000 habitantes, sendo que em 2018 e 2019 os resultados foram 5,54 e 5,92 por mil habitantes, respectivamente, de acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) de base municipal. Contudo, o resultado de 2020 para este indicador atingiu 7,15 óbitos por 1.000 habitantes. Em 2021, este coeficiente ultrapassou todos os valores desde 2010, chegando ao seu maior patamar nesta última década: 10,58 óbitos por 1.000 habitantes.

Na Figura 3, em que se observa a mortalidade específica por 100.000 habitantes, no período de 2010 a 2019, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pelas maiores taxas, seguidas pelas neoplasias, causas externas, doenças respiratórias, doenças do sistema nervoso e doenças infecciosas e parasitárias.

Taxas de mortalidade específica dos Capítulos do CID-10 com maior prevalência de óbitos por 100.000 habitantes, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

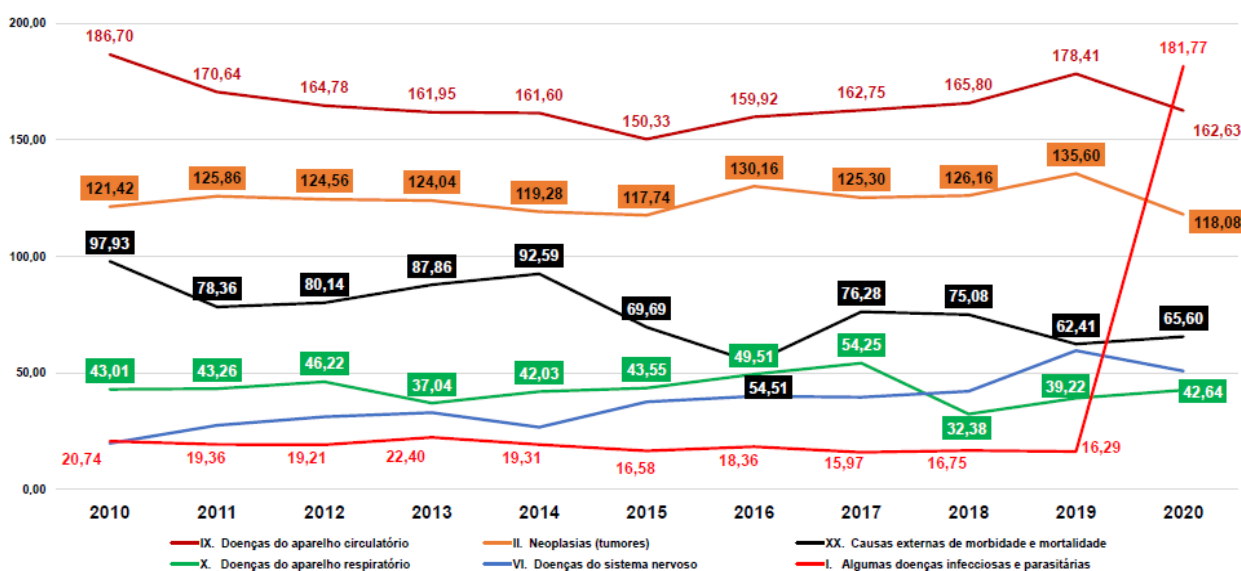


Figura 3 Fonte: SIM, 2021. Dados sujeitos a revisão.

Entretanto, no período de 2019 a 2020 ocorreu uma alteração entre as principais causas de mortalidade, sendo registrado o aumento da taxa de mortalidade

específica em relação às doenças infecciosas e parasitárias de 16,29 para 181,77 (Figura 3).

Desfechos em consequência da pandemia da Covid-19, que teve o seu primeiro caso confirmado em Vitória/ES em 13 de março 2020 (12^a SE) e o primeiro óbito ocorrido em 01/04/2020 (14^a SE). No ano de 2020 foi registrado um total de 35.137 casos, sendo 603 óbitos de munícipes, e em 2021 um total de 34.015 casos, sendo 709 óbitos (Figuras 4 e 5).

Número de casos confirmados para Covid-19, por mês de início de sintomas, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

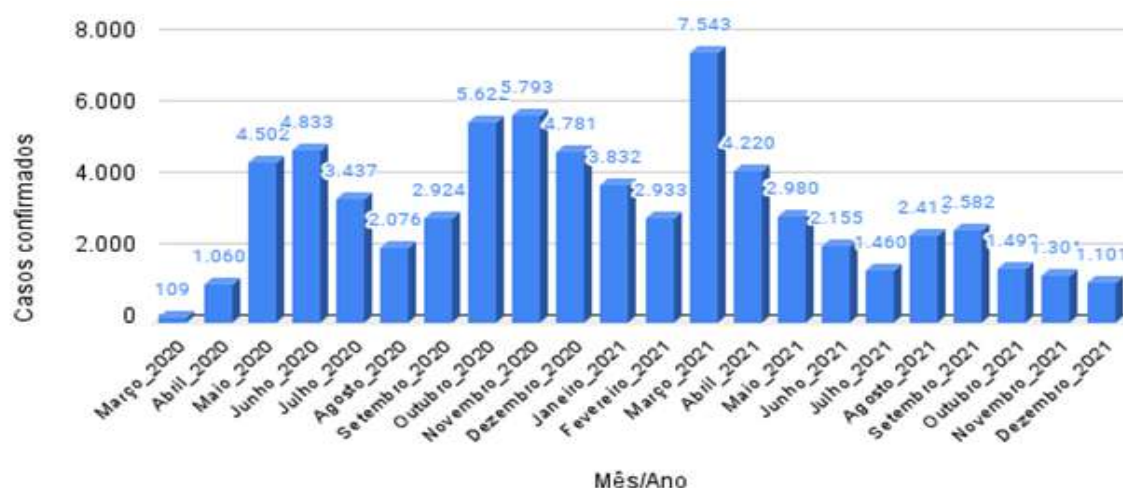


Figura 4. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Número de óbitos confirmados para Covid-19, por mês, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

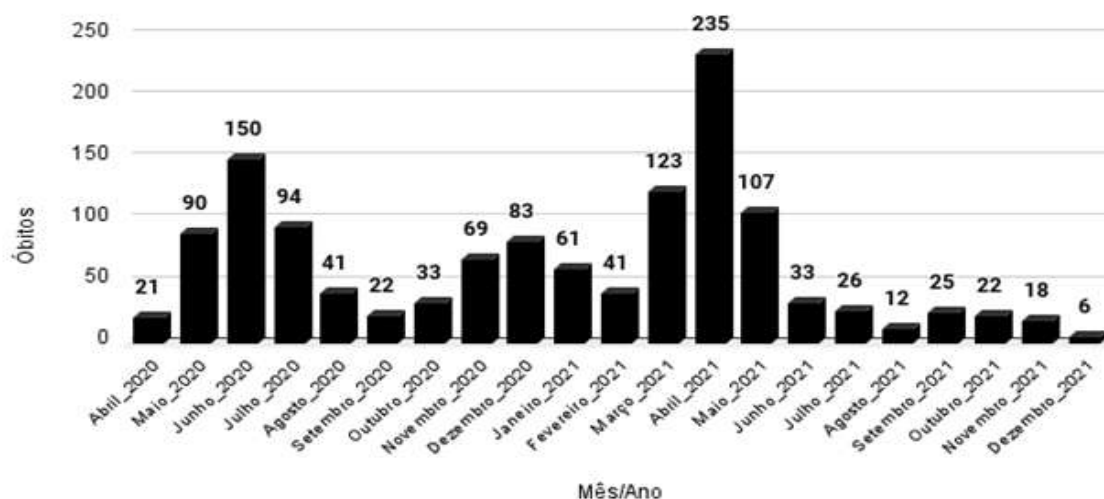


Figura 5. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

No período de 2010 a 2019 não foram observadas alterações das principais causas de morte nas diferentes Regiões de Saúde. Neste período, a principal causa de morte em todas as Regiões de Saúde foram doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias, causas externas, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Tabela 2).

Tabela 2. Nº de óbitos por mortalidade específica, por Região de Saúde, para residentes em Vitória/ES, de 2010 a 2020.

Capítulo CID-10*	CONTI-NENTAL	MARUIPE	CENTRO	SANTO ANTONIO	SAO PEDRO	FORTE SAO JOAO
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.385	1.123	523	598	486	1.284
II. Neoplasias (tumores)	1.266	772	381	382	335	987
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	459	554	221	337	390	484
X. Doenças do aparelho respiratório	362	232	123	127	110	322
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	258	216	113	115	96	222

Fonte: SIM, dados atualizados até 22/05/2021, sujeitos à revisão.*Exceto partos, do Capítulo I.

Na faixa etária menor de 20 anos, as causas externas constituem a principal causa de mortalidade em todas as Regiões de Saúde. Na faixa etária de 30 a 69 anos as neoplasias são a principal causa de óbito na região Continental, Centro e Forte São João, e as doenças do aparelho circulatório as principais causas de morte na região de Maruípe, Santo Antônio e São Pedro. Por fim, na faixa etária acima de 70 anos as doenças do aparelho circulatório constituem as principais causas de mortalidade em todas as Regiões de Saúde.

4.2 Mortalidade prematura

No período de 2010 a 2020, foram registrados 5.197 óbitos por mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Dentre as principais causas destacam-se as neoplasias (45%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (42%), doenças endócrinas (7%) e doenças do aparelho respiratório (5%), conforme Figura 6. Cabe ressaltar que independente da causa de mortalidade

prematura, o número de óbitos é maior no sexo masculino quando comparadas com o sexo feminino.

Nº de óbitos prematuros por doenças crônicas não transmissíveis, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

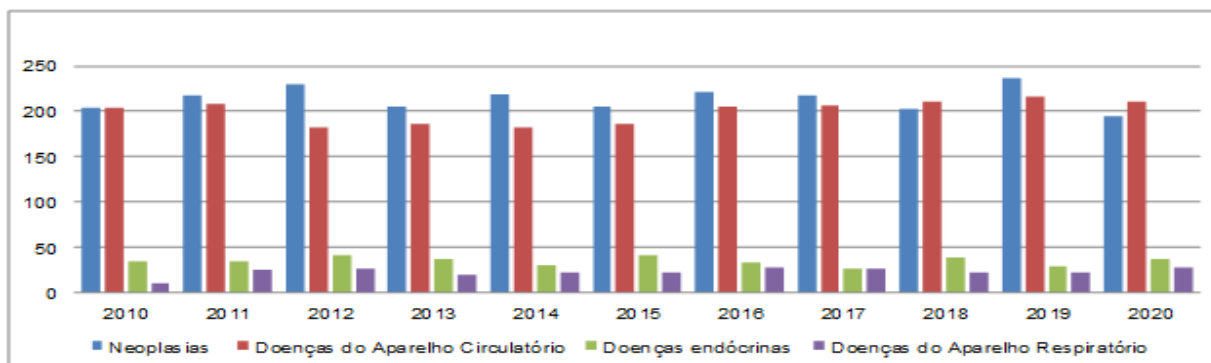


Figura 6. Fonte: SIM, 2021. Dados sujeitos a revisão.

No sexo masculino a mortalidade foi maior por doenças do aparelho circulatório (43%), seguidas pelas neoplasias (41%), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8%) e doenças do aparelho respiratório (8%). No sexo feminino a mortalidade prematura foi maior por neoplasias (47%), seguida pelas doenças do aparelho circulatório (37%), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (9%) e doenças do aparelho respiratório (7%).

A taxa de mortalidade prematura por DCNT no Município apresentou importante redução no período de 2010 (278,81 / 100.000 hab.) a 2015 (253,08 / 100.000 hab.). Entretanto voltou a se elevar em 2016 a 2019 (279,10 / 100.000 hab.). Especificamente, no ano de 2020 foi registrada uma queda (260,83 / 100.000 hab.) nesta taxa, que pode ser relacionada com a alteração no registro da causa de mortalidade em função da pandemia da Covid-19.

4.3 Internações hospitalares sensíveis à Atenção Primária em Saúde

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) são de fundamental relevância para avaliar o acesso, a qualidade, a efetividade e a resolutividade dos serviços prestados na Atenção Primária em Saúde (APS). Assim, a efetiva ação da APS diminuiria o risco das internações hospitalares, atuando na

prevenção de doenças e agravos, no diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, no controle e acompanhamento de patologias crônicas.

No período de 2010 a 2020 ocorreram 23.605 internações hospitalares de residentes de Vitória/ES por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, corresponderam por cerca de 14% do total geral das internações, excetuando as internações provenientes da gravidez, do parto e puerpério. De forma geral, é possível constatar um aumento do percentual de internação por CSAP no período entre 2010 e 2020 (Tabela 3), o que indica um problema de efetividade nos serviços prestações pela APS.

Tabela 3. Nº de Internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Variáveis - Vitória/ES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Total de ICSAP	1.989	2.013	1.863	1.885	2.239	2.235	2.184	2.309	2.360	2.436	2.092	23.605
Total internações*	19.238	18.832	14.750	14.097	15.076	14.892	14.383	15.539	15.224	15.276	14.657	171.964
%ICSAP/internações	10%	11%	13%	13%	15%	15%	15%	15%	16%	16%	14%	14%

Fonte: Datasus/AIH, 2021. Dados sujeitos a revisão.

*Exceto partos, do Capítulo XV

No referido período, evidenciou-se como principais problemas relacionados a essas internações: pneumonias bacterianas (17%), doenças cerebrovasculares (13%), infecções do trato urinário (11%), infecções da pele tecido celular subcutâneo (10%) e insuficiência cardíaca (7%), conforme a Tabela 4.

Tabela 4. Nº de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, por causas específicas, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

ICSAP	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
Pneumonias bacterianas	450	437	350	374	438	378	384	427	354	259	170	4.021	17%
Doenças cerebrovasculares	103	130	186	266	336	292	352	360	400	341	348	3.114	13%
Infecção no rim e trato urinário	254	217	200	160	254	280	272	264	255	238	261	2.655	11%
Infecção da pele e tecido subcutâneo	96	122	143	88	222	262	191	226	282	381	314	2.327	10%
Insuficiência cardíaca	196	224	116	105	124	99	140	152	112	151	143	1.562	7%
Demais	890	883	868	892	865	924	845	880	957	1066	856	9.926	42%
Total	1.989	2.013	1.863	1.885	2.239	2.235	2.184	2.309	2.360	2.436	2.092	23.605	100%

Fonte: DATASUS/AIH, 2021. Dados sujeito a revisões.

Considerando-se as faixas etárias dos residentes de Vitória/ES no período de 2010 a 2020, pôde-se perceber que as que mais sofreram internações no SUS por CSAP foram: crianças menores de cinco anos (31%), seguidas pelos indivíduos acima de sessenta anos (29%); indivíduos entre 20 e 59 anos (27%); indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos (8%) e crianças com idade entre 5 e 9 anos. A Tabela 5 apresenta o detalhamento das internações ocorridas ao longo do período em cada uma destas faixas etárias.

Tabela 5. Nº de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, por faixa etária, por ano, para residentes em Vitória, 2010 a 2020.

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%Total
Menor de 5 anos	509	596	613	636	739	725	675	618	769	833	504	7.217	31%
5 a 9 anos	122	99	99	96	124	130	109	113	112	173	118	1.295	5%
10 a 19 anos	158	154	137	138	172	178	154	156	171	172	211	1.801	8%
20 a 59 anos	670	607	556	510	586	589	584	604	574	568	551	6.399	27%
Maior de 60 anos	530	557	458	505	618	613	662	818	734	690	708	6.893	29%
Total	1.989	2.013	1.863	1.885	2.239	2.235	2.184	2.309	2.360	2.436	2.092	23.605	100%

Fonte: Datasus/AIH, 2021. Dados sujeitos a revisão.

Nº de internações por condições sensíveis a Atenção Primária em Saúde, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

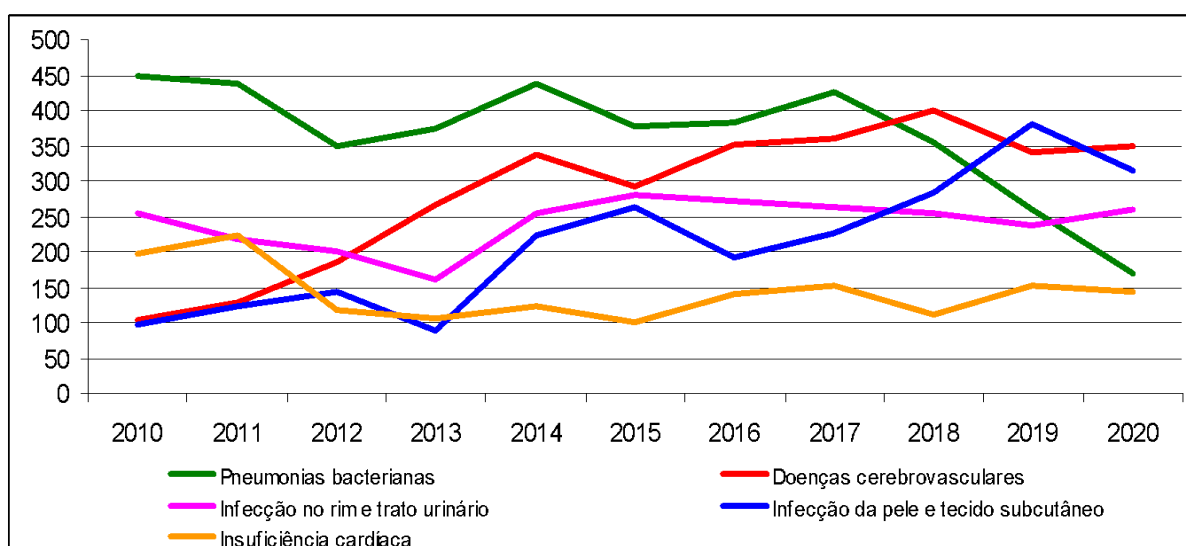


Figura 7. Fonte: Datasus/AIH, 2021. Dados sujeito à revisão.

A análise da Figura 7, de forma geral, possibilita identificar um aumento da internação de residentes do município de Vitória/ES por doenças cerebrovasculares e, também por infecções de pele e do tecido subcutâneo ao longo da série histórica

de 2010 a 2020, e uma queda nas internações por pneumonias bacterianas, principalmente no período entre 2018 e 2020.

Quanto às causas de internações por CSAP nas faixas etárias elencadas, verificou-se a predominância das pneumonias bacterianas nas faixas etárias menores de cinco anos (33,59%), infecções da pele e do tecido subcutâneo nas faixas etárias de 5 a 9 anos (23,55%) e 10 a 19 anos (22,54%) e as doenças cerebrovasculares nas faixas etárias de 20 a 59 anos (16,05%) e de 60 e mais (29,87%).

4.4 Saúde materno-infantil

A evitabilidade do materno está diretamente associada a uma assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade. No período compreendido entre 2010 e 2020 foi registrada uma redução da taxa de mortalidade materna (nº de óbitos maternos por 10.000 nascidos vivos.) em Vitória/ES, sendo de 11 em 2010 para 2,4 em 2020, conforme Tabela 6.

Tabela 6. Nº de óbito materno, nº de nascidos vivos e taxa de mortalidade materna por 10.000 nascidos vivos, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos maternos	5	1	5	1	4	1	1	1	1	2	1
Nascidos vivos	4.531	4.565	4.502	4.661	4.804	4.686	4.368	4.608	4.644	4.481	4.167
Taxa de mortalidade materna	11	4,38	13,3	4,29	12,5	2,13	4,58	8,68	4,31	6,69	2,4

Fonte: SIM e SINASC, 2021. Dados sujeitos a revisão.

A taxa de mortalidade Infantil, definido pelo número de mortes em menores de um ano para cada mil nascimentos vivos, estima o risco de uma criança morrer antes de completar o primeiro ano de vida. Ela reflete o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população, sendo sensível às condições de vida e de saúde, sendo influenciado pelo desenvolvimento socioeconômico. Possui dois principais componentes: a taxa mortalidade neonatal (0 - 27 dias) que pode ainda ser decomposta em neonatal precoce (0 - 6 dias) e neonatal tardia (7- 27 dias), e a pós-neonatal (28 a 364 dias).

A análise do período 2010 a 2020 no município de Vitória/ES revela que ao longo deste período foi registrada uma diminuição da taxa de mortalidade infantil, com menor valor em 2019, com uma taxa de 6,69 por 1000 nascidos vivos (Figura 8).

Taxa de mortalidade infantil, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

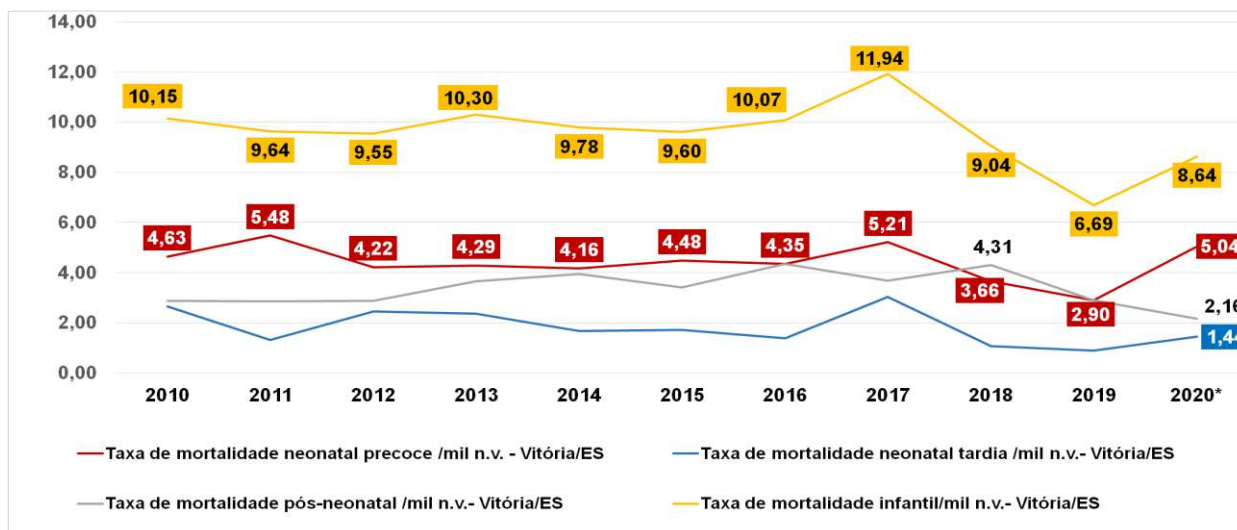


Figura 8. Fonte: SIM e SINASC, 2021. Dados sujeitos a revisão.

O acompanhamento de pré-natal é realizado pela rede municipal de saúde em conformidade as diretrizes da Rede Cegonha, atual Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI). A RAMI é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério, atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. Primeiramente, destaca-se a captação precoce da gestante, seguida do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, alimentação do sistema de informação e a vinculação da gestante, desde o pré-natal, a uma maternidade de referência na qual será realizado o parto.

O Município realiza a vinculação das gestantes acompanhadas no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco à maternidade de referência para partos de alto risco (HUCAM) através do Mapa de vinculação das Gestantes. Com o objetivo de ampliar a vinculação para 100% das gestantes cadastradas no Município, deve ser implantado o Mapa de Vinculação das gestantes acompanhadas nas Unidades de Saúde à Maternidade de referência para partos de Risco Habitual (Pró-Matre/Santa Casa de Misericórdia).

Considerando-se a série histórica de 2010 a 2020, quase a totalidade dos partos em Vitória é realizada em ambiente hospitalar (acima de 99%) e ainda predominam os partos cesáreos (65,28%) sobre os partos normais (34,71%) da totalidade dos nascimentos no período. Contudo, a partir de 2015 o percentual de partos normais em relação ao total de nascimentos em Vitória se elevou positivamente (acima de 35%), alcançando em 2019 e 2020 o percentual de 39,6% dos nascimentos

O Município manteve um percentual menor que 10% para o indicador proporção da prematuridade relacionada ao número total de nascidos vivos (nascido vivo < de 37 semanas) na maior parte dos anos de 2010 a 2014, 2016 e 2017, com aumento do indicador nos anos de 2018 a 2020, com maior proporção no ano de 2020. Entretanto é preciso melhorar continuamente a assistência a gravidez, parto e puerpério para obtenção de maior redução do risco ao nascer, em relação à prematuridade, ao percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2500 g) e a morbimortalidade perinatal.

Em relação à gestante HIV/Aids positiva, foram notificados 128 casos em Vitória/ES no período de 2010 a 2020, ocorrendo às maiores taxas de detecção nos anos de: 2010 (3,5 por 1.000 nascidos vivos.), 2016 (3,4 por 1.000 nascidos vivos) e 2019 (3,4 por 1.000 nascidos vivos). Em 2020 houve uma queda no número de gestantes com HIV/Aids, sendo notificados 3 casos no ano de 2020 (0,7 por 1.000 nascidos vivos).

Ocorreram dois casos de HIV/Aids em menores de 5 anos por transmissão vertical. A transmissão vertical em crianças menores que 5 anos de idade tem diminuído no Município nos últimos anos, sendo que o caso notificado no 1º trimestre (2021) é de uma criança nascida em 2017 e no ano de 2018 nenhum caso foi notificado. Para que seja considerada eliminada a transmissão vertical do HIV/Aids, a taxa de transmissão deve ser menor ou igual a 0,3 casos por 1.000 nascidos vivos, e Vitória/ES está com taxa de 0,47 casos por 1.000 nascidos vivos.

Quanto à sífilis em gestante, o Brasil é um dos países com alta incidência de casos, sendo de alta prioridade a redução e a eliminação da sífilis congênita. Em Vitória/ES,

no período de 2010 a 2016, foi observado um aumento no número de notificações de sífilis em gestantes, com aumento da taxa de detecção de 8,2 casos por mil nascidos vivos em 2010 para 46,4 casos de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos em 2019.

Contudo, o Município avançou na política de eliminação da sífilis congênita e apresentou diminuição da taxa de incidência de 14,7 casos por 1.000 nascidos vivos em 2016 para 3,1 casos por 1.000 nascidos vivos no ano de 2020. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera aceitável a incidência de sífilis congênita: 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos.

A ampliação da testagem possibilitou uma maior detecção de casos suspeitos, com destaque para o ano de 2019. No entanto, existem casos testados somente com teste rápido, que não realizaram o VDRL e, também ocorrem notificações de casos não testados, o que pressupõe a necessidade de melhor apropriação desses processos pelas equipes de saúde, para confirmação e tratamento dos casos que preenchem critérios.

A Tabela 7 apresenta a ocorrência de toxoplasmose em gestante, congênita e adquirida no período de 2010 a 2020. Com relação à toxoplasmose em gestantes, foram notificados 93 casos, sendo que 32 (34% do total) ocorreram na região de São Pedro, seguido de Maruípe (22 casos, 24%) e Santo Antônio (12 casos, 13%).

Tabela 7. Nº de casos notificados de toxoplasmose, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Toxoplasmose	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Toxoplasmose em Gestantes	2	1	3	7	2	3	1	8	16	30	20	93
Toxoplasmose Congênita	0	2	1	0	0	1	2	10	7	18	16	57
Toxoplasmose Adquirida	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	7	10

Fonte: SINAN, e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos a revisão.

4.5 Saúde do adolescente

A Atenção à Saúde dos Adolescentes no município de Vitória está pautada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que preconiza a assistência integral de adolescentes de 10 a 19 anos, tendo como eixos prioritários: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e da saúde reprodutiva e da redução da morbimortalidade por violências e acidentes, monitorando os fatores de risco desta população.

A saúde nesta faixa etária está diretamente relacionada à promoção da participação juvenil no exercício da cidadania, no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e por meio de educação em saúde e prevenção de agravos.

Em relação à gravidez na adolescência, nos últimos onze anos, os resultados do indicador de saúde proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos demonstraram a redução gradativa desse tipo de gravidez no Município, destacando-se os últimos cinco anos. Houve decréscimo de 12,96% em 2016 para 9,84% (441 nascimentos de mães adolescentes dentre 4.481 nascidos vivos) em 2019 e 9,22% (384 nascimentos de mães adolescentes dentre 4.167 nascidos vivos) em 2020.

Dentre todos os nascimentos de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, distribuídos por regiões e territórios de saúde no período de 2010 a 2020, observou-se que os locais com maior frequência de nascimentos foram (ordem decrescente):

Região de Maruípe (31% - destaque para o Território de Consolação);

Região de São Pedro (24,58% - destaque para os Territórios de Conquista/ Nova Palestina e Ilha das Caieiras);

Região de Santo Antônio (14,33% - destaque para o Território de Grande Vitória e Santo Antônio);

Região de Forte de São João (11,35% - destaque para o Território de Forte de São João);

Região Continental (8,87% - destaque para o Território de Maria Ortiz);

Região Centro (7,59% - destaque para o Território de Bairro do Quadro).

4.6 Saúde do adulto

A assistência em Saúde das Mulheres no Município está pautada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, que consiste num conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas em diferentes níveis de atenção à saúde e em todos os ciclos de vida. O Município também possui a estratégia de Apoio Matricial em Saúde das Mulheres – AMSM para 13 unidades de saúde, que tem como objetivo a qualificação da Atenção Primária em Saúde, tornando mais horizontal a prática das especialidades em relação à saúde das mulheres.

Com relação à detecção precoce do câncer de Colo de Útero e de Mama, as Unidades de Saúde realizam o rastreamento da população alvo, conforme Diretrizes do Instituto Nacional do Câncer (INCA), ofertando consultas médicas e de enfermagem, coleta do colpocitológico (preventivo) e exames clínicos das mamas. Além disso, o Município oferta o exame de mamografia e a ultrassonografia complementar, quando necessário, e nos casos de exames alterados, as mulheres são referenciadas para realização do exame de Colposcopia e/ou a Cirurgia de Alta Frequência (CAF) nos serviços municipais de referência.

Em relação à saúde sexual e reprodutiva da mulher, homem, casal ou o indivíduo, as 29 unidades de saúde do Município realizam a oferta de atendimentos com profissional da equipe de saúde, consultas de puerpério, visitas domiciliares, visitas ao recém-nascido, demandas espontâneas e grupos de educação em saúde.

As unidades de saúde ofertam métodos contraceptivos reversíveis, preservativos masculinos e femininos, anticoncepção hormonal oral e injetável e inserção de Dispositivos Intrauterinos – DIU, de acordo com as Diretrizes e Fluxos do Planejamento Familiar do Município. Além disso, realizam o atendimento, avaliação e encaminhamento dos munícipes para a esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia), em conformidade com a legislação vigente.

Nesse contexto, o Município também disponibiliza a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) e aconselhamento especializado em direitos sexuais e

reprodutivos relacionados a concepção, tanto nas UBS e como no Centro Municipal de Especialidades (CMEV). A oferta de vasectomia, paralisada desde 2020, vem sendo reestruturada para retorno do atendimento aos munícipes.

Quanto à mortalidade de mulheres, o Município realiza a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), ou seja, aquelas entre 10 e 49 anos, e das mortes ocorridas no ciclo gravídico puerperal, por meio do Comitê de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical - COPEMI.

No período de 2010 a 2020, as principais causas de óbitos entre mulheres foram as neoplasias, com destaque para o câncer de mama e de útero, seguidas pelas causas externas, com destaque para os homicídios por arma de fogo, doenças cardiovasculares e doenças infecto parasitárias, responsáveis por 75,1% dos óbitos em mulheres. Já as mortes maternas, relacionadas à gravidez, parto e puerpério, corresponderam a 3,46% dos óbitos registrados. A taxa de mortalidade de MIF tem apresentado uma queda ao longo da série histórica, apresentando em 2020 o resultado de 74,04 óbitos por 100.000 mulheres em idade fértil.

No que tange à Saúde dos Homens, o Município segue a Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem (PNAISH) que tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade para a população masculina, de 20 a 59 anos de idade, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS. Os eixos temáticos prioritários da PNAISH são: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violências e acidentes.

Em relação ao eixo Paternidade e Cuidado destaca-se no Município o pré-natal do parceiro, que possibilita o desenvolvimento dos demais eixos prioritários dessa política, pois permite o acesso e acolhimento dos homens nos serviços de saúde, cuidando da sua saúde sexual e reprodutiva durante a gestação, identificando fatores de risco para surgimento ou agravamento das doenças prevalentes na população masculina e, direta ou indiretamente, prevenindo violências e acidentes.

Dentre as doenças prevalentes na população adulta, tanto masculina quanto feminina, destacam-se a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*. A assistência às pessoas com hipertensão e diabetes no Município considera a perspectiva da integralidade das ações, a promoção da saúde, a prevenção das complicações decorrentes desses agravos, bem como tratamento adequado, qualificando a atenção à saúde, a motivação para o autocuidado e a adoção de comportamentos saudáveis à população portadora destas condições crônicas.

Nesse sentido, são ofertados atendimentos e acompanhamento multiprofissional em todas as unidades de saúde para todas as necessidades básicas e com encaminhamento para especialistas no Centro Municipal de Especialidades (CME) ou outros serviços de acordo com cada caso.

Outra doença que ainda se destaca na população é o tabagismo, reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina, sendo considerado a maior causa evitável isolada de adoecimento e morte precoce no mundo. O tabaco causa a maior parte de cânceres de pulmão e está relacionado à maioria dos outros tipos de cânceres, a acidentes vasculares encefálicos e infartos agudos do miocárdio.

Com o objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) articula a rede de tratamento do tabagismo do SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e ações educativas e a promoção de Ambientes Livres do Tabaco (ALT).

A prevenção da iniciação do tabagismo, especialmente entre crianças e adolescentes, a promoção da cessação do fumo, e a proteção da população da exposição à fumaça ambiental do tabaco, são algumas das ações prioritárias dos programas de controle do tabagismo nos estados e Municípios. Em Vitória/ES, todas as 29 unidades básicas de saúde fazem parte do PNCT e ofertam tratamento aos tabagistas.

4.7 Mortalidade por acidentes de trânsito

Os acidentes de trânsito representam uma das principais causas de mortes e incapacitações nas grandes cidades do Brasil e resultam da combinação de fatores relacionados às vias, ao ambiente, aos veículos, aos usuários e ao modo como eles interagem. Além das mortes, os acidentes representam importante causa de internação hospitalar e geram altos custos sociais, como os cuidados em saúde, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para as vítimas e seus familiares. Sua ocorrência está relacionada, na maioria das vezes, a atitudes e posturas que levam ao aumento de riscos e a situações a eles vinculadas.

A informação sobre vítimas mortais de acidentes de trânsito é compilada por cidades e países em nível mundial. As organizações não municipais e iniciativas como o Programa Global de Indicadores Urbanos da UN-Habitat, o BASD, CEROI, a UTBI e os Indicadores Comuns Europeus também recolhem dados similares. Em Vitória/ES, tanto o número absoluto quanto a taxa de óbitos por acidentes de trânsito por 1.000 habitantes - residentes em Vitória vem reduzindo gradativamente, conforme Tabela 8.

Tabela 8. Nº de óbitos por acidentes de transporte, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos	58	51	39	63	46	37	33	39	35	18	22

Fonte: SIM, 2021. Dados sujeitos a revisão.

4.8 Saúde da pessoa idosa

O município de Vitória organiza a atenção à saúde da pessoa idosa na perspectiva do envelhecimento saudável, adotando medidas que visam a recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A atenção à saúde da pessoa idosa em Vitória está estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos e necessidades, capaz de prover atenção integral e integrada a essa população. Organiza-se a partir da Atenção Primária a Saúde (APS), que desempenha a função de coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção.

A atenção ambulatorial especializada é realizada por meio do Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (Crai), serviço de acesso 100% regulado, que oferece atendimento em geriatria e gerontologia a pessoas idosas com comprometimento da capacidade funcional e cujos níveis de complexidade estão fora do escopo das equipes da Atenção Primária em Saúde.

O Ministério da Saúde destaca que a população idosa, apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzido pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado. Um dos instrumentos utilizados para aprimorar a atenção a essa população é a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI), proposta como uma estratégia para estruturar e organizar o cuidado em saúde da pessoa idosa.

A avaliação multidimensional do idoso é o processo diagnóstico utilizado para avaliar a saúde do idoso e para o direcionamento das intervenções a serem propostas. É um processo global e amplo que envolve o idoso e a família, e que tem como principal objetivo a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados. Busca-se com essa metodologia aprimorar a qualificação da atenção à saúde ofertada às pessoas idosas, contribuindo para que o SUS responda de forma efetiva às necessidades de saúde desta população, para a organização da rede de atenção e para otimização dos recursos disponíveis no Município.

Nesse sentido, Vitória passa a adotar a AMPI na APS como instrumento do cuidado em saúde da população idosa nesse nível de atenção e como direcionador para o acesso aos demais níveis de atenção de forma a alcançar o cuidado integral à pessoa idosa.

4.9 Saúde bucal

A SEMUS realiza ações de promoção e prevenção em saúde bucal em todos os territórios de saúde. Os atendimentos odontológicos individuais são realizados nas Unidades Básicas de Saúde, no Centro de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis (CRIST), no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CMEV) e nas Unidades de Pronto Atendimento (PAs). Além destas ações são ofertados exames radiográficos e consultas especializadas no Centro de Especialidades odontológicas (CEO).

O município de Vitória possui cobertura média de saúde bucal na atenção básica de 79,25% segundo dados das nove últimas competências fornecidas pelo Ministério da Saúde. São 73 equipes de saúde bucal homologadas que atuam nas unidades de saúde do Município, sendo 59 vinculadas a equipes de saúde da família e 14 na atenção primária.

Como a assistência odontológica apresenta um alto risco de exposição a materiais biológicos, a pandemia de Covid-19 trouxe novas exigências sanitárias, e a consequente necessidade de se incorporar no processo de trabalho das equipes o reforço nos cuidados de biossegurança, bem como o uso de novas ferramentas, como a teleodontologia e o acolhimento odontológico qualificado.

O desafio para os próximos anos é promover de maneira segura e qualificada a ampliação do acesso aos serviços odontológicos municipais. Para isso, é fundamental manter a infraestrutura dos locais de atendimento adequada à nova legislação sanitária em vigência, bem como investir na qualificação constante do processo de trabalho das equipes.

Outra ação importante para ampliar o acesso é a alteração do porte do CEO municipal do tipo II para tipo III, que permitirá o incremento da oferta das especialidades odontológicas de endodontia, periodontia, cirurgia, diagnóstico oral e atendimento a pacientes com necessidades especiais, nesse serviço.

4.10 Pessoas vítimas de violência interpessoal e autoprovocadas

Desde 2006, o município de Vitória/ ES integra o Sistema Nacional de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). A implantação desta Vigilância no Município iniciou-se nas Unidades de Saúde, Pronto-Atendimentos, CAPS, Centros de Referência, Maternidades, Hospitais Públicos e Privados. Progressivamente se avançou para pactuações intersetoriais com o objetivo de capilarizar as fontes de notificação e fortalecer a Rede de Proteção Socioassistencial do Município. Atualmente o Município conta com 81 fontes de notificação. Em 2019 a Secretaria Municipal de Educação/ SEME passou a integrar o Sistema de Vigilância de Violências enviando informações para a vigilância de violências.

Há uma tendência de aumento anual da capacidade do Município em identificar os casos e realizar a notificação a vigilância epidemiológica, resultado de investimento em ações de articulação intra e intersetorial da vigilância. Analisando os dados notificados em 2020 (n= 1.388 casos), segundo o e-SUS/VS, se identifica que com relação ao ano anterior (2019) houve uma redução de 36,88% no número de notificações recebidas pela vigilância, em decorrência da reorganização dos serviços, Assistência Social, Educação, Direitos Humanos, Conselhos Tutelares e outros, para o cumprimento das orientações sanitárias.

Do total de casos recebidos, em 2020, 73% são vítimas do sexo feminino. A análise por faixa etária revela maior prevalência de zero a 19 anos; por raça/ cor revela maior prevalência de vítimas da raça negra (Preta + Parda); em 44% dos casos a vítimas possuíam deficiência/ transtorno; em 60% dos casos a violências eram crônicas.

Segundo a tipologia das violências 32,27% (448 casos) foram de violências autoprovocadas, que incluem as autoagressões e as tentativas de suicídio. Analisando as Violências Interpessoais a mais notificada foi a física (350 casos), seguida pela sexual (223 casos), negligência (167 casos), psicológica (153 casos), trabalho infantil (43 casos), financeira (21 casos), intervenção legal (07 casos), sucessivamente.

Com relação às notificações de violência Sexual contra crianças e adolescentes (zero a 19 anos), foram notificados 164 casos, que representam uma redução de 32,78% dos casos notificados com relação a 2019 (244 casos). No ano de 2020, o perfil dos casos notificados relacionados à violência sexual, 73% dos das vítimas tinham entre zero e 19 anos; 87,8% são do sexo feminino; 78% negras; em 61% dos casos a exposição a violência sexual era crônica; em 87,8% a violência aconteceu na residência e em 93% dos casos o agressor é uma pessoapróxima à vítima.

Com relação às violências autoprovocadas, em 72% dos casos notificados as vítimas são do sexo feminino; 35% na faixa etária de 5 a 19 anos; já nos casos notificados de tentativas de suicídio, em 56% dos casos o meio de agressão utilizado foi a ingestão de medicamentos.

4.11 Cuidado integral em saúde mental da população

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é responsável por organizar ações e serviços relacionados ao cuidado integral em Saúde Mental da população, em consonância com o redirecionamento do modelo assistencial nessa área e garantia da proteção e dos direitos das pessoas com transtorno mental, definidos na Lei.

Sua organização visa à criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, conforme preconizado na Portaria.

Os cuidados em Saúde Mental serão ainda mais prementes nos próximos anos em vista da precarização observada no âmbito dos determinantes sociais da saúde no país (alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, lazer, acesso a bens e serviços essenciais entre outros) e, também dos impactos advindos com a pandemia do novo coronavírus e de seus múltiplos desdobramentos psicossociais.

Em face desse contexto, é esperado aumento nos níveis de sofrimento mental da população e instabilidade em quadros crônicos e agudos de transtorno mental e de uso indevido de álcool e outras drogas, incluindo aumento de riscos de suicídio, o que demanda da saúde pública intensificação das estratégias de cuidado em saúde mental, ampliação de seu alcance no território e melhorias na qualidade e no acesso dos munícipes a esse cuidado.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória/ES mantém o compromisso de aprimorar continuamente sua organização e as potencialidades das ações de cuidado em Saúde Mental, atendendo aos desafios na área para os anos vindouros. A RAPS de Vitória/ES conta com os diversos pontos de atenção que já fazem parte de sua composição, a saber:

a) No componente da Atenção Básica: acompanhamento multiprofissional em Saúde Mental nas 29 unidades de saúde da rede municipal realizados de forma articulada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família e/ou Atenção Primária e equipes do Núcleo Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) e por duas equipes de Consultório na Rua.

b) No componente da Atenção Especializada: destacam-se os quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria), 01 Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III São Pedro), 01 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) e 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).

Ainda na Atenção Especializada, o cuidado em Saúde Mental ocorre no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CMEV), no Centro de Referência no Atendimento ao Idoso (CRAI), Centro de Referência em IST/Aids, Centro Especializado de Atenção à Saúde da Mulher e Famílias em Situação de Violência (Casa Rosa).

c) No componente das Estratégias de Desinstitucionalização: 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

d) No componente das Estratégias de Reabilitação Psicossocial: compõem as ações desenvolvidas pelos CAPS de Vitória, SRT e UBS atividades individuais e coletivas voltadas ao resgate e promoção da autonomia, reinserção social, exercício de cidadania e geração de renda.

Entre as estratégias de gestão do trabalho em saúde pela RAPS, ocorrem as ações de matriciamento em Saúde Mental, fomentando o cuidado coordenado, integral e corresponsável entre os diversos pontos de atenção da rede municipal de saúde. Em especial, entre os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde, no intuito de fortalecer a resolutividade e o papel ordenador da Atenção Básica no processo do cuidado. Nesse sentido, as ações de matriciamento devem ocorrer de forma sistemática e incorporada nas rotinas dos serviços, sendo uma tecnologia relevante na construção e seguimento da atenção em Saúde Mental.

Em vista do papel fundamental da Atenção Primária em Saúde na oferta e ordenação do cuidado em saúde mental, é necessário fortalecer, nas Unidades de Saúde do Município, as equipes multiprofissionais de apoio/Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF), potencializando o alcance das intervenções em Saúde Mental nos territórios.

4.12 População em situação de rua

Também integrando a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito da Atenção Básica, as duas Equipes de Consultório na Rua (CnR) são importantes dispositivos públicos para o cumprimento do objetivo de reduzir a lacuna assistencial das políticas de saúde voltadas para Pessoas em Situação de Rua (PSR). O Consultório na Rua oferece cuidados em saúde no âmbito da atenção básica e da atenção psicossocial no próprio espaço da rua, incluindo cuidados em saúde mental, preservando o respeito no contexto sociocultural da população.

Norteia sua atuação no respeito às diferenças, na promoção de direitos humanos, na inclusão social; no enfrentamento de estigmas; nas ações de redução de danos e na

intersetorialidade. As equipes atuam segundo critérios de territorialização, cada qual responsável por 03 das 06 regiões de saúde do Município: a eCR da UBS Andorinhas como referência para Região Continental, Maruípe e Forte São João; e a eCR da UBS Vitória como referência para a Região Centro, Santo Antônio e São Pedro.

O Município mantém seu engajamento na construção permanente da Política de Saúde Mental e avanço na implementação das políticas públicas na área, participando ativamente de espaços dialógicos e deliberativos como o Grupo Condutor da RAPS da Região Metropolitana e Grupo Condutor da RAPS Estadual. Na rede municipal de saúde, pretende-se instituir as Diretrizes da RAPS no Município e constituir um Grupo Condutor da RAPS Municipal, objetivando avançar a implementação da Política de Saúde Mental e o monitoramento e avaliação dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial em Vitória.

Assim, o Município reafirma seu compromisso com o cuidado em Saúde Mental de sua população no contexto desafiador dos próximos anos. Para tanto, aperfeiçoará a RAPS Municipal a partir da garantia da composição dos seus pontos de atenção e de suas equipes na assistência à saúde; do fortalecimento das tecnologias de cuidado, dispositivos técnicos e processos de trabalho que qualifiquem o cuidado integral, coordenado e poliárquico em Saúde Mental; da qualificação da rede de atenção; e da melhoria do acesso da população aos cuidados em Saúde Mental, potencializando seu alcance e efeitos positivos nos níveis de saúde dos munícipes.

4.13 Doenças e agravos relacionados ao trabalho

Os acidentes de trabalho (AT), os acidentes de trabalho com material biológico (ATBIO) e as intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho são agravos que acometem a classe trabalhadora brasileira. Representam importante problema de saúde pública, devido aos prejuízos econômicos e sociais que acarretam a sociedade. Diferentemente do que o termo “acidente” sugere, esses eventos são preveníveis e evitáveis e, portanto, passíveis de intervenção.

Em relação ao AT de 2010 a 2020 foram notificados 930 casos de acidentes de trabalho no Município, sendo o Hospital Estadual de Urgência e Emergência a principal fonte notificadora. Os acidentes de trabalho tiveram causas diversas, entre as principais estão os motociclistas traumatizados em colisão com carro (10,9%); queda de ou para fora de edifício (8%) e contato com utensílios manuais e aparelhos domésticos com motor (7,2%). Entre os subgrupos principais da ocupação 15% ocorreram com trabalhadores de estruturas de alvenaria (ex: pedreiro e servente de obras); 8% trabalhadores de apoio à agricultura e 6% motociclistas e ciclistas de entregas rápidas.

No período de 2010 a 2020, foram notificados 2.372 AT-Bio. Em 2020 ocorreu uma redução drástica nos registros devido a Pandemia do novo coronavírus. Dos 2.372 casos notificados, houve uma maior frequência de trabalhadores do sexo feminino, correspondendo a 79,8%. Em relação à faixa etária, a maioria dos acidentes (90,2%) ocorreu com trabalhadores de 18 a 49 anos, tais características seguem a mesma tendência nacional. Em relação à escolaridade 41,3% dos acidentados possuem ensino médio completo, 11,8% ensino superior incompleto e 20,7% ensino superior completo.

No que se refere aos subgrupos principais da ocupação, 42% ocorreram com técnicos e auxiliares de enfermagem; 8% enfermeiros e afins e 7% médicos. Em relação à situação no mercado de trabalho 6,7% ocorreram com celetistas e 13,3% estatutários. Ressalta-se que do total de AT-Bio notificados, 1067 (44,9%) notificações constavam a emissão da CAT.

No período de 2010 a 2020, foram notificados 312 casos de intoxicações exógenas relacionado ao trabalho. Ao analisar esses dados alguns pontos merecem destaques: 61,9% dos casos ocorreram com pessoas do sexo feminino, e entre os subgrupos principais da ocupação 7% eram trabalhadores nos serviços de coleta de resíduos, de limpeza e conservação de áreas públicas e outros 7% de trabalhadores dos serviços domésticos em geral.

4.14 Doenças infecciosas de interesse para a Saúde Pública

Covid-19

Considerando a faixa etária dos casos confirmados de Covid-19 para residentes em Vitória/ES, entre 2020 e 2021, as pessoas entre 0 e 19 anos representam 8,2% dos casos; dos 20 aos 39 anos representam 40,8% dos casos; dos 40 aos 59 anos representam 34,3% dos casos; 60 aos 79 anos representam 14,5% dos casos; e com 80 anos ou mais, 2,2% dos casos (Tabela 8).

Em relação à faixa etária de óbitos confirmados para Covid-19, as pessoas entre 0 e 19 anos representam 0,2% dos óbitos; 20 aos 39 anos representam 3,4% dos óbitos; dos 40 aos 59 anos representam 18% dos óbitos, dos 60 aos 79 anos representam 47,9% dos óbitos; e 80 anos ou mais, 30,5% dos óbitos (Tabela 9).

Tabela 9. Frequência absoluta e relativa de casos e óbitos confirmados para Covid-19, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

Faixa etária	Casos confirmados (n)	%	Óbitos (n)	%
0 a 19 anos	5.669	8,2	3	0,2
20 a 39 anos	28.221	40,8	45	3,4
40 a 59 anos	23.720	34,3	236	18,0
60 a 79 anos	10.007	14,5	628	47,9
80 anos ou mais	1.535	2,2	400	30,5

Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Pessoas do sexo feminino representam 54,8% do total de casos confirmados de Covid-19, enquanto do sexo masculino representam 45,2%. A frequência de casos entre o sexo feminino é superior em todas as faixas etárias, exceto entre 0 e 9 anos (Figura 9).

No ano de 2020, se observou mais casos confirmados para Covid-19 nas faixas etárias de 20 a 59 anos, e com 80 anos ou mais, do que no ano de 2021. No ano de 2021, os casos confirmados para Covid-19 entre pessoas na faixa etária de 0 a 19 anos e de 60 a 79 anos, superaram aqueles contabilizados em 2020 (Figura 10).

Pessoas do sexo feminino representam 44,1% do total de óbitos confirmados de Covid-19, enquanto do sexo masculino representam 55,9%. A frequência de óbitos

entre o sexo masculino é superior nas faixas etárias entre 30 e 79 anos, iguais nas faixas etárias 80 anos ou mais e de 20 a 29 anos, e inferior na faixa etária entre 0 e 19 anos (Figura 11).

Distribuição de casos confirmados para Covid-19, segundo a faixa etária e sexo, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

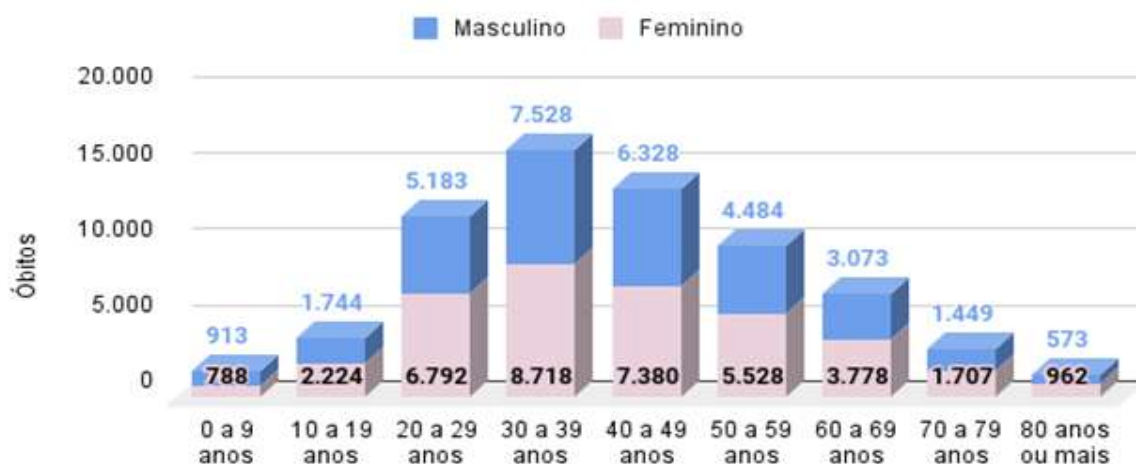


Figura 9. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Distribuição de casos confirmados para Covid-19, por ano de diagnóstico, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

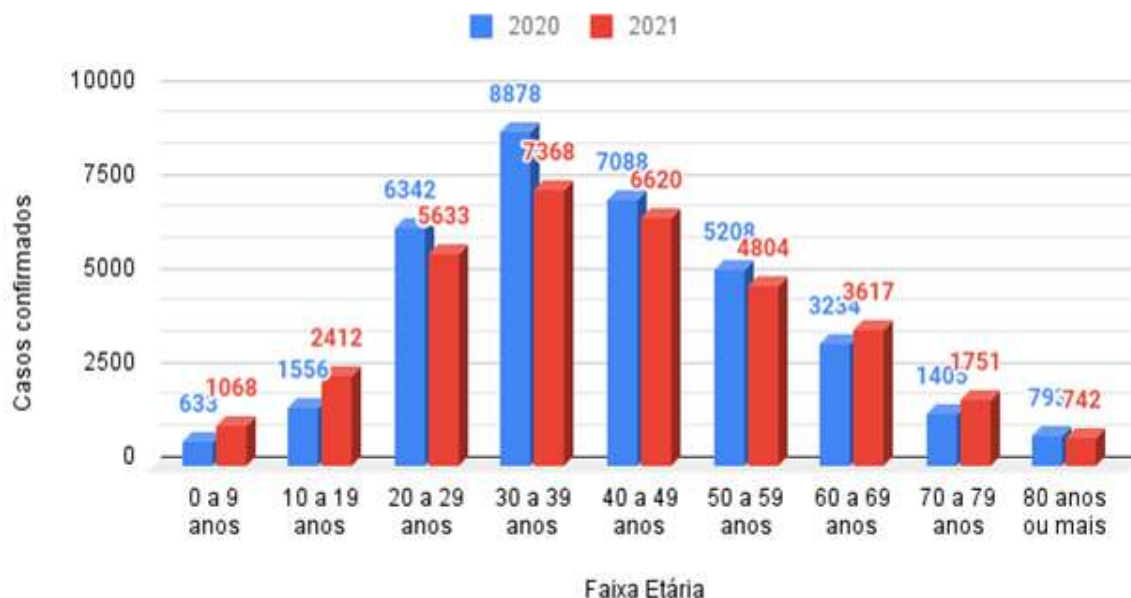


Figura 10. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Distribuição de óbitos confirmados por Covid-19, segundo faixa etária e sexo, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

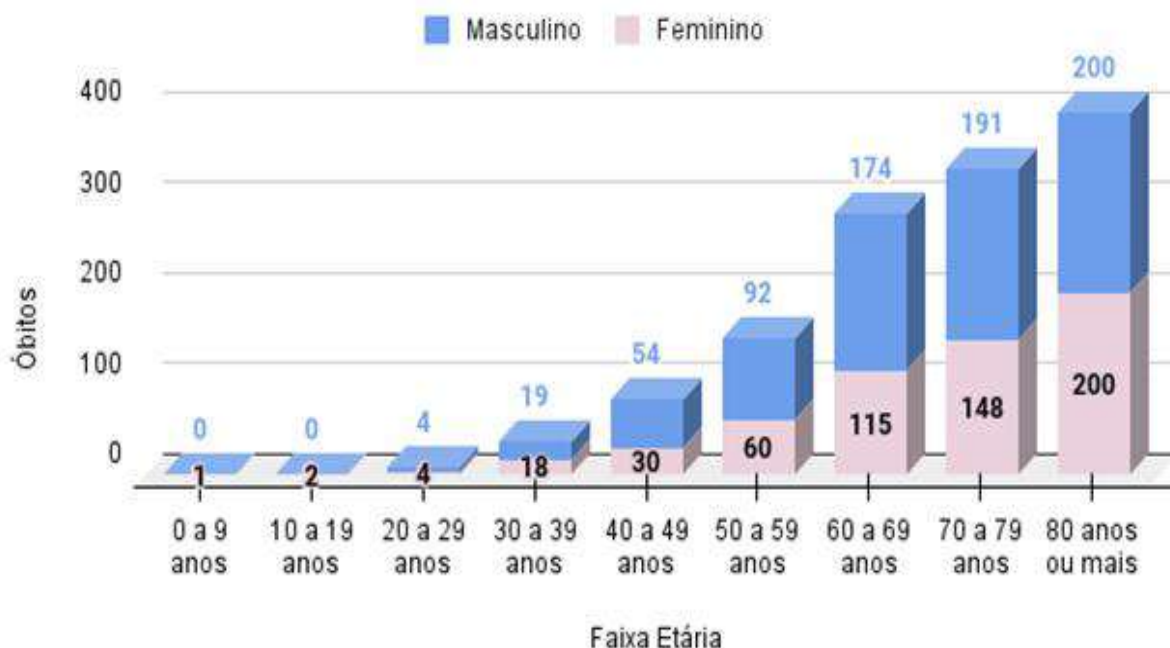


Figura 11. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

No ano de 2020 houve mais óbitos confirmados para Covid-19 nas faixas etárias de 10 a 29 anos, e com 70 anos ou mais, do que no ano de 2021. Observa-se mais óbitos confirmados por Covid-19 em 2021, em relação a 2020, entre pessoas de 30 a 69 anos e 0 a 9 anos (Figura 24). Em relação a idade em pacientes que vieram a óbito por Covid-19, entre a SE 1/2020 a SE 52/2021, a média de idade é de 70 anos (Figura 12).

A partir de janeiro de 2021, quando se inicia a vacinação no Brasil (e em Vitória/ES) observa-se, até o mês de junho de 2021, redução dos óbitos confirmados por Covid-19 em relação às pessoas com 50 anos ou mais. Concomitantemente, houve aumento de óbitos na faixa etária entre 30 e 49 anos, em janeiro de 2021, com redução a partir do mês de julho. Proporcionalmente, a faixa etária com mais representatividade nos óbitos confirmados por Covid-19, encontra-se, então, entre pessoas com 60 anos ou mais (Figura 13).

Número de óbitos confirmados para Covid-19, por ano de óbitos, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

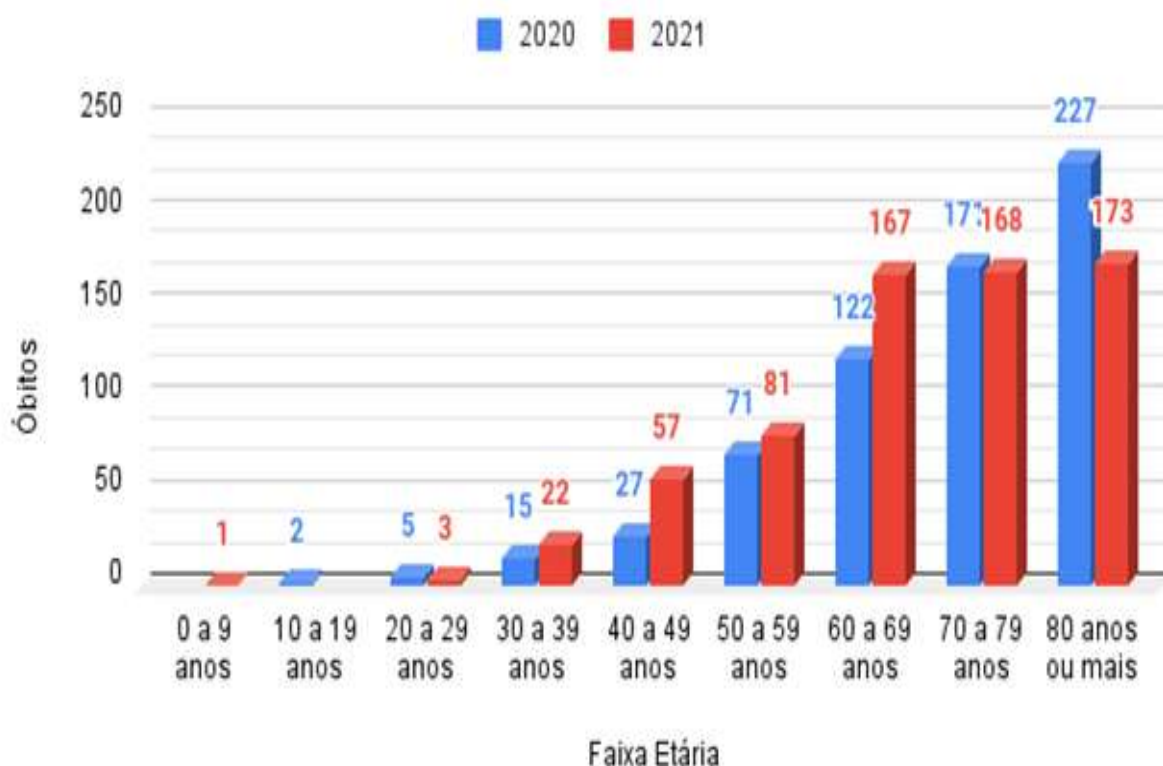


Figura 12. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Frequência absoluta e relativa de óbitos confirmados para Covid-19, segundo faixa etária e mês/ano, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

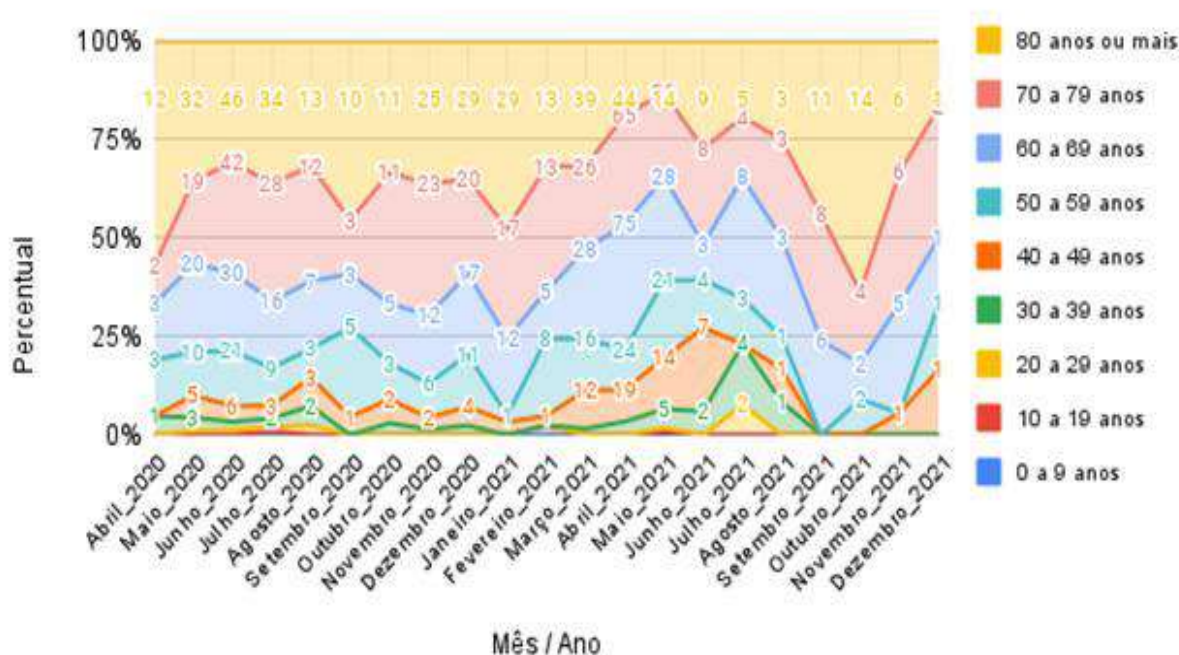


Figura 13. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

HIV/Aids

Em Vitória/ES, no período de 2010 a 2020, foram notificados 1.250 casos de HIV/Aids, sendo 907 do sexo masculino (73%) e 343 do sexo feminino (27%), com maioria dos casos devido à transmissão sexual do HIV. O ano de 2020 apresentou um aumento no número de novos casos, foram notificados 136 casos de HIV/Aids com predominância no sexo masculino, sendo 115 casos (84,5%) em Homens fazem sexo com Homens (82%) e 21 casos no sexo feminino (15,4%). A taxa de detecção de HIV no ano de 2020 em Vitória foi de 37,17 casos para cada 100.000 habitantes (Tabela 10).

Tabela 10. Nº de casos de HIV/Aids notificados, por ano de diagnóstico, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	Total %
Homens	97	91	94	98	85	72	67	75	61	52	115	907	73%
Mulheres	34	46	43	49	26	22	29	19	26	28	21	343	27%
Menores de 5 anos	2	1	1	-	1	-	2	-	-	1	2	10	1%
HIV em gestantes	16	14	14	9	9	14	15	6	12	16	3	128	10%
Total	131	137	137	147	111	94	96	94	87	80	136	1250	100%

Fonte: SINAN, SISCEL, SIM, 2020. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

A taxa de mortalidade relacionada ao HIV/Aids, em 2020, foi de 5,19 óbitos/100.000 habitantes, um pouco mais elevada que observada no país de 5,0 óbitos/100.000 hab. (Tabela 11).

Tabela 11. Nº de óbitos por causa básica HIV/Aids e coeficiente de mortalidade por Aids (/ 100.000 hab.), por ano do óbito, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos por Aids	30	31	28	33	32	27	22	21	17	25	19
Coeficiente de mortalidade	9,2	9,4	8,4	9,5	9,1	7,6	6,1	5,9	4,7	6,9	5,19

Fonte: SIM, 2020. Dados sujeitos à revisão.

Hepatites virais

As hepatites virais estão assumindo grande importância na Saúde Pública, devido à grande quantidade de pessoas infectadas e suas complicações. Tem distribuição

universal e apresenta variações em sua magnitude, em cada local, de acordo com o agente etiológico envolvido. A prevalência da hepatite A é alta em locais onde as condições sanitárias e socioeconômicas são precárias, e de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) milhões de pessoas no mundo são portadoras da infecção pelos vírus B e C das hepatites virais.

Em Vitória/ES, foram notificados 29 casos de hepatite A no período de 2010 a 2020, com predominância em 2013 (com 21 casos) devido ao surto da doença na Região de São Pedro. Nos anos de 2016 a 2020 não houve nenhum caso notificado. Com relação à taxa de detecção da Hepatite B e C no período de 2010 a 2020 no município de Vitória/ES ocorreu uma queda nos últimos dois anos em comparação aos anos de 2012 a 2018 conforme (Tabela 12). Em 2020 foram notificados 54 casos de Hepatites Virais, sendo 21 casos de Hepatite B (8, masculino e 13, feminino) e 33 casos de Hepatite C (17 masculino e 16 feminino).

Tabela 12. Nº de casos e taxa de incidência de hepatites, para residentes em Vitória/ES, 2010-2020.

Hepatite A	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Casos	3	1	2	21	0	1	0	0	1	0	0	29
Taxa de Incidência	0,9	0,3	0,6	6	0	0,3	0	0	0,3	0	0	
Hepatite B												
Casos	40	47	66	42	20	44	41	76	40	31	21	468
Taxa de Incidência	12,2	14,2	19,8	12,1	5,7	12,4	11,4	20,9	11,2	8,7	5,73	
Hepatite C												
Casos	35	29	50	61	34	43	56	77	66	39	33	523
Taxa de Incidência	10,7	8,8	15	17,5	9,7	12,1	15,6	21,2	18,4	10,9	9,01	

Fonte: SINAN, SISCEL, SIM, 2020. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

De 2010 a 2020 tivemos 60 óbitos de causa básica hepatite viral. Podemos observar que nos anos de 2010 a 2016 a maior porcentagem de óbitos foi por vírus C. Com os avanços no tratamento para Hepatite C e disponibilizados pelo SUS houve uma queda nos óbitos e em 2018 e 2019 nenhum óbito por Hepatite C foi notificado. Em 2019 e 2020 tivemos 8 óbitos por Hepatites Virais, sendo 1 pelo Vírus C e 7 pelo vírus B, conforme detalhamento na Tabela 13.

Tabela 13. Nº de óbitos por hepatites como causa básica, por ano do óbito, para residentes em Vitória, 2010-2020.

Óbitos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%TOTAL
Hepatite A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Hepatite B	3	1	0	2	2	1	2	1	3	2	5	22	37%
Hepatite C	4	6	2	3	6	6	4	6	0	0	1	38	63%
Hepatite D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL	7	7	2	5	8	7	6	7	3	2	6	60	100%

Fonte: SIM, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Atuando na prevenção, o programa municipal de imunização disponibiliza para os munícipes as vacinas contra a hepatite A e a hepatite B, com coberturas adequadas dentro dos parâmetros preconizados pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Contudo, a subnotificação das hepatites e o atendimento assistencial das hepatites requerem especial atenção do sistema de saúde municipal.

Arboviroses

As arboviroses são doenças endêmicas no Município, com alta prevalência e alta incidência durante todo ano, com ocorrência de surtos ou variação no número de casos notificados ao longo dos anos. A Tabela 14 apresenta a série histórica das arboviroses em Vitória/ES, no período de 2016 a 2020.

Tabela 14. Nº de notificações por arboviroses, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2016 a 2020.

ARBOVIROSES	Notificações					Óbitos		
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2019	2020
Dengue	4.367	1.359	1.439	7.669	10.910	2	6	1
Zika	1.093	91	55	149	201	0	0	0
Chikungunya	178	405	204	1.112	7.593	0	0	4
Febre Amarela	2	50	11	1	1	0	0	0

Fonte: SINAN, e-SUS/VS e Rede Bem Estar, 2021. Dados sujeitos a revisão.

A incidência da dengue é a maior dentre as arboviroses, sendo observados ao longo da série histórica anos epidêmicos e não epidêmicos, assim como variação no

número de casos nos anos não epidêmicos em decorrência de surtos ou redução do número de notificações. No que se referem ao zika vírus, observa-se que em 2016 houve epidemia da doença em decorrência da entrada no vírus no país em 2015, com posterior redução no número de casos nos anos subsequentes. Sobre a ocorrência do vírus da chikungunya, em 2019 verificamos aumento no número de casos notificados e surto da doença em 2020. Por fim, em 2017 ocorreu a epidemia de febre amarela em todo país, com aumento no número de casos notificados da doença no município de Vitória/ES.

Agressão por animais com potencial transmissor de raiva

Em relação às zoonoses, em Vitória/ES, no período de 2010 a 2020, foram registradas 16.716 notificações de atendimento antirrábico humano, apresentando uma média de 1671 atendimentos por ano. A espécie animal agressora mais frequente relacionada aos atendimentos antirrábicos humanos na capital foi a canina, com 16.716 (77%) das notificações, conforme observado na Tabela 15.

Tabela 15. Nº de notificações por animal agressor, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Atendimento antirrábico	1.274	1.215	1.361	1.345	1.511	1.585	1.612	1.683	1.772	1.863	1.495
Animal Agressor	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020
Canina	1.053	961	1.061	1.086	1.221	1.239	1.241	1.269	1.318	1.381	1.103
Felina	143	156	183	188	224	268	277	315	366	366	337
Quiróptera (Morcego)	12	11	14	16	12	13	15	18	21	19	11
Outros	66	87	103	55	54	65	79	81	67	97	44
Total	1.274	1.215	1.361	1.345	1.511	1.585	1.612	1.683	1.772	1.863	1.495

Fonte: SINAN, e-SUS/VS, Rede Bem Estar e IBES/IDAF, 2021. Dados sujeitos a revisão.

No entanto, chama atenção a prevalência dos atendimentos de acidentes ocorridos com animais silvestres, com destaque aos morcegos, visto que as ações de vigilância apontam a circulação do vírus rábico nesses animais.

Em 2020 foi ocorreu uma queda no número total de notificações, quando comparado aos anos de 2014 a 2019, o que pode ter sido ocasionado pelo período pandêmico vivido e pelas medidas de quarentena preconizadas para controle da pandemia pelo

Covid-19 e, também, receio da população em procurar os serviços de saúde com devido ao risco de se contaminar com o SARS-CoV-2.

Em relação ao tratamento, destacados na Tabela 16, no período de 2010 a 2020 houve predominância da observação do animal (36,12%), se cão ou gato, para o tipo de tratamento indicado nos atendimentos antirrâbicos humanos, seguido de observação + vacina (34,27%), soro + vacina (16,53%), vacina (7,44%) e outros como reexposição e pré-exposição (5,13%). Historicamente o município de Vitória atinge as metas das campanhas anuais de vacinação, com cobertura vacinal total próximo do mínimo de 80%, embora, a cobertura vacinal não se apresente igualmente distribuída em todas as regiões do Município.

Tabela 16. Nº de tratamentos indicados, por tipo de agressão, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Tratamento Indicado	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dispensa de tratamento	1	1	5	5	2	5	6	12	3	6	6
Observação do animal	607	586	437	434	454	593	684	651	511	601	481
Observação + Vacina	373	324	528	562	637	572	475	478	647	617	516
Vacina	36	57	77	88	107	107	70	106	165	193	239
Soro + Vacina	184	160	207	195	237	245	277	340	367	347	205
Esquema Reexposição	5	7	5	6	5	4	8	16	6	9	8
Pré-Exposição	68	80	102	55	69	58	92	66	65	85	40
(vazio)						1		14	8	5	
Total	1.274	1.215	1.361	1.345	1.511	1.585	1.612	1.683	1.772	1.863	1.495

Fonte: SINAN, e-SUS/VS, Rede Bem Estar e IBES/IDAF, 2021. Dados sujeitos a revisão.

Leptospirose

A leptospirose tem como característica ocorrer especialmente após grande precipitação pluviométrica e desastres naturais, ambos eventos de possível ocorrência no Município, pelas características climáticas e de relevo. Compõe juntamente com as arboviroses e as doenças de veiculação hídrica as doenças de maior relevância para assistência e vigilância em eventos pós-desastres.

Nesse sentido, observa-se aumento no número de casos da doença em 2014 (Tabela 17), após a ocorrência de grande precipitação pluviométrica no final do ano de 2013. Por outro lado, entre 2014 e 2017 houve período de estiagem prolongada,

conforme consta na série histórica anual de precipitação pluviométrica do Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural (INCAPER), mas manutenção de casos de leptospirose. Tais dados demonstram que a ocorrência da doença é facilitada pela transmissão hídrica, mas não está a ela restrita, havendo necessidade de ações contínuas de controle de roedores, em especial nos casos de mordedura, comportamento que sugere alta infestação local.

Tabela 17. Nº de notificações de casos de leptospirose, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

LEPTOSPIROSE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos Notificados	354	79	80	172	210	57	52	67	52	77	43
Casos Confirmados	31	9	9	12	68	7	3	6	3	8	3
Óbito	0	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0

Fonte: SINAN, e-SUS/VS, Rede Bem Estar, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Esporotricose:

Em Vitória/ES, a ocorrência de surtos de esporotricose animal é recente, assim como a notificação de casos humanos pelas Unidades da Rede SEMUS, sendo observado maior incidência em áreas com carência socioeconômica e ambiental. Apesar de não representar alta mortalidade em humanos, trata-se de uma doença altamente contagiosa e de fácil disseminação entre animais e de animais para humanos.

Tabela 18. Nº de notificações de casos de esporotricose, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2019 a 2020.

ESPOROTRICOSE		2019	2020
Humano		-	15
Animal (gatos)	Amostra coletada	64	206
	Diagnóstico confirmado	18	183

Fonte: SINAN, e-SUS/VS, Rede Bem Estar, 2021. Dados sujeitos à retificação.

Devido à grande capacidade de disseminação da doença, verificou-se em apenas dois anos aumento de 10 vezes no número de casos confirmados de esporotricose animal no Município, o que reflete a velocidade com que a doença se difunde nos

territórios de saúde e o risco que a população humana está exposta, especialmente nas regiões de maior vulnerabilidade socioambiental (Tabela 18).

4.15 Doenças negligenciadas

A assistência às pessoas com tuberculose (hanseníase) está pautada na qualificação das ações de prevenção, diagnóstico, assistência e vigilância, visando ao controle da doença e a organização da rede de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social.

As Unidades Básicas de Saúde devem facilitar o acesso de casos suspeitos, sendo porta de entrada dos pacientes de Hanseníase e Tuberculose, para seu diagnóstico precoce e tratamento, diminuindo a transmissão da doença na população, visando a eliminar fontes de infecção e evitar sequelas.

Tuberculose

Com relação à tuberculose, o Município conta com um Programa de Referência Municipal, o qual é responsável pelo atendimento dos casos que utilizam o esquema básico de tratamento, encaminhando os demais, de ordem mais complexa, para o serviço de referência terciário, localizado no Hospital das Clínicas (HUCAM).

Em Vitória/ES, a incidência da doença vem caindo ao longo dos anos, passando de 48,54 casos por 100.000 habitantes em 2010, para 34,4 casos por 100.000 habitantes, em 2020 (Figura 14). Entretanto, essa diminuição da incidência pode não refletir a situação real, devido ao baixo percentual de solicitação de testagem de sintomáticos respiratórios (SR) para tuberculose, ou seja, os casos podem estar presentes e sem diagnóstico. No período de 2014 a 2020, o percentual anual de realização de exames de escarro atingiu o valor máximo de 41% da meta, em 2018, chegando à condição crítica de 21%, em 2020, também influenciado pelo surgimento da pandemia de Covid-19.

Coeficiente de incidência de tuberculose por 100.000 hab., para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

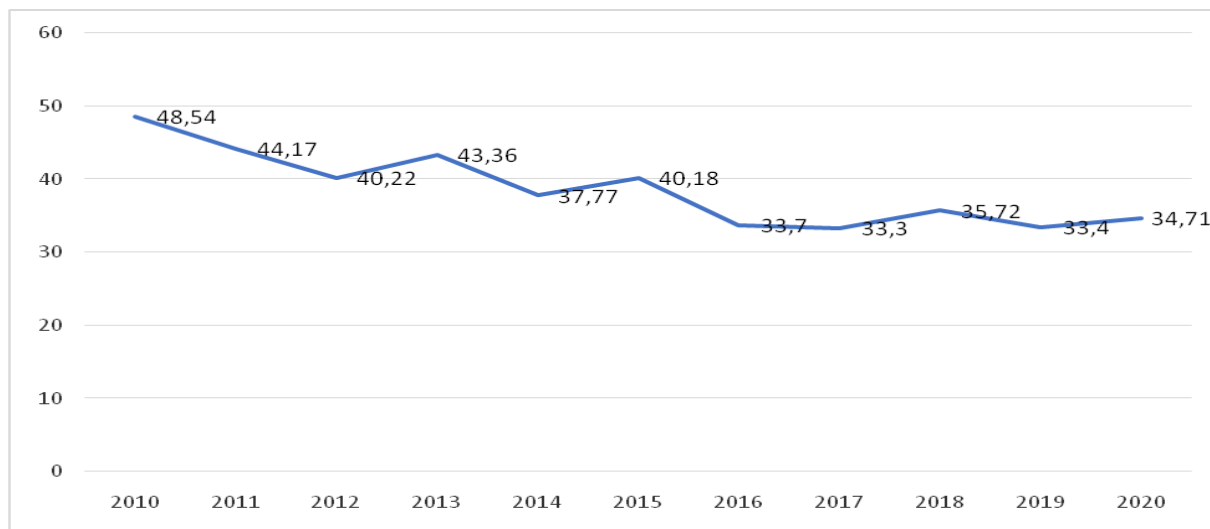


Figura 14. Fonte: SINAN, e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos a revisão.

Percentual de cura e de abandono entre os casos novos de tuberculose pulmonar, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2019.

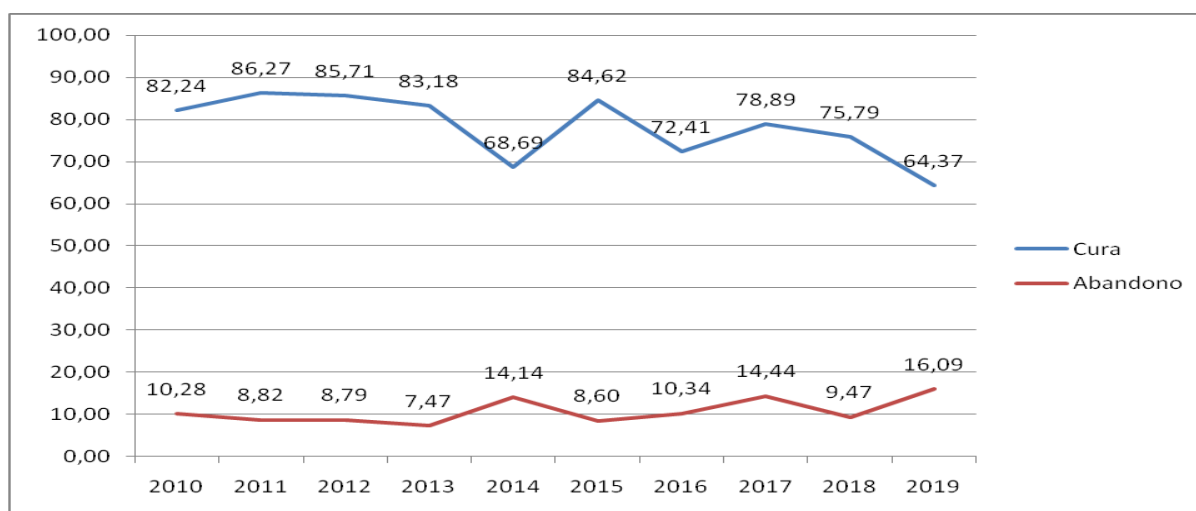


Figura 15. Fonte: SINAN, e-SUS/VS; Rede Bem Estar, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Em relação à mortalidade por tuberculose, houve picos de aumento do índice, o que demonstra fragilidade de acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. O percentual de cura da doença também vem caindo nos últimos três anos, reflexo do aumento dos casos de abandono de tratamento, especialmente em populações mais vulneráveis, como pessoas em situação de rua, usuários de álcool e drogas e pacientes que apresentam coinfeção TB/HIV (Figura 15).

A tuberculose é a principal causa de óbito por doenças infecciosas em pessoas vivendo com HIV. No município de Vitória/ES, o percentual de coinfeção TB/HIV apresenta variabilidade em alguns anos, mas seguindo tendência da média nacional. Esse indicador está diretamente ligado ao acesso do paciente vivendo com HIV às ações relacionadas à infecção latente da tuberculose.

O indicador de avaliação de contatos de casos novos de TB pulmonar reflete a qualidade das ações para a interrupção da cadeia de transmissão da doença. Em Vitória, o percentual de contatos avaliados apresenta-se dentro das metas pactuadas, a exceção dos anos de 2015, 2016 e 2020, este último devido à suspensão ou diminuição dos exames de contato, dependendo dos níveis de transmissão do coronavírus no Município no período.

Hanseníase

Quanto à hanseníase, o Município também possui um Programa de Referência Municipal que é responsável pelo atendimento dos casos que utilizam o esquema terapêutico, conforme classificação da doença e esquema substitutivos de tratamento. A atenção terciária é realizada no HUCAM para os casos de recidiva, e no Hospital Santa Casa de Misericórdia para os casos cirúrgicos.

O município de Vitória/ES, assim como o Brasil tem apresentado uma queda no coeficiente de detecção (Tabela 19). De 2010 a 2020, o Município apresentou uma taxa média de detecção de 12,4 casos novos para cada 100.000 habitantes, considerado alto para a endemia. Em 2020 com o surgimento da pandemia os serviços de atendimento ao paciente de hanseníase tiveram impacto importante no acesso do paciente como também na qualidade da assistência, o que levou a uma queda brusca na detecção de casos (2020: 4,2/100.000 hab.).

Além disso, observa-se que a proporção de casos de hanseníase com grau II de incapacidade no diagnóstico, grau mais avançado, estava em queda, porém voltou a aumentar no ano de 2019 (Tabela 18). Este cenário epidemiológico mostra que o

município de Vitória está com diagnóstico baixo e tardio com casos identificados já com incapacidades físicas.

Tabela 19. Taxa de detecção de novos casos de hanseníase e proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

INDICADOR	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
TX de detecção de casos novos	18,9	15,1	21	12,3	12,8	10,7	8,9	12,1	10,3	9,7	4,2
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física	3,23	8,16	2,9	4,55	6,67	8,11	6,9	5,26	0	8,3	6,6

Fonte: Fonte: SINAN, e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos a revisão.

4.16 Imunização e Eventos Adversos Pós-Vacinais

A cobertura vacinal representa um importante instrumento para a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão, uma vez que somente com coberturas adequadas é possível alcançar o controle e manter a condição de eliminação ou erradicação das doenças imunopreveníveis sob vigilância. O município de Vitória/ES conta com um histórico favorável no que diz respeito a alcance de coberturas vacinais pactuadas, como a vacina de poliomielite, a tríplice viral, a pentavalente e a pneumocócica 10-valente (Figura 16).

Série histórica de cobertura vacinal, para residentes em Vitória/ES, 2010-2020.

Imuno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	199,2	138,9	1130,5	148	123,16	1.199,18	195,25	142,25	119,39	124,46	127,75
Hepatite B Criança 30 dias	-	-	-	-	93,85	172,52	160,00	126,64	119,41	104,40	108,41
Rotavírus Humano	92,08	108,99	96,88	97,26	103,80	103,75	106,83	93,96	98,70	93,37	89,81
Meningococo C	42,63	117,18	96,97	96,65	104,64	94,02	102,25	79,44	89,49	92,76	94,86
Penta	-	-	46,49	101,13	109,08	93,11	105,58	95,30	95,40	74,63	97,66
Pneumocócica	56,13	119,17	106,86	96,82	102,02	94,72	103,77	94,88	99,93	97,61	96,86
Poliomielite	97,44	116,48	112,72	105,58	105,31	90,71	101,29	95,03	96,59	91,02	93,17
Febre Amarela	1,10	0,40	0,85	0,52	0,24	0,39	0,40	51,70	80,84	76,17	70,21
Hepatite A	-	-	-	-	98,58	89,85	89,68	81,02	98,95	103,04	97,88
Pneumocócica(1º ref)	-	-	-	108,02	98,36	87,90	98,31	76,42	94,16	90,44	79,79
Meningococo C (1º ref)	-	-	-	94,82	92,83	51,54	108,53	70,66	78,94	89,48	76,56
Poliomielite (1º ref)	-	-	-	97,21	82,88	67,67	89,89	63,68	82,17	72,51	68,89
Tríplice Viral D1	101,26	114,08	116,35	116,99	114,88	92,81	107,24	88,57	99,59	95,62	78,51
Tríplice Viral D2	-	-	-	61,10	107,64	68,34	97,00	83,75	94,85	94,54	75,30
Tríplice Bacteriana(1º ref)	101,41	114,29	110,72	103,99	115,75	83,40	62,48	69,34	83,82	48,79	88,03
dTpa gestante	-	-	-	12,59	36,60	44,03	52,49	76,86	83,02	81,54	58,21

< 1 ANO ● 1 ANO ●

Figura 16. Fonte: SLPN/CGPN/DEIDT/SVS/MS - Gerado em 09/06/2021. Dados sujeitos a revisão.

Porém, no ano de 2020, o Programa Municipal de Imunizações enfrentou diversos desafios, no qual em meio à pandemia da Covid-19 e surto ativo de sarampo na Região Sudeste, apesar das estratégias de vacinação realizadas, o Município não conseguiu atingir a homogeneidade das vacinas pactuadas no ano de 2020, tendo como justificativas a antecipação da Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza devido à situação epidemiológica do país, períodos de fechamento das salas de vacina por diversos fatores, a substituição do registro de vacinados no SIPNI para o E-SUS CDS/Rede Bem Estar (RBE), ocasionando um atraso/perda no envio dos dados, e o ataque hacker, ficando todo o sistema, incluindo a RBE sem funcionamento, ocasionando perda de registro de vacinados.

5. Aspectos sobre planejamento e pactuação orçamentária e financeira do SUS

O orçamento é o mais importante instrumento de controle da administração pública. Os processos de elaboração, aprovação e execução orçamentária são compostos por três elementos básicos: a lei do plano plurianual (PPA), a lei de diretrizes orçamentárias (LDO) e a lei orçamentária anual (LOA).

O Plano Plurianual (PPA) deve ser elaborado no primeiro ano de mandato de um prefeito, entrando em vigor no segundo ano e terminando no primeiro ano do mandato seguinte, quando deverá ser elaborado outro PPA. Cada Plano Plurianual compreende quatro anos de gestão e deve ser um projeto de desenvolvimento.

O PPA abrange as ações que receberão prioridade no exercício vigente, assumindo a forma de grande moldura para as suas execuções e deve estar prevista em lei complementar com intuito de disciplinar o exercício financeiro, a vigência, os prazos, bem como estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial.

Recentemente, um dos aspectos mais relevantes na reorientação do financiamento da saúde no Brasil passa pela instituição do programa Previne Brasil. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para

os Municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta teve como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária em Saúde e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

Como desafio para que Vitória/ES não diminua as receitas da saúde municipal, será necessário estimular o aumento da cobertura (cadastro) da APS, principalmente entre as populações vulneráveis; ressaltar os resultados em saúde da população (desempenho da APS); incentivar avanços na capacidade instalada, organização dos serviços de APS e ações de promoção e prevenção; bem como enfrentar a dificuldade de fixação de profissionais.

A gestão de despesas e receitas torna-se cada vez mais importante, quando se vislumbra possível redução de recursos vinculados ao financiamento da APS. Além disso, otimizando e reduzindo despesas, a probabilidade de ampliação de serviços e ofertas é maior. A gestão desses recursos facilita a aplicação de novas políticas, ampliação de serviços estratégicos para a assistência à população, e aplicação inequívoca do recurso em áreas essenciais.

A análise de receitas pendentes e a receber, além de apontar onde o recurso deve ser utilizado, também possibilita a identificação de ações necessárias para a captação de novos recursos. A análise das despesas auxilia na identificação do

ponto focal a ser trabalhado, e aponta a tendência de despesas desnecessárias, e quais as ações para a redução dos gastos, e melhor utilização dos recursos públicos.

6. Desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde

A Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (TIC) é um meio facilitador que permite a comunicação entre todas as áreas. Os dados, quando bem estruturados e transformados em informações confiáveis, constituem instrumentos essenciais para aumentar o controle e melhorar a qualidade da atenção à saúde em seus diversos aspectos, devido aos ganhos de: eficiência no planejamento, tomada de decisão e, portanto, na gestão; na assistência, na comunicação interna e externa, na usabilidade das demais tecnologias em saúde, entre outros.

Afinal, a informação é uma ferramenta essencial para uma organização, pois, por meio dela, pode-se ter o domínio dos diversos parâmetros que regem a sua dinâmica. Nas organizações de saúde não é diferente, visto que a informação qualificada é reconhecida como o recurso mais importante para a tomada de decisões. Nesse contexto, as ferramentas digitais que já fazem parte de vários aspectos da sociedade, conectando pessoas e otimizando processos, vêm ganhando cada vez mais aplicabilidade na área da saúde, trazendo melhorias para profissionais, usuários e, também para a gestão das instituições.

A partir de 2020, com a pandemia, isso ficou ainda mais evidente com as profundas mudanças nas rotinas de milhões de pessoas. Até mesmo para promover cuidados básicos, a conectividade e o uso de dispositivos médicos tiveram um papel fundamental.

Por exemplo, se até 2020 a Telemedicina ainda era considerada uma novidade no setor de saúde, com poucos adeptos, a pandemia do novo coronavírus fez com que essa área da medicina aumentasse significativamente.

Todavia, ainda são muitos os desafios a serem superados para que os sistemas de saúde consigam explorar e usufruir ao máximo de todo o potencial que as TICs – e seu constante desenvolvimento. Desafios relacionados principalmente ao campo da infraestrutura e do desenvolvimento de “habilidades e competências digitais” pelos profissionais de saúde. Razão pela qual torna-se fundamental que os Planos de Saúde, nas diferentes esferas, contemplem boas concepções e boas estratégias nessa área.

Essa infraestrutura de TIC pode ser entendida como a composição de competências humanas e de tecnologias e metodologias baseadas em recursos computacionais. Uma composição capaz de contribuir para o exercício das diferentes atividades práticas, com ganhos de eficiência em cada área de aplicação.

Especificamente na concepção incorporada ao Plano Municipal de Saúde de Vitória/ES, adota-se o conceito de uma infraestrutura de TIC voltada para o domínio da saúde a ser trabalhada em três grandes grupos ou "capacidades" de:

Processar - transformar dados, imagens e voz, atuar em mecanismos que operam mudanças de estados, sensores e atuadores;
Armazenar - persistir, manter e recuperar dados, imagens e voz;
Comunicar - transportar de um ponto a outro o *processado* e o *armazenado*.

Tudo isso a serviço da criação de novas técnicas, tecnologias e habilidades que, no domínio da saúde, tem grande potencial de contribuir significativamente com as diversas práticas e processos de trabalho do cotidiano. Dentre as inúmeras inovações baseadas em recursos computacionais, é possível apontar alguns elementos da TIC como diferenciadores e apoiadores da eficiência na concretização das operações em saúde:

a) Uso de aparelhos portáteis (*tablets e smartphones*) vinculados às capacidades de processamento, armazenamento e de comunicação, no atendimento ao requisito *mobilidade*. Pode-se citar como exemplo a elaboração de uma prescrição médico-assistencial e para o próprio processo de dispensação dos medicamentos ou das terapias específicas;

- b) Monitores de tela de toque para utilização em prontos-socorros, onde a agilidade e os aspectos ligados à contaminação na operação sejam entendidos como muito importantes;
- c) Identificação biométrica, a qual reforça a segurança, evitando que uma senha de acesso seja utilizada por outros que não o próprio detentor;
- d) Transmissão de conhecimento por meio de videoconferência, possibilitando que profissionais ou futuros profissionais usufruam de um momento experimentado;
- e) Videomonitoramento; a captura de imagens em tempo real e o monitoramento constante de áreas críticas subsidiam ações mais efetivas;
- f) Certificações digitais, as quais permitem diminuir a utilização de documentos impressos em papel, ou *hard copy*, contribuindo para a preservação do meio ambiente e para a formação de uma TIC-Verde;
- g) Monitoramento, em tempo real, da evolução do quadro clínico. Como exemplo, em sessões de fisioterapia, sensores sem fio podem obter dados sobre as grandezas fisiológicas mensuráveis (batimento cardíaco, pressão, ângulos articulares) de um paciente. Esses dados podem ser transmitidos para uma rede de computadores e armazenados. Dados gerados automaticamente podem ser complementados com outros, obtidos manualmente, com o objetivo de compor a avaliação sobre o estado do paciente.

A TIC guarda uma estreita e importante correlação com a área da saúde pela ampla gama de possibilidades de aplicação e uso em prol da melhoria das condições de trabalho dos profissionais e, via de consequência, dos cuidados prestados aos usuários.

Por esse motivo, as tendências tecnológicas deverão alcançar um protagonismo ainda mais visível nas organizações de saúde.

Nesse sentido, para os próximos anos, tem-se o objetivo de fomentar, ampliar e qualificar as tecnologias em saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, em especial em relação à sua infraestrutura, à disponibilização de novas (e inovadoras) ferramentas de gestão e ao desenvolvimento de “habilidades e competências

digitais” pelos profissionais de saúde para intensificar e qualificar a usabilidade desses recursos disponibilizados.

7. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde, que inclui a vigilância e o controle das doenças transmissíveis e a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária, e é entendida como uma forma de pensar e agir e tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes.

Constitui-se como espaço de articulação de conhecimentos e técnicas oriundas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais. Ao ser concebida como uma lógica de organização dos serviços, a Vigilância em Saúde pode ser um referencial para mudanças do modelo de atenção e, portanto, deve estar inserida na prática das equipes de saúde da Atenção Primária em Saúde.

No sentido de efetivar a integração das vigilâncias faz-se necessário a institucionalização do espaço de discussão e deliberação de questões coletivas inerentes à gestão (Colegiado Gestor de Vigilância em Saúde). A descentralização das ações das vigilâncias, de forma articulada com as ações da atenção à saúde, pode contribuir, de modo significativo, no desenvolvimento de uma abordagem integral dos problemas de saúde, na medida em que a organização dessas ações ocorra de forma integrada com as práticas assistenciais.

Uma estrutura importante que vem propiciando a integração de conhecimento, análise e tomada de decisão das ações de vigilância, encontra-se no Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), aprimorando a capacidade técnica das equipes de vigilância, quanto ao enfrentamento dos eventos inusitados e de Emergências em Saúde Pública, como a recente pandemia da Covid-19.

8. Educação Permanente em Saúde

A SEMUS desenvolve um modelo de integração ensino-serviço-comunidade na rede de saúde do Município, estabelecendo Termos de Compromisso e Acordos de Cooperação com instituições de ensino: públicas, filantrópicas e privadas. A ETSUS-Vitória é o setor da SEMUS responsável pela gestão destes termos, por meio do conjunto de normas e diretrizes da política de Integração Ensino-Serviço do Município, faz interlocução com as instituições de nível superior e técnico em saúde no que diz respeito às práticas de estágio curricular, visitas técnicas, internatos, residências médicas e multiprofissionais, dentre outros.

A ETSUS possui como missão o desenvolvimento de ações de formação profissional, pesquisa e integração ensino-serviço-comunidade no SUS, a fim de transformar e qualificar as práticas de atenção, educação e gestão em saúde, orientadas pelas Políticas Públicas para melhoria da qualidade de vida da população.

A Escola desenvolve cursos na área da saúde, formais (formação técnica e especializações) e não formais (aperfeiçoamento, capacitação, treinamento e outros), bem como eventos (fóruns, palestras, conferências, seminários e reuniões técnicas) e outras iniciativas de Educação na Saúde.

A Escola em parceria com Instituições e Hospitais de Ensino acolhe demandas de cenários de prática de Programas de Residência Médica que contempla: Residência em Medicina de Família e Comunidade; Residência em Clínica Médica; Residência em Pediatria e Residência Multiprofissional.

A ETSUS-Vitória coordena desde 2016 dois projetos vinculados ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-GraduaSUS. O primeiro SEMUS/UFES envolve seis cursos da área da saúde (medicina, nutrição, odontologia, fonoaudiologia, farmácia e terapia ocupacional), o segundo SEMUS/EMESCAM contempla 3 cursos (medicina, enfermagem e fisioterapia).

O objetivo dessa iniciativa é contribuir para a formação dos futuros profissionais e criar o compromisso com a produção de conhecimentos de relevância social no campo da saúde pública.

9. Controle Social e participação da comunidade

O controle social é um dos fundamentos do SUS, estabelecido na Constituição de 1988. É uma forma de aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde no país. Embora não seja a única forma de garantir a participação da comunidade na saúde, o Conselho de Saúde desempenha um papel importantíssimo no controle social na área da saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) foi criado por meio do Artigo 184 da Lei Orgânica do Município e regulamentado pela Lei Municipal nº. 6.606, de 05/06/2006 e suas alterações pelas Leis nº. 7.867, de 21/12/2009, e nº. 7.991, de 13/09/2010. Suas prerrogativas regimentais foram estabelecidas na Resolução do CMSV nº. 756/2012, na qual foi instituída a responsabilidade de atuar na avaliação, formulação, proposição e execução nas ações na área da saúde do controle social no Município.

O CMSV é constituído por 32 membros, sendo 16 Titulares e 16 suplentes. Dezesseis deles representam os usuários do sistema de saúde. Oito representam os trabalhadores de saúde. Os demais membros representam o governo e os prestadores de serviços do SUS. Vitória possui atualmente 29 conselhos locais de saúde, atuando nos territórios de abrangência das unidades de saúde, regulamentados pela Lei Municipal 6.606/06, composto pelas entidades representativas dos usuários, dos trabalhadores da saúde e da gestão.

Lei Orgânica do Município de Vitória, de 05/04/1990: Art. 184

Art. 184 - Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, instância do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município, que terá sua composição, organização e competência regulamentadas em lei, garantindo-se a participação paritária, com caráter deliberativo, de entidades representativas dos usuários e dos profissionais de saúde, e de representantes do Poder Público Municipal na área de saúde e de prestadores de serviço ao Sistema, na formulação, controle e avaliação das políticas e ações de saúde do Município, a partir de diretrizes gerais emanadas da Conferência Municipal de Saúde, e no planejamento e fiscalização dos recursos provenientes do Fundo Municipal de Saúde.

10. Diretrizes, objetivos, indicadores e metas

DIRETRIZ Nº 1 - 1 AMPLIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE FORMA INTEGRADA E PLANEJADA

OBJETIVO Nº 1.1 - Fortalecer a Atenção Primária à Saúde visando a qualificar o acesso

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1.1	Manter a cobertura populacional estimada de Atenção Primária, no mínimo, em 90%	Percentual de cobertura populacional estimada de Atenção Primária	93,83	2021	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90
1.1.2	Garantir a cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária, no mínimo, 70%	Percentual de cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária, no mínimo, 70%	74,21	2021	Percentual	70	Percentual	70	70	70	70
1.1.3	Alcançar 70% de cadastro de usuários sem inconsistências nas 29 UBS	Percentual de cadastros de usuários sem inconsistências avaliados pelo sistema de informação da Atenção Básica (SISAB)	63,13	2021	Percentual	70	Percentual	70	70	70	70
1.1.4	Manter no mínimo 02 equipes de Consultório na Rua habilitadas junto ao Ministério da Saúde	Número de equipes de Consultório na Rua habilitadas	2	2021	Número	2	Número	2	2	2	2
1.1.5	Reestruturar as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nas 6 regiões de saúde	Número de regiões de saúde com PICs reestruturadas	0	2021	Número	6	Número	1	1	2	2
1.1.6	Ampliar em 20% a oferta de práticas corporais/atividades físicas pelos profissionais do Serviço Orientação ao Exercício (SOE)/Programa da Academia da Saúde, em relação à linha de base	Percentual de ampliação da oferta de práticas corporais/atividades físicas pelos profissionais do Serviço Orientação ao Exercício (SOE)/Programa da Academia da Saúde	9.644	2019	Número	20	Percentual	5	10	15	20
1.1.7	Realizar no mínimo 3 ações temáticas obrigatórias, do PSE em todas as escolas pactuadas	Número de ações temáticas do PSE realizadas anualmente nas 101 unidades de ensino público municipal	255	2019	Número	303	Número	303	303	303	303
1.1.8	Ampliar em 40% o número de pessoas atendidas no programa de controle do tabagismo nas 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em relação a 2018	Percentual de pessoas tabagistas com primeira avaliação clínica para tratamento	516	2018	Número	40	Percentual	10	20	30	40

1.1.9	Atingir a cobertura $\geq 83\%$ de acompanhamento das condicionalidades do Programa de Governo Auxílio Brasil, relacionadas à área da saúde	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Auxílio Brasil	48	2021	Percentual	83	Percentual	83	83	83	83
1.1.10	Implantar no mínimo 6 ações, de vacinação ampliada/alternativa anualmente	Número de ações de vacinação ampliada/alternativa realizadas por ano	0	2020	Número	6	Número	6	6	6	6
1.1.11	Realizar Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa em 20% da população acima de 75 anos cadastrada no SISAB	Percentual da população idosa com Avaliação Multidimensional realizada	0	2021	Percentual	20	Percentual	5	10	15	20
1.1.12	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis alcançando anualmente 20% da população acima de 14 anos para HIV	Percentual de população de 14 anos e mais testada para HIV no ano vigente	19,58	2019	Percentual	20	Percentual	20	20	20	20
1.1.13	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis alcançando anualmente 20% da população acima de 14 anos para Sífilis	Percentual da população de 14 anos e mais testada para Sífilis no ano vigente	21,11	2019	Percentual	20	Percentual	20	20	20	20
1.1.14	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis alcançando anualmente 15% da população acima de 14 anos para Hepatite B	Percentual da população de 14 anos e mais testada para Hepatite B no ano vigente	17,14	2019	Percentual	15	Percentual	15	15	15	15
1.1.15	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis alcançando anualmente 15% da população acima de 14 anos para Hepatite C	Percentual da população de 14 anos e mais testada para Hepatite C no ano vigente	12,87	2019	Percentual	15	Percentual	15	15	15	15

OBJETIVO Nº 1.2 - Realizar obras e projetos estratégicos, bem como adequações físicas nos serviços de saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.2.1	Realizar adequação física, no mínimo, em 10 serviços de saúde	Número de serviços de saúde com adequação física realizada	1	2020	Número	10	Número	3	2	2	3
1.2.2	Reestruturar 02 Módulos do SOE/Polo academia da saúde	Número de módulos do SOE/ Polo academia da saúde reestruturados	0	2020	Número	2	Número	0	1	1	0
1.2.3	Executar 03 obras de projetos estratégicos	Número de obras executadas	0	2020	Número	3	Número	1	1	1	0

OBJETIVO Nº 1.3 - Ampliar o acesso a consultas e exames especializados e outros procedimentos

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.3.1	Alcançar o percentual de >50% dos usuários em espera por consultas especializadas, sob governabilidade municipal, em prazo ≤ a 100 dias	Percentual médio de solicitações de consultas especializadas sob gestão municipal agendadas com tempo de espera inferior a 100 dias a partir da data de requisição	38,9	2020	Percentual	50	Percentual	50	50	50	50
1.3.2	Habilitar 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do tipo II para o tipo III	CEO tipo III implantado	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
1.3.3	Reativar 01serviço de vasectomia	Serviço de vasectomia reativado	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
1.3.4	Ampliar em 20% o percentual de inserção ambulatorial do método de anticoncepção Dispositivo Intrauterino (DIU)	Percentual de ampliação de DIU realizados por ano em relação à linha de base	158	2019	Número	20	Percentual	5	10	15	20

OBJETIVO Nº 1.4 - Estruturar ações intersetoriais para garantir a atenção integral às pessoas em situação de violência e vulnerabilidade

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.4.1	Implantar 4 protocolos de atenção integral as pessoas em situação de violência e vulnerabilidade	Número de protocolos de atenção integral implantados	0	2020	Número	4	Número	1	1	1	1

OBJETIVO Nº 1.5 - Inovar em soluções digitais na saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.5.1	Implantar diretriz para o Teleatendimento em Saúde	Diretriz de Teleatendimento implantada	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
1.5.2	Implementar a assistência remota aos usuários em todos os serviços assistenciais de saúde da rede SEMUS (UBS, CAPS, CRAI, IST, CME e Casa Rosa)	Número de serviços assistenciais com assistência remota implementado	6	2020	Número	31	Número	7	8	8	8
1.5.3	Ofertar agendamento online para 3 novos tipos de serviço	Número de serviços ofertados por agendamento <i>on line</i>	0	2019	Número	3	Número	1	1	1	0

DIRETRIZ Nº 2 - 2 MELHORIA DA QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO Nº 2.1 - Reorganizar e reestruturar a rede municipal de saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.1.1	Atualizar protocolo de classificação de risco nos Prontos Atendimentos (Protocolo de Manchester)	Protocolo de classificação de risco atualizado	0	2020	Número	2	Número	1	1	0	0
2.1.2	Instituir 6 grupos condutores das redes temáticas (Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede Materno Infantil, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas). Siglas: RAPS, RUE, RMI, RCPD, RENAST e RPDC	Número de grupos condutores das redes temáticas instituídos	0	2020	Número	6	Número	2	2	2	0
2.1.3	Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura de pessoas entre 30 e 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	275,8	2019	Taxa	254,8	Taxa	270,3	264,9	260	254,8

OBJETIVO Nº 2.2 - Fortalecer a rede materno infantil garantindo uma assistência humanizada e de qualidade

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.2.1	Realizar visita domiciliar pelo enfermeiro em até 07 dias e consulta pelo médico em até 10 dias, a 70% dos nascidos vivos residentes de Vitória	Percentual de recém-nascidos residentes visitados nos primeiros 10 dias de nascimento	77,2	2020	Percentual	70	Percentual	70	70	70	70
2.2.2	Manter a taxa de mortalidade infantil abaixo de 8,8 óbitos/1000 nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil	9,04	2018	Taxa	8,8	Taxa	8,8	8,8	8,8	8,8

2.2.3	Realizar 06 ou mais consultas de pré-natal em 70% das gestantes cadastradas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação, a cada ano	Proporção de gestantes com pelo menos 06 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	16	2021	Proporção	70	Proporção	30	45	60	70
2.2.4	Ampliar para 10%, no mínimo, o número de consultas de pré-natal do parceiro até 2025	Razão de consultas de pré-natal do parceiro em relação às gestantes atendidas na UBS nos últimos 12 meses	3,9	2020	Razão	10	Razão	4	6	8	10
2.2.5	Realizar consulta, por médico ou enfermeiro, a 70% das puérperas cadastradas em até 40 dias após o parto	Percentual de puérperas com visita realizada em tempo oportuno	60	2020	Percentual	70	Percentual	70	70	70	70
2.2.6	Alcançar 100% de Unidades de Saúde realizando ações estratégicas de aleitamento materno e alimentação saudável para a primeira infância	Número de UBS realizando ações estratégicas de aleitamento e alimentação saudável para a primeira infância	0	2021	Número	29	Número	6	7	8	8
2.2.7	Monitorar 100% das gestantes notificadas com doenças de transmissão vertical	Percentual de gestantes monitoradas notificadas com doenças de transmissão vertical	202	2019	Número	100	Percentual	100	100	100	100
2.2.8	Manter o percentual de gravidez na adolescência ≤ 9,5%, na faixa etária de 10 a 19 anos	Percentual de gravidez em adolescentes de 10 a 19 anos de idade	9,84	2019	Percentual	9,5	Percentual	9,5	9,5	9,5	9,5
2.2.9	Realizar exame de rastreamento do câncer de mama, no mínimo, de 35% da população alvo feminina de 50 a 69 anos anualmente	Percentual de exames de rastreamento do câncer de mama realizados na população feminina de 50 a 69 anos	26,57	2020	Percentual	35	Percentual	35	35	35	35
2.2.10	Realizar exame de rastreamento do câncer de colo de útero, no mínimo, de 40% da população alvo feminina de 25 a 64 anos anualmente	Percentual de exames de rastreamento do câncer de colo de útero realizados na população alvo feminina de 25 a 64 anos	25,42	2020	Percentual	40	Percentual	40	40	40	40

OBJETIVO Nº 2.3 - Fortalecer a rede de atenção psicossocial para qualificar a atenção às pessoas em sofrimento psíquico, transtorno mental grave e uso abusivo de álcool e outras drogas

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.3.1	Realizar, por quadrimestre, 120 ações de matriciamento pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas Unidades de Saúde	Número de ações de matriciamento realizadas pelos CAPS por ano	251	2020	Número	360	Número	360	360	360	360

2.3.2	Garantir atendimento psicológico nas 29 UBS e 04 CAPS	Número de UBS e CAPS com atendimento de psicologia	27	2020	Número	33	Número	33	33	33	33
2.3.3	Implantar as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas redes de serviços de saúde de Vitória(UBS e CAPS)	Número de UBS e CAPS com as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial implantada	0	2020	Número	33	Número	8	8	8	9

OBJETIVO Nº 2.4 - Qualificar a Vigilância em Saúde, com ênfase em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.4.1	Publicar o código de vigilância em saúde	Código de vigilância em saúde publicado	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
2.4.2	Aumentar em 5%, em relação ao ano anterior, a notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho	Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho	383	2020	Número	465	Número	402	422	443	465
2.4.3	Investigar 100% das notificações dos acidentes de trabalho (AT) típico, fatais e com amputações, exceto os ocorridos no trânsito	Percentual de acidentes de trabalho (AT) típico, fatais e com amputações investigadas no município de Vitória, exceto os ocorridos no trânsito	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.4.4	Ampliar a taxa de detecção de casos novos de hanseníase em 1,5% em relação ao ano de 2020	Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes	4,2	2020	Taxa	4,26	Taxa	4,21	4,23	4,24	4,26
2.4.5	Reduzir para menos de 5% o percentual de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos no ano de avaliação	Proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico	5	2020	Proporção	5	Proporção	5	5	5	5
2.4.6	Alcançar o percentual de 82% no número de contatos examinados de casos novos de hanseníase	Percentual de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados	65,4	2020	Percentual	82	Percentual	82	82	82	82
2.4.7	Ampliar para 70% o percentual de contatos examinados entre os casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Percentual de contatos examinados entre os casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	50	2020	Percentual	70	Percentual	70	70	70	70

2.4.8	Ampliar para 40% o número de exames de escarro realizados em relação aos sintomáticos respiratórios estimados	Percentual de exames de escarro realizados em relação aos sintomáticos respiratórios estimados	21	2020	Percentual	40	Percentual	25	30	35	40
2.4.9	Reduzir o número de casos de sífilis congênita em 10% ao ano	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano	26	2019	Número	17	Número	23	21	19	17
2.4.10	Realizar vistorias quinzenais em 90% dos Pontos Estratégicos (PE) cadastrados para controle do Aedes aegypti	Percentual de PE vistoriados quinzenalmente para controle do Aedes aegypti	80,82	2019	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90
2.4.11	Realizar bloqueio de transmissão em 80% dos casos de esporotricose felina	Percentual de casos de esporotricose felina trabalhados em ações de bloqueio de transmissão	0	2020	Percentual	80	Percentual	60	70	80	80
2.4.12	Encerrar oportunamente pelo menos 80% das fichas de notificação de animais agressores (cães e gatos) passíveis de observação	Percentual de fichas de notificação de animais agressores (cães e gatos) passíveis de observação encerrados oportunamente	66,76	2019	Percentual	80	Percentual	80	80	80	80
2.4.13	Manter 100% das coletas dos pontos estratégicos para realizar a vigilância da qualidade da água de consumo humano	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.4.14	Alcançar 75% de homogeneidade de cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano de idade (pneumocócica, pentavalente-10v, poliomielite e tríplice viral)	Percentual de homogeneidade de cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano de idade alcançadas	0	2020	Percentual	75	Percentual	75	75	75	75

OBJETIVO Nº 2.5 - Viabilizar suporte diagnóstico e terapêutico seguro, eficiente e em tempo hábil

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.5.1	Garantir a oferta de exames laboratoriais de acordo com a Relação Municipal de Exames Laboratoriais (REMEL) anualmente em > 95%	Percentual dos exames laboratoriais ofertados conforme REMEL	77,78	2020	Percentual	95	Percentual	95	95	95	95

2.5.2	Garantir testagem diagnóstica oportuna para Covid-19 em 100% de casos sintomáticos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de residentes de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Percentual de testagem diagnóstica oportuna para Covid-19 em casos sintomáticos de SG e SRAG	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.5.3	Implantar o Cuidado Farmacêutico no mínimo em 50% dos serviços assistenciais da rede	Percentual de serviços assistenciais da rede com "Cuidado Farmacêutico" implantado	0	2021	Percentual	50	Percentual	10	20	35	50
2.5.4	Manter o índice de abastecimento de medicamentos de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) ≥ 93%	Percentual de abastecimento de medicamentos de acordo com a REMUME	97,64	2020	Percentual	93	Percentual	93	93	93	93

OBJETIVO Nº 2.6 - Fortalecer a educação permanente, o ensino e a pesquisa em saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.6.1	Instituir e executar o Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS)	Percentual de ações educativas do PEPS programadas e executadas ao ano	0	2021	Percentual	75	Percentual	70	70	75	75
2.6.2	Instituir a política de pesquisa inovadora em saúde na rede SEMUS	Percentual das ações executadas para instituir a política inovadora de pesquisa	0	2019	Percentual	100	Percentual	25	25	25	25
2.6.3	Realizar cursos Técnicos e de Especialização Técnica de nível médio	Número de Cursos realizados	0	2020	Número	3	Número	1	1	1	0
2.6.4	Implantar o modelo de gestão da Rede Docente-Assistencial (RDA) em 100% das Unidades de Saúde	Percentual de Unidades de Saúde com RDA implantada	0	2020	Percentual	100	Percentual	30	30	20	20

DIRETRIZ Nº 3 - 3 APERFEIÇOAMENTO E MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE

OBJETIVO Nº 3.1 - Modernizar e inovar o parque tecnológico

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.1.1	Instituir a Sala de Situação na rede SEMUS	Sala de Situação na rede SEMUS instituída	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
3.1.2	Instituir a oferta do SOE por acesso digital	Número de funcionalidades instituídas de acesso digital ao SOE	0	2020	Número	3	Número	1	1	1	0
3.1.3	Instituir Câmara Técnica de Inovação e Tecnologia em Saúde	Câmara técnica de inovação e tecnologia instituída	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
3.1.4	Adequar a infraestrutura tecnológica da Escola Técnica do SUS (ETSUS)	Adequação tecnológica implantada na ETSUS	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0

OBJETIVO Nº 3.2 - Realizar avaliação e melhoria contínua dos serviços de saúde por meio do monitoramento sistemático

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.2.1	Ampliar a pesquisa de "Avaliação dos usuários dos Serviços de Saúde" para a rede contratualizada	Pesquisa de satisfação ampliada para a rede contratualizada	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
3.2.2	Instituir Plano de Comunicação da Saúde	Plano de Comunicação da Saúde instituído	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
3.2.3	Constituir comitê gestor para Sala de Situação em Saúde da rede SEMUS	Comitê Gestor para Sala de Situação em Saúde constituído	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
3.2.4	Instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente na rede SEMUS	Programa de Segurança do paciente instituído	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0

OBJETIVO Nº 3.3 - Aperfeiçoar o modelo de gestão

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.3.1	Revisão do organograma da SEMUS	Organograma publicado	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
3.3.2	Implementar o monitoramento quadrimestral do Planejamento Estratégico Situacional (PES): Momento Estratégico e Momento Tático-Operacional anualmente	Atividade de monitoramento realizada no quadrimestre	0	2020	Número	3	Número	3	3	3	3
3.3.3	Instituir Grupo de Trabalho de Economia da Saúde voltado para ampliar a eficiência financeira pelo lado das receitas (identificação de oportunidades de captação de recursos extras) e pelo lado das despesas (gestão de custos)	Grupo de Trabalho instituído	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0

OBJETIVO Nº 3.4 - Qualificar a gestão de bens patrimoniais

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.4.1	Instituir Plano de Gestão de Bens Patrimoniais	Plano de Gestão de Bens e Patrimônio instituído	0	2020	Número	1	Número	0	0	0	1

OBJETIVO Nº 3.5 - Aprimorar a gestão de pessoas e a valorização do trabalho

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.5.1	Elaborar parâmetros municipais para o dimensionamento de servidores com base nos critérios ministeriais	Parâmetro municipal elaborado	0	2020	Número	1	Número	0	0	1	0

3.5.2	Compor o quadro de servidores por serviço, no mínimo em 80%, baseado no dimensionamento de acordo com os parâmetros municipais estabelecidos	Percentual de serviços recompostos de acordo com os parâmetros municipais	0	2020	Percentual	80	Percentual	80	80	80	80
3.5.3	Revisar em conjunto com a Mesa de Negociação e Secretaria de Gestão e Planejamento o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV)	PCCV revisado	0	2020	Número	1	Número	0	0	0	1
3.5.4	Instituir a Política de Gestão do Trabalho em Saúde	Política de Gestão do Trabalho em Saúde instituída	0	2020	Número	1	Número	0	0	0	1

OBJETIVO Nº 3.6 - Fortalecer a participação e controle social

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.6.1	Acompanhar o funcionamento de 100% dos conselhos locais de Saúde pelo conselho Municipal de Saúde	Percentual de conselhos locais de saúde acompanhados	100	2019	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.6.2	Disponibilizar capacitação para 100% dos conselheiros(as) municipais e locais de saúde em cada biênio	Percentual de conselheiros(as) capacitados	50	2019	Percentual	100	Percentual	50	50	50	50
3.6.3	Promover a participação popular e controle social em saúde fortalecendo as práticas de escuta e interlocução com os cidadãos usuários do SUS, assegurando os meios necessários e condições de participação dos conselheiros(as)	Percentual de participação dos conselheiros(as) nos eventos e atividades convidados e convocados	0	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.6.4	Implantar no mínimo 3 canais de comunicação em saúde através de tecnologias de informação e redes sociais	Número de canais de comunicação implantado	0	2020	Número	3	Número	1	1	1	0

OBJETIVO Nº 3.7 - Promover a ouvidoria como ferramenta de informação ao usuário e de aprimoramento do sistema

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.7.1	Responder 100% das demandas recebidas pela ouvidoria em até 60 dias	Percentual de respostas finalizadas dentro do prazo oportuno	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

OBJETIVO Nº 3.8 - Aprimorar a auditoria como uma ferramenta de apoio à gestão

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.8.1	Realizar 90% das auditorias ordinárias programadas	Percentual de auditoria ordinária realizadas	50	2019	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90
3.8.2	Realizar 100% das auditorias extraordinárias solicitadas	Percentual de auditoria extraordinária realizadas	100	2019	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.8.3	Monitorar 90% das auditorias realizadas	Percentual de auditoria realizadas	80	2019	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90

**ANEXO I - Territórios de saúde e os bairros correspondentes
às Regiões de Saúde, Vitória/ES, 2021.**

Continental	Bairro República	Aeroporto
		Antônio Honório
		Boa Vista
	Jabour	Jabour
		Jardim Camburi
		Jardim da Penha
	Jardim Camburi	Maria Ortiz
		Mata da Praia
		Morada de Camburi
	Jardim da Penha	Pontal de Camburi
		República
		Segurança do Lar
	Maria Ortiz	Sólon Borges

Região de Saúde	Territórios de Saúde	Bairros
Centro	Avelina/ Santa Tereza	Centro
		Do Cabral
		Do Moscoso
	Fonte Grande	Do Quadro
		Fonte Grande
		Ilha do Príncipe
	Ilha do Príncipe	Parque Moscoso
		Piedade
		Santa Clara
	Vitória	Santa Tereza
		Vila Rubim

Região de Saúde	Territórios de Saúde	Bairros
Santo Antônio	Arivaldo Favalessa	Arivaldo Favalessa
		Bela Vista
		Caratoíra
	Grande Vitória	Estrelinha
		Grande Vitória
		Inhanguetá
	Santo Antonio	Mário Cypreste
		Santo Antônio
		Universitário

Região de Saúde	Territórios de Saúde	Bairros
Maruípe	Andorinhas	Andorinhas
		Bonfim
	Bonfim	Consolação
		Da Penha
	Consolação	De Lourdes
		Gurigica
	Da Penha	Horto
		Itararé
	Itararé	Joana D'Arc
		Maruípe
	Santa Marta	Santa Cecília
		Santa Marta
	Maruípe	Santos Dumont
		São Benedito
	São Cristóvão/Tabuazeiro	São Cristóvão
		Tabuazeiro

Região de Saúde	Territórios de Saúde	Bairros
São Pedro	Conquista / Nova Palestina	COMDUSA
		Conquista
		Ilha das Caieiras
	Ilha das Caieiras	Nova Palestina
		Redenção
		Resistência
	Santo André	Santo André
		Santos Reis
	Resistência	São José
		São Pedro

Região de Saúde	Territórios de Saúde	Bairros
Forte São João	Forte São João	Barro Vermelho
		Bento Ferreira
		Cruzamento
		Enseada do Suá
	Ilha de Santa Maria	Forte São João
		Fradinhos
		Ilha de Monte Belo
		Ilha de Santa Maria
		Ilha do Boi
	Jesus de Nazareth	Ilha do Frade
		Jesus de Nazareth
		Jucutuquara
		Nazareth
	Praia do Suá	Praia do Canto
		Praia do Suá
		Romão
	Santa Luiza	Santa Helena
		Santa Lúcia
		Santa Luiza

SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (ARTS. 196 - 200)

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

TÍTULO VIII DA ORDEM SOCIAL CAPÍTULO I DISPOSIÇÃO GERAL

 Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

Parágrafo único. O Estado exercerá a função de planejamento das políticas sociais, assegurada, na forma da lei, a participação da sociedade nos processos de formulação, de monitoramento, de controle e de avaliação dessas políticas. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 108, de 2020\)](#)

CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

SEÇÃO II DA SAÚDE

 Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

 Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

 Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [\(Vide ADPF 672\)](#)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. [\(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

~~I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;~~ [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\) Regulamento](#)

~~I - os percentuais de que trata o § 2º;~~ [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

~~IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)~~

IV - (revogado). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

~~§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006)~~

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

 Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

 Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

~~V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;~~

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:28:06. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
AA3133E9-F43A-43EE-B537-38A373538E7E

Chamada Pública

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por intermédio do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Gerência Regional de Brasília (Nusmad/Gereb/Fiocruz Brasília) em parceria com Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (DESMAD/SAES/MS), tornam pública a CHAMADA PARA SUPERVISÃO INSTITUCIONAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS), em atendimento a Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde que visa a qualificação da RAPS.

1. OBJETO

A presente Chamada Pública tem por objeto a qualificação da atenção e da gestão dos serviços ofertados na RAPS, por meio de projetos de supervisão institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em abrangência nacional. A supervisão institucional é um dispositivo amplamente reconhecido e aplicado nos CAPS e considerada uma estratégia de fortalecimento, qualificação e difusão de práticas de cuidado democráticas pautadas nos princípios dos Direitos Humanos, da desinstitucionalização e do cuidado em liberdade, inclusivas e responsivas às necessidades de saúde mental da população em geral, considerando as especificidades e as ações voltadas à população negra, quilombola, povos indígenas, LGBTQIAPN+, população ribeirinha, do campo, da floresta, das águas, pessoas em situação de rua, vítimas de violência institucional, pessoas com deficiência e outros grupos vulnerabilizados.

2. OBJETIVO

Selecionar projetos de supervisão institucional voltados para a qualificação das práticas de cuidados orientadas pelas políticas públicas de saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro que são desenvolvidas pelas equipes dos CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Para os efeitos desta Chamada Pública, entende-se por:

3.1.1 **Supervisão institucional:** Tempo/espaco de diálogo para a qualificação da atenção e cuidado ofertados nos CAPS. A Supervisão Institucional configura-se como um espaço de discussão com a equipe do CAPS, abrangendo os projetos terapêuticos singulares, o projeto técnico do serviço, as articulações com o território em que o CAPS está inserido, os processos de gestão desenvolvidos pela coordenação do serviço e a clínica desenvolvida pela equipe técnica. Em suma a Supervisão Institucional é um conjunto de ações de apoio que visa

qualificar e instrumentalizar os profissionais dos serviços para superar os desafios na oferta de cuidado no cotidiano. (Portaria nº 1.174, de 07 DE JULHO DE 2005, Art. 3)

3.1.2 O(A) supervisor(a) institucional: Profissional de saúde mental com comprovada habilitação teórica e prática, externo à equipe do serviço, sem vínculo com a gestão ou posição hierárquica sobre os profissionais do CAPS que exerce atividades de apoio, discussão e acompanhamento do trabalho realizado pela equipe, do projeto técnico do serviço, dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, das questões institucionais e de gestão do CAPS entre outras questões relevantes para a qualidade da atenção ofertada. É um profissional que contribui ao oferecer novas perspectivas e reflexões à equipe, apoiando a própria equipe a realizar redirecionamentos de suas ações usando o processo de análise e discussão como disparador das mudanças que podem levar à qualificação do processo de trabalho (Portaria nº 1.174, de 07 DE JULHO DE 2005, Art. 3). Na presente Chamada, a supervisão institucional será realizada por pessoa indicada pela equipe do CAPS que deverá participar da elaboração do projeto (item 4) via bolsa extensão concedida pela Fiotec.

3.1.3 Territorialidades: Projetos que estejam localizados nos CAPS em regiões urbanas, periféricas e/ou assentamentos, que atendam à população em geral, especialmente à população negra, quilombola, povos indígenas, LGBTQIAPN+, população ribeirinha, do campo, da floresta, das águas, pessoas em situação de rua, vítimas de violência institucional, pessoas com deficiência e outros grupos vulnerabilizados.

3.1.4 Rede intersetorial: Um conjunto de instituições interconectadas, públicas e da sociedade civil organizada, que trabalha de forma colaborativa para atingir objetivos comuns.

4. PROJETOS

4.1 Os projetos de supervisão institucional:

4.1.1 Deverão ser elaborados, necessariamente, pela equipe técnica do CAPS em conjunto com a pessoa indicada para ser supervisor(a) (Anexo B).

4.1.2 Deverão estar alinhados aos critérios descritos no item 4.2.

4.1.3 Deverão ser submetidos no link (item 6.1) pela pessoa gestora responsável pela Saúde Mental ou equivalente da Secretaria de Saúde do Município ou estado (somente nos casos dos CAPS com habilitação estadual).

4.2 Os projetos apresentados deverão necessariamente:

4.2.1 Estar em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2.2 Considerar as diretrizes da Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

4.2.3 Apoiar a reorganização e o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas fundamentada nos princípios dos Direitos Humanos, da desinstitucionalização e da atenção em rede.

4.3 Para que a organização do trabalho ocorra de forma orgânica e promova as mudanças necessárias à qualificação da atenção à saúde mental da população, em uma perspectiva integral e resolutiva, é necessário que os projetos fomentem:

4.3.1 A construção, junto às equipes, de estratégias de acolhimento, ampliação do acesso com portas de entrada abertas ao território;

4.3.2 Atenção adequada às situações de crise em todos os pontos da Rede, com acompanhamento corresponsabilizado durante as internações, se necessárias;

4.3.3 Criação de estratégias de busca ativa e acolhimento com abordagem dos usuários nos locais de permanência e consumo de álcool e drogas, com base em mapeamento de situações de risco, vulnerabilidade e dinâmica de consumo;

4.3.4 A construção de estratégias para a inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários, incluindo na supervisão parceiros intersetoriais;

4.3.5 A construção de redes de apoio social e comunitárias, bem como a articulação com o controle social e a proteção social;

4.3.6 Ações voltadas à promoção e desenvolvimento sociocultural do território para um tecido social solidário e proativo;

4.3.7 O desenvolvimento de ações de redução de danos;

4.3.8 O apoio ao desenvolvimento de tecnologias inovadoras.

4.4 Esta proposta está ancorada nos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004), que apresenta como diretriz basilar o desenvolvimento de ações educativas a partir da problematização da realidade de trabalho no território, com vistas a promover a reflexão crítica e ensinar uma aprendizagem significativa e propositiva para a qualificação e mudança de práticas.

4.5 As atividades de supervisão serão planejadas e realizadas de forma a considerar a realidade de trabalho nos territórios, buscando a aplicação desses saberes na qualificação dos processos de trabalho de maneira a apoiar os gestores do serviço e as equipes de saúde mental.

4.6 A estratégia da supervisão deverá adotar metodologias que estimulem a construção de processos pedagógicos horizontais, dialógicos e participativos e que propiciem a integração, inclusão, empoderamento, colaboração e autonomia junto aos trabalhadores, usuários e seus familiares.

4.7 A supervisão deve ser desenvolvida obrigatoriamente junto às equipes dos CAPS.

5. VALORES E NÚMEROS DE PROJETOS APOIADOS

5.1 A presente chamada pública disponibilizará o montante de R\$ 7.512,000,00 (sete milhões e quinhentos e doze mil reais) para contratação de bolsistas pela FIOTEC no âmbito do TED 116/2024.

5.2 Serão contemplados 313 (trezentos e treze) projetos para CAPS das cinco regiões do País em todas das 27 (vinte e sete) Unidades Federativas.

5.2.1 Planilha de Custos prevista para o financiamento das bolsas:

FUNÇÃO	QUANTIDADE	MESES	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
Supervisor/a institucional	313 bolsas	06	R\$ 4.000,00	R\$ 7.512.000,00

5.2.2 Dada especificidade organizativa da RAPS do Distrito Federal (DF) serão selecionados(as) Supervisores(as) Temáticos para desenvolverem projetos que envolvam ações específicas na RAPS de acordo com o plano de ação (item 5 Anexo B).

5.3 Os projetos contemplados nesta Chamada poderão ser renovados por mais 6 (seis) meses, conforme recurso previsto no TED 116/2024 do objeto da presente chamada pública.

5.4 A distribuição de vagas respeitará a Portaria GM/MS Nº 5.801, de 28 de novembro de 2024, do Ministério da Saúde, que Institui o Programa de Ações Afirmativas, observando o seguinte quantitativo:

- I - Reserva de no mínimo de 30% (trinta por cento) das vagas para pessoas autodeclaradas negras;
- II - Reserva de no mínimo de 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas indígenas;
- III - Reserva de no mínimo 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas quilombolas;
- IV - Reserva de no mínimo de 10% (dez por cento) das vagas para pessoas com deficiência; e
- V - Reserva de no mínimo 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas trans.

5.4.1 Planilha de distribuição de vagas de projetos por região:

REGIÃO	NÚMERO DE UF	CAPS POR REGIÃO	PESSOAS NEGRAS 30%	PESSOAS INDÍGENAS 5%	PESSOAS QUILOMBOLAS 5%	PESSOAS COM DEFICIÊNCIA 10%	PESSOAS TRANS 5%	AMPLA CONCORRÊNCIA 45%	NÚMERO TOTAL DE VAGAS
NORTE	7	204	8	1	1	3	1	11	25
NORDESTE	9	1019	32	5	5	11	5	47	105
CENTRO OESTE	4	183	6	1	1	2	1	9	20
SUDESTE	4	1119	34	6	6	11	6	51	114
SUL	3	494	14	3	3	5	3	21	49
TOTAL	27	3019	94	16	16	32	16	139	313

5.5 O valor da bolsa será de R\$4.000,00 (quatro mil reais) por mês por projeto, durante um período de 6 (seis) meses. Vale ressaltar que um mesmo supervisor pode assumir no máximo 2 projetos a depender da sua disponibilidade e respeitando os critérios da Fiotec.

5.6 A supervisão institucional deve acontecer semanalmente, de forma sistemática e presencial, em horário estabelecido junto à equipe do CAPS, feita por profissional com formação e/ou experiência comprovada na área de saúde mental, álcool e outras drogas (externo ao quadro de servidores do CAPS e da gestão municipal ou estadual).

5.7 O Termo de concessão de bolsa é documento indispensável para a implementação da bolsa das pessoas supervisoras, sendo concedida na modalidade de extensão, por meio da Fiotec.

6. DA INSCRIÇÃO E SUBMISSÃO DOS PROJETOS

6.1 As inscrições para a Chamada para Supervisão Institucional da RAPS serão feitas através de formulário eletrônico, disponível no endereço <https://ead.efg.fiocruz.br/inscricao/442> no período de 09.05.2025 a 01.06.2025.

6.2 O formulário de inscrição deverá ser preenchido por uma pessoa gestora responsável pela Saúde Mental ou equivalente da Secretaria de Saúde do Município ou estado (somente nos casos dos CAPS com habilitação/gestão estadual), devendo ser resultante de um processo coletivo de construção do projeto de supervisão institucional. Para o preenchimento do formulário, é necessário ter disponível:

6.2.1 Carta de Anuência do(a) Secretário(a) de Saúde (Anexo A);

6.2.2 Arquivo eletrônico em PDF com o Projeto de Supervisão Institucional de acordo com o roteiro (Anexo B);

6.2.3 Arquivo eletrônico em PDF contendo o currículo e texto do(a) supervisor(a) em resposta ao Anexo C.

6.2.4 Para validação da indicação da pessoa supervisora pelo projeto é necessário o envio dos seguintes documentos:

6.2.4.1 Documento oficial de identidade com foto em que conste o campo naturalidade (frente e verso na mesma folha). São considerados documentos oficiais de identidades as carteiras expedidas pelos Comandos Militares, pelas Secretarias de Segurança, pelos Corpos de Bombeiros, pelas Polícias Militares, pelos órgãos Fiscalizadores de exercício profissional (Ordens, Conselhos etc.), Carteira de Identidade/Registro Geral (RG), Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), Certificado Militar, Carteira Nacional de Habilitação (CNH) com foto, Passaporte

Carteiras expedidas por órgão público que por Lei Federal valem como identidade oficial;

6.2.4.2 CPF (frente e verso na mesma folha). Dispensado caso conste o número na carteira de identidade;

6.2.4.3 Diploma de graduação (frente e verso em um único arquivo);

6.2.4.4 Currículo Lattes (CNPq) - Só será aceito o formato de currículo cadastrado na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), digitalizado em formato PDF;

6.2.4.5 Envio da documentação comprobatória de análise de currículo, conforme consta no Anexo H.

6.2.5 Os proponentes optantes pelas vagas destinadas às ações afirmativas, previstas no item 5.3 desta Chamada Pública, também deverão apresentar, devidamente preenchido, o Formulário de Declaração - Pessoas com Deficiência (PcD) (Anexo D), Formulário de Autodeclaração - Pessoas Negras (Pretas e Pardas) (Anexo E), Formulário de Autodeclaração - Pessoas Indígenas (Anexo E), Formulário de Autodeclaração - Pessoas Quilombolas (Anexo E) ou Formulário de Autodeclaração - Pessoas de identidade Trans (Anexo F).

6.2.5.1 Somente poderão concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas as pessoas candidatas que se declararem pessoas com deficiência, os(as) candidatos(as) que se autodeclararem pessoas negras (pretas e pardas), indígenas, quilombolas e pessoas de identidade trans devendo, no ato da inscrição, apresentarem toda a documentação necessária ao processo seletivo e os formulários próprios preenchidos.

6.2.6 Todos os documentos deverão estar no formato PDF, com no máximo 5MB e serem legíveis.

6.3 É necessário preencher um formulário eletrônico para cada projeto de supervisão participante da chamada pública e as inscrições se darão exclusivamente através deste dispositivo.

6.3.1 Deverá ser submetido um projeto por cada CAPS participante;

6.3.2 O município poderá enviar projeto(s) para um ou mais CAPS de sua rede, desde que este(s) esteja(m) habilitado(s) pelo Ministério da Saúde, conforme tabela do item 6.5.1.

6.4 Os projetos cujos arquivos não forem anexados adequadamente no sistema serão desclassificados.

6.5 Serão aceitos projetos de CAPS habilitados pelo Ministério Saúde, conforme tabela abaixo:

6.5.1 Tabela dos CAPS habilitados pelo Ministério Saúde:

Região	População Estimada (IBGE 2024)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS _i	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	Total	Supervisor/a
NORTE	18.669.345	130	34	8	11	12	9	0	204	25
AC	880.631	6	2	0	0	0	1	0	9	2
AM	4.281.209	17	4	2	2	2	1	0	28	3
AP	802.837	4	0	0	2	1	1	0	8	2
PA	8.664.306	71	17	5	5	7	1	0	106	12
RO	1.746.227	14	5	0	1	1	0	0	21	2
RR	716.793	8	1	1	0	0	1	0	11	2
TO	1.577.342	10	5	0	1	1	4	0	21	2
NORDESTE	57.112.096	648	150	31	66	81	43	0	1.019	105
AL	3.220.104	55	6	0	1	2	3	0	67	7
BA	14.850.513	202	35	5	12	18	6	0	278	29
CE	9.233.656	80	33	4	15	22	6	0	160	16
MA	7.010.960	57	17	4	4	7	0	0	89	9
PB	4.145.040	74	8	5	12	5	12	0	116	12
PE	9.539.029	86	24	8	14	12	7	0	151	15
PI	3.375.646	43	11	1	3	7	2	0	67	7
RN	3.446.071	22	11	1	3	6	4	0	47	5
SE	2.291.077	29	5	3	2	2	3	0	44	5
CENTRO-OESTE	17.071.595	103	28	9	15	19	8	1	183	20
DF	2.982.818	0	3	1	3	4	3	0	14	2
GO	7.350.483	51	17	3	4	7	3	0	85	9
MT	2.901.895	19	5	4	4	3	2	1	38	4
MS	3.836.399	33	3	1	4	5	0	0	46	5
SUDESTE	88.617.693	405	230	88	172	155	68	1	1.119	114
ES	4.102.129	15	9	1	4	5	1	0	35	4
MG	21.322.691	202	63	21	46	41	28	1	402	40
RJ	17.219.679	46	47	13	35	24	8	0	173	19
SP	45.973.194	142	111	53	87	85	31	0	509	51
SUL	31.113.021	236	86	10	60	71	30	1	494	49
PR	11.824.665	73	26	6	16	25	11	0	157	15
RS	11.229.915	92	44	2	33	33	17	1	222	22
SC	8.058.441	71	16	2	11	13	2	0	115	12
BRASIL	212.583.750	1.522	528	146	324	338	158	3	3.019	313

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil, Dez 2024.

6.5.2 A distribuição das vagas por região e estado na tabela 6.5.1 foi definida a partir dos seguintes critérios de forma combinada:

6.5.2.1 Garantir ao menos dois supervisores por Unidade Federativa;

6.5.2.2 Número de CAPS por estados e DF habilitado junto ao Ministério da Saúde, considerando na sua distribuição a proporcionalidade ao total de CAPS/Brasil¹;

6.5.2.3 Indicador de CAPS/100 mil habitantes.

6.5.3 Os projetos que apresentarem propostas para CAPS não habilitados pelo Ministério Saúde, serão desclassificados.

6.6 A carta de anuência (Anexo A) deverá ser assinada pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, dando anuência à execução do projeto em seu município e, ainda, **afirmando seu apoio na execução e atestando ciência quanto à capacidade técnica e à disponibilidade do(a) supervisor(a) indicado para bolsista extensão para desempenhar as atividades previstas.**

6.7 A pessoa proponente, gestora responsável pela Saúde Mental ou equivalente da Secretaria de Saúde do Município ou estado (somente nos casos dos CAPS com habilitação estadual), deverá apresentar o(s) Projeto(s) de Supervisão Institucional conforme modelo disponível no Anexo B. Os projetos deverão demonstrar qualidade técnica e proposta de supervisão institucional voltada para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no território em articulação com a Atenção Primária Saúde e outros dispositivos da RAPS.

6.8 A pessoa proponente também deverá submeter o currículo do(a) supervisor(a), conforme modelo disponível no Anexo C, que deverá ser um(a) profissional com formação e experiência comprovada na área de saúde mental, álcool e outras drogas, além de submeter um texto do(a) supervisor(a) em resposta ao Anexo C da Chamada para Supervisão Institucional - Currículo Resumido Do Supervisor.

6.9 Após a finalização da inscrição, o(a) proponente receberá um e-mail com o número de inscrição para acompanhamento da seleção desta Chamada Pública.

7. DA AVALIAÇÃO E DA SELEÇÃO DOS PROJETOS

7.1 Os projetos serão analisados por uma Comissão de Seleção constituída por equipe técnica do NUSMAD e do DESMAD, que fará a validação dos documentos enviados e a avaliação dos projetos a partir de critérios que objetivam fortalecer e qualificar as ações, serviços e redes voltados para a atenção integral aos usuários de saúde mental, álcool e outras drogas e serão aprovados aqueles que obtiverem maior pontuação seguindo os critérios estabelecidos em cada uma das fases.

7.2 A seleção dos Projetos será composta por 02 (duas) fases: **eliminatória e classificatória.**

¹ Saúde Mental em Dados - Edição nº 13. Tabela 03 – Centros de Atenção Psicossocial por Tipo, por UF e por Indicador de CAPS por 100 mil habitantes (Brasil, 2013-2017). Disponível em: https://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_tema.jsp?cd_tema=48&id_publicacao=38933. Documento assinado digitalmente conforme art. 48 II da Lei 14.063/2020.

7.3 Fase 1: Eliminatória

7.3.1 Os projetos que não apresentarem pendências quanto aos documentos exigidos no item 6, serão selecionados para a Fase 2.

7.3.2 O projeto que apresentar divergência em relação aos documentos exigidos na inscrição, conforme disposto no item 6, será eliminado.

7.4 Fase 2: Classificatória

7.4.1 A avaliação, nesta fase, consistirá em **duas etapas**:

7.4.1.1 Avaliação dos Projetos

7.4.1.1.1 A avaliação dos projetos consistirá na atribuição de uma nota de 0 (zero) a 26,0 (vinte e seis pontos) em relação aos projetos de acordo com os critérios descritos:

- Estrutura do Projeto (0 a 5 pontos);
- Plano de Ação (0 a 15 pontos);
- Coerência com a legislação (0 a 2 pontos);
- Território e a Rede de Atenção Psicossocial (0 a 4 pontos).

7.4.1.1.2 A pontuação de cada critério está disponibilizada no Anexo G - QUADRO DE ANÁLISE DO PROJETO DE SUPERVISÃO INSTITUCIONAL.

7.4.1.1.3 Os projetos que não apresentarem no mínimo 50% da pontuação serão eliminados.

7.4.1.1.4 Os projetos que obtiverem pontuação igual ou superior a 50% serão submetidos à próxima etapa.

7.4.1.1.5 Os critérios dos subitens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.1.4 se aplicam, também, às vagas destinadas às ações afirmativas.

7.4.1.2 Avaliação do currículo do(a) supervisor(a)

7.4.1.2.1 A avaliação, nesta etapa, consistirá na atribuição de uma nota de 0,0 (zero) a 24,0 (vinte e quatro pontos) em relação aos projetos de acordo com os critérios descritos:

- Formação acadêmica (0 a 6 pontos);
- Atividades profissionais (0 a 10 pontos);
- Produção técnico-científica (0 a 2 pontos);
- Participação em eventos (0 a 1 ponto);
- Análise textual em resposta ao item 6 do Anexo C (0 a 5 pontos).

7.4.1.2.2 A pontuação de cada critério está disponibilizada no Anexo H - QUADRO DE ANÁLISE DE CURRÍCULO DO(A) SUPERVISOR(A) INSTITUCIONAL.

7.4.1.2.3 Os currículos que obtiverem pontuação igual ou superior a 50% serão submetidos à próxima etapa.

7.4.1.2.4 Na hipótese de o currículo avaliado não alcançar 50% de pontuação, segundo os critérios descritos no Anexo H, o projeto será eliminado.

7.4.1.2.5 Os critérios dos subitens 7.4.1.2.3 e 7.4.1.2.4 se aplicam, também, às vagas destinadas às ações afirmativas.

7.4.2 As etapas Avaliação do Projeto e Avaliação do Currículo do(a) Supervisor(a) terão nota máxima de 50 (cinquenta) pontos, sendo a pontuação calculada pela soma das duas etapas.

7.5 Serão selecionados os projetos que obtiverem a maior pontuação na somatória das duas etapas da Fase 2 – Classificatória, conforme distribuição de vagas disposta no item 5.3.1.

7.5.1 Na hipótese de não haver número suficiente de projetos aprovados com pessoas candidatas para ocupar as vagas reservadas para algum dos 5 (cinco) grupos (pessoas negras, pessoas indígenas, pessoas quilombolas, pessoas com deficiência e pessoas de identidade trans) das ações afirmativas, as vagas remanescentes não preenchidas do grupo concorrente serão revertidas para os demais grupos, desde que haja projetos classificados com pessoas candidatas aptas a assumi-las.

7.5.2 O remanejamento de vagas de projetos atendendo à reserva de vagas destinadas às ações afirmativas não preenchidas ocorrerá ao final do processo seletivo e obedecerá ao critério de priorizar dentre os 5 (cinco) grupos (pessoas negras, pessoas indígenas, pessoas quilombolas, pessoas com deficiência, e pessoas de identidade trans) aquele que expresse a menor razão entre o número de projetos inscritos com pessoas candidatas inscritas na Chamada em questão e o número de vagas disponíveis.

7.5.3 Após o remanejamento assinalado no item acima, caso não haja projetos aprovados indicando pessoa candidata para nenhuma das vagas do segmento das ações afirmativas, ela será convertida para a ampla concorrência.

7.6 Não serão aceitos projetos apresentados por: (i) partidos políticos ou grupos político-partidários; (ii) empresas públicas ou privadas; (iii) indivíduos ou microempresas individuais; (iv) organizações que não estejam constituídas no Brasil, de acordo com a legislação brasileira; (v) organizações governamentais; (vi) organizações internacionais e suas sedes locais; (vii) universidades e instituições de ensino e (viii) proponentes que não respeitem e fomentem os Direitos Humanos.

7.7 Em caso de empate, serão considerados critérios para desempate, na seguinte ordem:

7.7.1 Serão priorizados os municípios que estão em processos de desinstitucionalização;

7.7.2 Serão priorizados os CAPS que não têm, ou que não tiveram em momentos anteriores, Supervisores Institucionais.

7.8 Caso alguma unidade federativa não apresente a submissão de projetos para esta chamada, a vaga será redirecionada a outra unidade na mesma região respeitando o critério de menor indicador de CAPS/100 mil habitantes.

8. DURAÇÃO DO PROJETO

8.1 O projeto terá duração de 6 (seis) meses. A concessão de bolsa do(a) supervisor(a) será firmada pelo período máximo de 6 meses, podendo ser prorrogada por igual período, mediante justificativa do Coordenador da Fiocruz, observada a vigência do Projeto e disponibilidade orçamentária, conforme item 5.3.

8.2 Em caso de desistência do município e/ou do supervisor, ou outras alterações na execução dos projetos selecionados, caberá a Fiocruz e o DESMAD arbitrar sobre condução do andamento do projeto junto ao município.

8.3 Serão selecionados projetos para cadastro reserva, 10% do total (30 projetos) de acordo com a distribuição de vagas por região (item 5.3).

8.4 As propostas que comporão o cadastro reserva poderão ser convocadas nas seguintes situações:

8.4.1 Para substituir outro projeto inicialmente selecionado quando houver desistência por parte do proponente e/ou do supervisor, observando-se a ordem de classificação;

8.4.2 Caso sejam aportados recursos extras para investimento no objeto da presente chamada pública.

9. CRONOGRAMA DA CHAMADA PÚBLICA

Lançamento da Chamada Pública	09/05/2025
Inscrições online	09/05/2025 a 01/06/2025
Divulgação do resultado – Fase 1	09/06/2025
Prazo de submissão do recurso online – Fase 1	10 a 11/06/2025
Divulgação do resultado da análise dos recursos apresentados para a Fase 1	16/06/2025
Divulgação do resultado final – Fase 1	16/06/2025
Divulgação do resultado final – Fase 2	07/07/2025
Prazo de submissão do recurso online – Fase 2	08 a 09/07/2025
Divulgação do resultado da análise dos recursos apresentados para a Fase 2	16/07/2025
Divulgação final dos projetos selecionados e do cadastro reserva	16/07/2025

10. DOS RECURSOS E DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

10.1 Os projetos selecionados serão divulgados na data prevista no cronograma (item 9), no site da Fiocruz Brasília <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/>, disposto em ordem decrescente de nota, por número de inscrição.

10.2 A partir da divulgação dos resultados, os proponentes poderão apresentar recursos para a Fase 1, no período de 10.06.2025 a 11.06.2025 até as 23h59min.

10.2.1 Este recurso deverá ser encaminhado online, via formulário eletrônico, disponibilizado no link <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/>, tendo por base os critérios enumerados no item 6 desta Chamada Pública

10.3 A partir da divulgação dos resultados da Fase 2, os proponentes poderão apresentar recursos, no período de 08.07.2025 a 09.07.2025 até as 23h59min.

10.3.1 Este recurso deverá ser encaminhado online, via formulário eletrônico, disponibilizado no link <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/>, tendo por base os critérios enumerados no item 6 desta Chamada Pública

10.4 O resultado final será divulgado no site da Fiocruz/Brasília <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/> no dia 16.07.2025.

10.5 Os proponentes que tiverem seus projetos aprovados e selecionados, bem como os(as) supervisores(as) indicados(as), serão contatados por e-mail e/ou por telefone cadastrados nas inscrições para início do processo de execução do projeto.

11. ACOMPANHAMENTO DOS PROJETOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS

11.1 O NUSMAD e o DESMAD constituirão a equipe técnica para o acompanhamento dos projetos aprovados, por meio de equipe de supervisores regionais, entrega de relatórios, revisão de materiais, reuniões virtuais e outros mecanismos que viabilizem a troca de experiência e conhecimento.

11.2 Os bolsistas dos projetos contemplados deverão submeter relatórios parciais, técnicos e narrativos com periodicidade trimestrais, que serão acompanhados por equipe técnica do NUSMAD em parceria com DESMAD observando modelo a ser fornecido pela Fiotec posteriormente.

11.3 Ao final da execução do projeto, cada pessoa supervisora deve apresentar um relatório final, anexando fotos, vídeos e outros elementos que permitam verificar a execução da ação, seu alcance e resultados.

12. DIREITOS PATRIMONIAIS

12.1 Qualquer produto ou estudo desenvolvido no âmbito da presente parceria, observará, se for o caso, o disposto na Portaria da Presidência da Fiocruz nº 1.286/2018-PR.

13. CASOS OMISSOS

13.1 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Seleção.

14. DÚVIDAS

14.1 As dúvidas acerca da Chamada Publica deverão ser encaminhadas e serão respondidas pelo e-mail: nusmad@fiocruz.br até o dia 26/05/2025.

ANEXO A

Carta de Anuência do Gestor

Eu, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, (SIAPE/CPF), (Cargo) estou ciente e aprovo participação do município XXXXXXXXXX na seleção do projeto de Supervisão Institucional no CAPS xxxxxxxxxxxxxxxx. Me comprometo em apoiar a execução do projeto e qualificar a oferta do serviço. Afirmo, ainda, que reconheço a capacidade técnica do/a supervisor/a indicado para bolsista extensão e que me certifiquei de que ele/ela tem a disponibilidade para desempenhar as atividades previstas como supervisor/a institucional.

Município, xxx de xxxxxxxx de xxxx

Assinatura e carimbo do(a) Secretário(a) Municipal/Estadual de Saúde

ANEXO B

ROTEIRO PARA APRESENTAÇÃO DE PROJETOS

1. Identificação

- a. Nome do CAPS do projeto de Supervisão Institucional (CNES, endereço completo, telefone, fax, e-mail)
- b. Secretaria Municipal da Saúde do estado X (endereço, telefone, fax, e-mail)
- c. Secretário(a) Municipal de Saúde (nome)
- d. Coordenador(a) de Saúde Mental do município (nome, telefone, fax, e-mail)
- e. Coordenador(a) do CAPS de referência (nome, telefone, fax, e-mail)
- f. Território adscrito incluindo os serviços da RAPS
- g. N° de PTS ativos
- h. RAPS do Município (incluir e indicar serviços que estão habilitados e os que não estão habilitados e ano de implantação de cada um)
- i. Estão em processo de desinstitucionalização? Se sim, indicar os serviços que estão sendo fechados.
- j. Fazem articulação intra e intersetorial?

2. Justificativa

Fundamentar a pertinência e relevância do projeto para a qualificação do trabalho da rede de atenção psicossocial no cuidado aos usuários de saúde mental álcool e outras drogas, apontando de maneira objetiva (máximo uma página):

- a. As necessidades do município, dos serviços e da rede intersetorial;
- b. Os benefícios para o atendimento e para a rede;
- c. Vulnerabilidades do território;
- d. População da área de abrangência do projeto;
- e. Número e identificação dos serviços que compõem a RAPS;
- f. Ações intra e intersetoriais que acontecem no âmbito da RAPS que serão contempladas nesse projeto.

A redação deve dar ênfase em aspectos qualitativos e quantitativos, evitando-se dissertações genéricas sobre o tema.

3. Objetivos

Definir com nitidez o que se pretende alcançar com o projeto de supervisão institucional.

4. Metas/atividades/resultados esperados

Indicar e quantificar, quando possível, de modo a permitir a verificação de seu cumprimento:

- a. as metas (as metas devem dar noção da abrangência da ação a ser realizada);
- b. atividades (a forma como as ações e estratégias planejadas serão realizadas);
- c. os resultados esperados;
- d. a identificação dos beneficiários (direta ou indiretamente) do projeto.

5. Metodologia e Plano de ação

Explicar, sucintamente, como o projeto será desenvolvido em termos de:

- a. ações e atividades previstas;
- b. meios de realização;
- c. detalhamento como as diferentes etapas serão implementadas e qual a inter-relação entre elas;
- d. indicar os mecanismos de acompanhamento e avaliação do projeto a serem usados;
- e. proposta objetiva de continuidade e sustentabilidade;
- f. identificar as parcerias envolvidas;
- g. identificar onde e com quem o projeto será realizado.

6. Prazo de execução (cronograma)

Detalhar a duração do projeto e frequência das reuniões, fixando as datas estimadas para início e término (se houver) das várias ações em que se desmembrará o projeto.

7. Elaboração do projeto

Projeto foi elaborado em conjunto com a pessoa indicada para Supervisão Institucional?

() Sim () Não

Listar os responsáveis da equipe do CAPS pela elaboração do projeto:

Nome do(a) supervisor(a) institucional indicado(a):

ANEXO C

CURRÍCULO RESUMIDO DO SUPERVISOR

1. Dados Pessoais

- a. Nome
- b. CPF
- c. Endereço completo
- d. Endereço eletrônico
- e. Telefone para contato
- f. Local de trabalho
- g. Função

2. Formação Acadêmica

- a. Graduação: Curso, Instituição, UF da Instituição (ou país) e Ano de Conclusão.
- b. Cursos Inferiores a 360 horas e superiores a 20 horas, após a graduação: Nome do curso, instituição, carga horária, início e término (quatro cursos mais relevantes).
- c. Cursos de especialização na Saúde Mental ou Áreas Afins: Nome do curso, instituição, ano de conclusão (dois cursos mais relevantes).
- d. Residência em Saúde Mental: Especialidade, instituição, UF da instituição, ano de residência, data de início e de conclusão.
- e. Mestrado em Saúde Mental ou Áreas Afins: Nome do curso, instituição, ano de conclusão.
- f. Mestrado em Outra Área: Nome do curso, instituição, ano de conclusão.
- g. Doutorado em Saúde Mental ou Áreas Afins: Nome do curso, instituição, ano de conclusão.

3. Experiência Profissional

- a. Experiência profissional: instituição, tempo de exercício, funções exercidas, data de início e de conclusão (cinco experiências de maior relevância para o contexto da supervisão institucional)
- b. Atividade de docência e/ou supervisão (após a graduação): instituição, tipo de atividade, data de início e de conclusão, carga horária média mensal (três atividades de maior relevância).
- c. Experiência em relação à saúde pública e rede de atenção psicossocial.

4. Produção Acadêmica

- h. Trabalhos Apresentados: título, local da apresentação, ano (cinco apresentações de maior relevância)
- i. Trabalhos Publicados: título, nome da Revista/Livro, ano de publicação (cinco publicações mais relevantes)

5. Dados Complementares

Participação em eventos: Instituição, função exercida, ano (cinco participações mais relevantes).

6. Texto pessoal do(a) supervisor(a) indicando(a) a ser anexado no formulário eletrônico como

Autenticar documento em /autenticidade

com o identificador 3300330033003700320037003A005000. Documento assinado digitalmente conforme art. 4º II da

Lei 14.063/2020.

arquivo)

Anexar arquivo com resposta à questão:

"Por que me proponho a ser supervisor institucional do CAPS xxxxxx da RAPS do município xxxx?"

Elaborar um texto reflexivo e crítico sobre a organização do trabalho, função estratégica do serviço e sobre as estratégias pactuadas com a equipe para superar os desafios identificados. Indicar sua disponibilidade para realizar as atividades e como participou da elaboração do projeto com a equipe do CAPS (30 linhas no máximo).

7. Anexos (incluir como anexo na plataforma de inscrição um arquivo em PDF com todos os documentos comprobatórios conforme disposto no Anexo H).

ANEXO D

FORMULÁRIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - PcD

Nome do(a) requerente: (nome completo)

Data de nascimento:

Nº de Identidade:

Órgão Expedidor:

CPF:

Tipo de deficiência:

☐ Deficiência física

☐ Deficiência auditiva ☐ Deficiência visual

☐ Deficiência intelectual

☐ Transtorno do Espectro Autista

☐ Deficiência múltipla

Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular):

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para pessoas com deficiência, nos termos estabelecidos na Chamada Publica para Supervisão Institucional. DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou a não comprovação da deficiência, ficarei sujeito ao desligamento do Programa e às sanções prescritas na legislação em vigor. DECLARO concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas a ações afirmativas, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

XXXXX/XX,

de

de 2025.

Assinatura do(a) Candidato(a)

***Importante:** Este formulário deve incluir como anexo no mesmo arquivo o Laudo Médico (original ou cópia autenticada), por médico especialista na deficiência apresentada, atestando a espécie e o grau, ou nível da deficiência ou do suporte necessário, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

ANEXO E

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO

Nome:

Data de nascimento:

Identidade:

Órgão Expedidor:

CPF:

Eu, xxxxxxxxxxxx, me autodeclaro ser pessoa negra (pretas e pardas) ou indígena ou quilombola, nos termos da legislação em vigor, identificando-me como pessoa () preto, () pardo, () indígena, () quilombola e desejo concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas para pessoas negras ou indígenas ou quilombolas, nos termos estabelecidos na Chamada Pública para Supervisão Institucional. DECLARO, ainda, que as informações aqui prestadas são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de declaração falsa, ficarei sujeito ao desligamento do processo seletivo e às sanções prescritas na legislação em vigor. DECLARO concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas a ações afirmativas, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

xxxx/xx, xx de xxxxxx de 2025.

Assinatura do(a) Candidato(a)

***Importante:** No caso de pessoas indígenas, este formulário deve incluir como anexo no mesmo arquivo a cópia do Registro Administrativo de Nascimento de Indígenas (RANI) ou declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena assinada por liderança local.

***Importante:** No caso de pessoas quilombolas, este formulário deve incluir como anexo no mesmo arquivo a declaração de pertencimento emitida e assinada por liderança ou associação local, ou certificado de reconhecimento do território de pertencimento emitido pela Fundação Cultural Palmares - FCP, nos casos em que houver.

ANEXO F

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO PARA PESSOA DE IDENTIDADE TRANS: TRAVESTI, TRANSEXUAL
OU TRANSGÊNERO

Eu, xxxxxxxxx, RG xxxxxxxxx, CPF xxxxxxxxx, declaro minha identidade trans (travesti, transexual ou transgênero), com o fim específico de atender aos critérios estipulados neste Edital. Declaro ainda estar ciente que, se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito à exclusão do processo seletivo, ou, se matriculado, ao cancelamento da matrícula, e às penalidades previstas em lei. Afirmando ainda que o nome utilizado no preenchimento acima e na ficha de inscrição é aquele deve ser utilizado, mesmo que seja distinto de meu registro civil, vedando o uso de outra identificação.

xxxxxxx/xx, xx de xxxxxxxx de 2025.

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO G

QUADRO DE ANÁLISE DO PROJETO DE SUPERVISÃO INSTITUCIONAL

Estrutura do projeto	Valor unitário	Valor máximo
A identificação apresenta todos os elementos previstos pelo 'Roteiro para apresentação dos projetos' (Item 1 - Anexo B)	0,10 por subitem previsto	Até 1 ponto
A justificativa apresenta todos os itens previstos pelo 'Roteiro para apresentação dos projetos' (Item 2 - Anexo B)	0,25 por subitem previsto	Até 1 ponto
Os objetivos estão bem definidos (Item 3 - Anexo B)	Insatisfatório 0 pontos Parcialmente satisfatório 0,5 pontos Satisfatório 1 ponto	Até 1 ponto
As metas/ produtos/ resultados esperados estão bem definidos (Item 4 - Anexo B)	0,25 por item previsto	Até 1 ponto
O prazo de execução é exequível (Item 6 - Anexo B)	Insatisfatório 0 pontos Parcialmente satisfatório 0,5 pontos Satisfatório 1 ponto	Até 1 ponto
Total de pontos para Estrutura do Projeto		Até 5 pontos
Plano de Ação - Item 5 Anexo B	Valor atribuído	Valor máximo
A metodologia está bem definida	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Os meios de acompanhamento e avaliação do projeto estão bem definidos	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
O projeto apresenta proposta de continuidade e sustentabilidade	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Os parceiros estão bem identificados	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto

Há nitidez sobre qual o serviço e o público beneficiário da proposta	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Apresenta ações para apoiar a reorganização e o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas fundamentada nos princípios dos Direitos Humanos, da desinstitucionalização e do cuidado em liberdade.	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
A metodologia prevê processos pedagógicos horizontais, dialógicos e participativos.	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Há a perspectiva de trabalho com estratégias de acolhimento e ampliação do acesso.	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
É previsto trabalho com estratégias de busca ativa e acolhimento com abordagem dos usuários nos locais de permanência e consumo de álcool e drogas.	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Há a construção de estratégias para a inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários.	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Está prevista a construção de redes de apoio social e comunitárias e a articulação com o controle social e proteção social.	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto

As ações visam o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no território em articulação com a Atenção Primária Saúde e outros dispositivos da rede de urgência e de Hospitais Gerais.	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Há ações voltadas à promoção e desenvolvimento sociocultural do território.	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Estão previstas ações de redução de danos.	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
As ações visam o apoio ao desenvolvimento de tecnologias inovadoras.	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Total Plano de Ação		Até 15 pontos
Coerência com a legislação	Valor atribuído	Valor máximo
Consonância com princípios do SUS (Lei 8.080/90).	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/ 2001).	Insatisfatório - 0 pontos Parcialmente satisfatório - 0,5 ponto Satisfatório - 1 ponto	Até 1 ponto
Total de pontos para Coerência com legislações		Até 2 pontos
Território e a Rede de Atenção Psicossocial	Valor unitário	Valor máximo

CAPS em regiões urbanas, periféricas ou assentamentos, que atendam a população em geral, especialmente à população negra, quilombola, povos indígenas, LGBTQIAPN+, população ribeirinha, do campo, da floresta, das águas, pessoas em situação de rua, vítimas de violência institucional, pessoas com deficiência e outros grupos vulnerabilizados.	0,20 pontos por grupo constante	Até 1 ponto
Projetos de municípios que possuam rede de atenção em saúde mental, álcool e outras drogas compostas por dispositivos diversificados, como CAPS, Consultório de Rua, Equipes eMulti; leitos de saúde mental em hospital geral, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT	0,20 por tipologia de serviço	Até 1 ponto
Articulação de serviços sociais (ex. outro CAPS, CREAS, Ponto de Cultura, Unidade Básica de Saúde, Escola, serviço do Sistema de Justiça etc.).	0,20 ponto por serviço articulado para participação direta no projeto	Até 1 ponto
Município que esteja em processo de desinstitucionalização	Não - 0 Sim - 1	1 ponto
Total de pontos para Território e Rede de Atenção Psicossocial		4 pontos
Total Geral	Autenticar documento em /autenticidade	Até 26 pontos

ANEXO H

QUADRO DE ANÁLISE DE CURRÍCULO DO(A) SUPERVISOR(A) INSTITUCIONAL

Formação acadêmica	Valor unitário	Valor máximo	Requisitos para comprovação da Formação Acadêmica
Curso de Graduação na área da saúde	1 por curso	1 ponto	Diploma de graduação
Cursos em Saúde Mental inferiores a 360 horas e superiores a 20 horas, após a graduação	0,25 por curso	1 ponto	Declaração/certificad o expedida(o) pela instituição competente, com papel timbrado (de preferência)
Curso de Especialização em Saúde Mental ou áreas afins	1 por curso	1 ponto	Certificado de especialização expedido pela instituição competente
Residência em Saúde Mental	1 por curso	1 ponto	Certificado de residência expedido pela instituição competente
Mestrado em Saúde Mental ou áreas afins	1 por curso	1 ponto	Diploma de mestrado
Doutorado em Saúde Mental ou áreas afins	1 por curso	1 ponto	Diploma de doutorado
Total Formação Acadêmica	-	6 pontos	
Atividades profissionais	Valor unitário	Valor máximo	Requisitos para comprovação das Atividades
Experiência em Serviço do Componente da RAPS	0,50 por ano de experiência	2 pontos	Carteira profissional ou Contrato de trabalho ou Declarações de empregadores anteriores
Experiência profissional em	1 ponto a cada 10 anos de experiência	2 pontos	Carteira profissional ou Contrato de

Centros de Atenção Psicossocial			trabalho ou Declarações de empregadores anteriores
Experiência em gestão de serviço em saúde mental ou saúde pública	0,50 por ano de experiência	2 pontos	Carteira profissional ou Contrato de trabalho ou Declarações de empregadores anteriores
Atividade de docência e/ou supervisão em graduação ou pós-graduação	0,20 por ano de experiência	1 ponto	Carteira profissional ou Contrato de trabalho ou Declarações de empregadores anteriores
Experiência em atuar como supervisor/a institucional em serviço de saúde mental	0,5 por ano de experiência	Máximo 3 pontos	Carteira profissional ou Contrato de trabalho ou Declarações de empregadores anteriores
Total Atividades profissionais	-	Máximo 10 pontos	
Produção técnico-científica	Valor unitário	Valor máximo	Requisitos para comprovação da Produção Acadêmica
Trabalhos Apresentados	0,25 por trabalho apresentado	1 ponto	Certificado de participação em eventos científicos como conferencista, palestrante ou relator de trabalho ou Resumo de trabalhos publicados em anais de congresso
Trabalhos Publicados	0,25 por trabalho publicado	1 ponto	Artigo publicado em revista científica ou Autoria de capítulo de livro ou organização de livro, ou autoria de manuais/normas técnicas/ cartilhas institucionais
Total Produção técnico-científica	Autenticar documento em 3300330033003700320037003A005000, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.	2 pontos	

Participação em eventos	Valor unitário	Valor máximo	Requisitos para comprovação da Participação em eventos
Participação em eventos na área de saúde mental ou saúde pública	0,2 por evento	1 ponto	Certificado de participação em eventos como participante
Total de pontos para Participação em eventos	-	1 ponto	
Análise textual em resposta ao item 6 do Anexo C	Valor unitário	Valor máximo	
Leitura reflexiva e crítica sobre a organização do trabalho, função estratégica do serviço e sobre as estratégias pactuadas com a equipe para superar os desafios identificados.	Insatisfatório - 0 ponto Parcialmente satisfatório - 1 ponto. Satisfatório - 2 pontos	2 pontos	
Motivos que levaram à candidatura do/a supervisor/a	Insatisfatório - 0 ponto Parcialmente satisfatório - 0,75 ponto Satisfatório - 1,5 pontos	1,5 pontos	
Disponibilidade para o trabalho	0,5 ponto	0,5 ponto	
Linguagem e coerência textual	1 ponto	1 ponto	
Total de pontos para Análise textual em resposta ao item 6 do Anexo C	5 pontos	5 pontos	
Total Geral		Até 24 pontos	

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:28:34. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
B5495421-6486-4BDB-AA53-41509E2B9634

CHAMADA PÚBLICA Nº01/2025 PARA SUPERVISÃO INSTITUCIONAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**RESULTADO FINAL**

A Comissão de Seleção da chamada pública para Supervisão Institucional na Rede de Atenção Psicossocial, constituída via Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por intermédio do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Gerência Regional de Brasília (NUSMAD/Gereb/Fiocruz Brasília) em parceria com Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (DESMAD/SAES/MS), vem a público informar a todos os interessados que:

1. Em revisão sobre seus atos, procedeu a reanálise de todos os projetos e currículos para a divulgação do resultado final da **Chamada Pública nº 01/2025 após o período recursal**;
2. Os proponentes dos projetos classificados serão contatados pelo e-mail informado no ato da inscrição para início do processo de execução do projeto;
3. Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail: nusmad@fiocruz.br

Diante do exposto, a Comissão de Seleção da chamada pública para Supervisão Institucional na Rede de Atenção Psicossocial, resolve:

1. Tornar público o Resultado Final da Fase 2 da **Chamada Pública nº 01/2025**.

REGIÃO NORTE									
Nº de inscrição	Projeto	Município	UF	Nota Projeto	Nota Currículo	Nota final	Ranking	Situação	Justificativa
232347	1	Belém	PA	24,6	16,6	41,2	232347	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232259	1	Belém	PA	24,4	14	38,4	232259	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232259	2	Belém	PA	21,4	16,7	38,1	232259	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

232539	1	Abaetetuba	PA	21,4	16	37,4	232539	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232485	1	Parauapebas	PA	21,3	15	36,3	232485	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232539	2	Abaetetuba	PA	14,3	22	36,3	232539	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232195	1	Santarém	PA	18,1	13,95	32,05	232195	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232886	1	Belém	PA	13,35	17,05	30,4	232886	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233378	1	Canaã dos Carajás	PA	20,1	9,8	29,9	233378	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231874	1	Água Azul do Norte	PA	19,1	10,15	29,25	231874	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233320	3	Belém	PA	18,7	9,6	28,3	233320	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233320	1	Belém	PA	13	15	28	233320	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232659	2	Santarém	PA	20,9	6,5	27,4	232659	Classificado	Aplicação do Item 7.5 e 7.8 da Chamada
233047	1	Belém	PA	3,1	10,95	14,05	233047	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233387	2	Boa Vista	RR	24,35	11,75	36,1	233387	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233387	1	Boa Vista	RR	24	10,3	34,3	233387	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233410	1	Macapá	AP	21,2	9	30,2	233410	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

REGIÃO NORDESTE

Nº de inscrição	Projeto	Município	UF	Nota Projeto	Nota Currículo	Nota Final	Ranking	Situação	Justificativa
233438	1	São Miguel dos Campos	AL	24,4	16,75	41,15	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233327	1	Pilar	AL	22,9	16,75	39,65	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233420	2	Maceió	AL	22,5	15	37,5	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232278	1	São José da Tapera	AL	16,65	16	32,65	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233326	2	Maceió	AL	21	15	36	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

232617	1	Marechal Deodoro	AL	20	16	36	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233420	1	Maceió	AL	19,75	13	32,75	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232494	1	União dos Palmares	AL	22,3	8,45	30,75	8	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233326	1	Maceió	AL	19,2	10,8	30	9	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233420	3	Maceió	AL	21,5	6	27,5	10	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233381	1	Juazeiro	BA	25,4	11,9	37,3	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232369	1	Salvador	BA	25	12	37	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233452	1	Campo Formoso	BA	24,2	12,25	36,45	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233415	1	Sobradinho	BA	22,2	13,2	35,4	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232369	2	Salvador	BA	23,5	11,85	35,35	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232369	5	Salvador	BA	25,8	9,45	35,25	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233443	1	Itiúba	BA	24	10,9	34,9	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232300	1	Guanambi	BA	23,8	9,85	33,65	9	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233181	1	Anagé	BA	19,7	12,15	31,85	10	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232369	3	Salvador	BA	23	8,75	31,75	11	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232265	2	Salvador	BA	23,6	8,05	31,65	12	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232168	1	Salvador	BA	23,6	8	31,6	13	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233209	1	Teixeira de Freitas	BA	20,1	10,35	30,45	14	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233390	1	Camaçari	BA	17,7	10,85	28,55	15	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232369	4	Salvador	BA	19	8,25	27,25	16	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231670	1	Carinhanha	BA	15,2	9,85	25,05	17	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233405	1	Santo Amaro	BA	16,1	6,25	22,35	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.

233303	1	Dias D'Ávila	BA	12,4	8,25	20,65	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233356	2	FORTALEZA	CE	22,8	15,75	38,55	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233321	1	FORTALEZA	CE	22	15,75	37,75	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233125	1	Icapuí	CE	23,3	12,5	35,8	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232984	1	Maranguape	CE	21,9	13,55	35,45	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232323	1	Itarema	CE	18,8	16,25	35,05	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233380	3	FORTALEZA	CE	21,1	13,75	34,85	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233224	1	CAUCAIA	CE	22,3	12,5	34,8	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233183	1	CAUCAIA	CE	22,8	11,85	34,65	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233275	1	Maranguape	CE	20,4	14	34,4	9	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232450	1	Canindé	CE	21,3	12,75	34,05	10	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233376	1	São Gonçalo do Amarante	CE	19,5	14	33,5	11	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232450	2	Canindé	CE	19,3	14	33,3	12	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232984	2	Maranguape	CE	19,7	10,2	29,9	13	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233380	2	FORTALEZA	CE	20	9,25	29,25	14	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233339	1	Itapipoca	CE	16,6	12,55	29,15	15	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233215	1	IGUATU	CE	17	11	28	16	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233219	2	Brejo Santo	CE	18,3	8,25	26,55	17	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232313	1	Piquet Carneiro	CE	13,85	12,25	26,1	18	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233201	1	Tamboril	CE	12,6	12,5	25,1	19	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada

233356	1	FORTALEZA	CE	15,3	9,25	24,55	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233362	2	FORTALEZA	CE	12,25	7,25	19,5	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233183	2	CAUCAIA	CE	10,65	8,25	18,9	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233146	1	Crateús	CE	11,4	6,85	18,25	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233219	1	Brejo Santo	CE	12,1	5	17,1	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233145	2	Quixada	CE	11,2	5,75	16,95	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233120	2	Imperatriz	MA	24	16,8	40,8	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232274	1	Timon	MA	25	13,85	38,85	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233144	2	São Luis	MA	25	12,65	37,65	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233144	1	São Luis	MA	26	11,25	37,25	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233399	1	São Mateus do Maranhão	MA	19,4	13,25	32,65	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233267	1	Imperatriz	MA	19,4	12,75	32,15	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233296	1	Bacabal	MA	19,05	11,3	30,35	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233404	1	São Luís Gonzaga do Maranhão	MA	21,15	7	28,15	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232345	1	Queimadas	PB	21,9	13,8	35,7	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233161	1	Caaporã	PB	18,5	6,65	25,15	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231947	1	Limoeiro	PE	23	17,2	40,2	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233366	1	Petrolina	PE	25,4	14,6	40	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233372	1	Petrolina	PE	24,9	13,2	38,1	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233366	2	Petrolina	PE	23,4	12,75	36,15	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

233383	1	Cabo de Santo Agostinho	PE	22,9	11	33,9	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231369	1	Itapissuma	PE	17,4	12,4	29,8	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233328	2	Recife	PE	20,3	9,45	29,75	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233294	1	Catende	PE	21,25	7,7	28,95	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233324	2	Riacho das Almas	PE	15,25	12,7	27,95	9	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233328	1	Recife	PE	20,3	7,2	27,5	10	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231550	1	Teresina	PI	23,5	14,6	38,1	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233348	1	Água Branca	PI	19,3	17,4	36,7	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232275	1	Picos	PI	21,65	12,5	34,15	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233406	1	Parnaíba	PI	17,95	11,35	29,3	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233346	1	Mossoró	RN	25,5	15	40,5	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233196	1	Extremoz	RN	17,55	14,5	32,05	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233358	1	Santa Cruz	RN	17,9	12,85	30,75	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232281	1	Macaíba	RN	15,2	11,75	26,95	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232657	1	Aracaju	SE	19,45	15,75	35,2	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233368	2	Nossa Senhora do Socorro	SE	17,15	8	25,15	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
REGIÃO CENTRO-OESTE									
Nº de inscrição	Projeto	Município	UF	Nota Projeto	Nota Currículo	Nota final	Ranking	Situação	Justificativa
232377	2	Aparecida de Goiânia	GO	22,9	16	38,9	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233450	2	Cavalcante	GO	22,4	15,45	37,85	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

232377	1	Aparecida de Goiânia	GO	19,9	15,25	35,15	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232405	2	Goiânia	GO	18,3	15,15	33,45	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232405	1	Goiânia	GO	12,6	17,3	29,9	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232183	1	Mineiros	GO	15,55	10,75	26,3	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233347	1	Barra Do Garças	MT	22,9	12,05	34,95	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233263	1	Cuiabá	MT	19,1	9,45	28,55	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232389	1	Nova Xavantina	MT	14,4	13,8	28,2	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233263	2	Cuiabá	MT	18,3	7,55	25,85	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233276	1	Cuiabá	MT	16	9,45	25,45	5	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233403	1	Dourados	MS	15,8	13,2	29	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
REGIÃO SUDESTE									
Nº de inscrição	Projeto	Município	UF	Nota Projeto	Nota Currículo	Nota final	Ranking	Situação	Justificativa
232910	1	Vitória	ES	22,8	18	40,8	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232913	1	Vitória	ES	22,05	15,8	37,85	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233216	1	Serra	ES	22,8	14,75	37,55	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232913	2	Vitória	ES	21,55	9,75	31,3	4	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233325	1	Piraí	RJ	22,9	17,75	40,65	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233033	1	Rio de Janeiro	RJ	23,9	15,45	39,35	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233382	1	Niterói	RJ	21,1	17,75	38,85	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada



232383	2	Duque de Caxias	RJ	24,5	13,15	37,65	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233297	1	Barra Mansa	RJ	24	12,8	36,8	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233279	1	Campos dos Goytacazes	RJ	22,2	13,15	35,35	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233261	1	São Pedro da Aldeia	RJ	22	12,25	34,25	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233185	1	Duque de Caxias	RJ	21	11,25	32,25	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232440	1	Rio de Janeiro	RJ	15,4	15,75	31,15	9	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233058	2	Vassouras	RJ	18	12,25	30,25	10	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232386	1	Rio Bonito	RJ	16,9	10,25	27,15	11	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232383	1	Duque de Caxias	RJ	18	8	26	12	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232021	2	Barra Mansa	RJ	17,7	7,5	25,2	13	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231604	1	Nilópolis	RJ	14,35	5,25	19,6	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233036	1	Brumadinho	MG	23,45	18,75	42,2	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232357	1	Poço Fundo	MG	24,1	16,95	41,05	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233363	1	Pouso Alegre	MG	22,8	17,75	40,55	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232492	2	Ribeirão da Neves	MG	21,3	18,8	40,1	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231161	1	São Sebastião do Paraíso	MG	23,3	16,75	40,05	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233036	2	Brumadinho	MG	22,15	16,75	38,9	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232558	1	Luz	MG	21,4	17,1	38,5	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

233389	2	Belo Horizonte	MG	21,5	16,9	38,4	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232322	1	Alterosa	MG	22,2	15,95	38,15	9	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233401	1	Itabira	MG	19,2	18,75	37,95	10	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232453	1	Janaúba	MG	22,4	15	37,4	11	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232623	1	Ipatinga	MG	22,7	14,65	37,35	12	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233283	1	Três Corações	MG	19,35	17,75	37,1	13	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232752	1	Mirabela	MG	22,65	14,2	36,85	14	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231912	1	Juatuba	MG	22,8	14	36,8	15	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232728	1	Formiga	MG	19,7	16,9	36,6	16	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232306	1	Ubá	MG	19,3	17,3	36,6	17	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232271	2	Uberlândia	MG	22	14,5	36,5	18	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233175	1	Cambuí	MG	18,7	17,75	36,45	19	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232334	2	Coronel Fabriciano	MG	19,9	16,5	36,4	20	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232271	1	Uberlândia	MG	22	14,45	36,45	21	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232269	1	Itamarandiba	MG	19,05	17,4	36,45	22	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231596	1	Uberlândia	MG	20,4	16	36,4	23	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233126	1	Nova Serrana	MG	20,5	15,75	36,25	24	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233283	2	Três Corações	MG	18,35	17,75	36,1	25	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232363	1	Claudio	MG	18,7	17,1	35,8	26	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233340	1	Ibertioga	MG	22,05	13,65	35,7	27	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233035	1	Pará de Minas	MG	20,9	14,8	35,7	28	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada

232267	1	LEOPOLDINA	MG	19,2	16,3	35,5	29	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232460	1	JANAÚBA	MG	21,65	13,4	35,05	30	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233329	1	Lavras	MG	16,9	17,75	34,65	31	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232835	1	Coração de Jesus	MG	20,25	14,2	34,45	32	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232260	1	Mateus Leme	MG	20,1	14,25	34,35	33	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232374	1	Coqueiral	MG	19,45	14,75	34,2	34	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232271	3	Uberlândia	MG	22	12	34	35	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232424	1	Varginha	MG	19,65	14,25	33,9	36	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233050	2	Campo Belo	MG	18,55	14,8	33,35	37	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
234139	2	Montes Claros	MG	20,25	13	33,25	38	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232495	1	Sete Lagoas	MG	15,95	17,25	33,2	39	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232366	2	Montes Claros	MG	16,2	16,9	33,1	40	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232334	1	Coronel Fabriciano	MG	16,35	16,5	32,85	41	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233318	1	Lima Duarte	MG	19,45	12,9	32,35	42	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232623	2	Ipatinga	MG	23	9,1	32,1	43	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada

232356	2	Ouro Preto	MG	20,5	11,6	32,1	44	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
234139	1	Montes Claros	MG	20,25	11,75	32	45	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232417	1	Divinópolis	MG	17,7	14,25	31,95	46	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232430	1	Porteirinha	MG	19,9	11,9	31,8	47	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232650	1	Contagem	MG	18,5	13,25	31,75	48	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233370	1	Campestre	MG	14,7	16,95	31,65	49	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232360	2	Itabirito	MG	14,8	16,75	31,55	50	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233442	3	Belo Horizonte	MG	18,85	12,4	31,25	51	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
231985	1	BETIM	MG	19,2	12	31,2	52	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233394	1	Guaxupé	MG	19,9	11,25	31,15	53	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232240	1	CARANGOLA	MG	18,5	12,5	31	54	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232356	1	Ouro Preto	MG	19	11,6	30,6	55	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232238	1	CARANGOLA	MG	19,5	11	30,5	56	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232238	2	CARANGOLA	MG	19,5	11	30,5	57	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
231596	2	Uberlândia	MG	17,6	12,8	30,4	58	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada

232380	2	João Monlevade	MG	17,7	12,65	30,35	59	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233243	1	Lagoa Santa	MG	19,5	10,85	30,35	60	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
231985	2	BETIM	MG	21,5	8,7	30,2	61	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232650	2	Contagem	MG	17,15	12,5	29,65	62	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232424	2	Varginha	MG	18	11,55	29,55	63	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232988	1	Brasília de Minas	MG	22,15	7,35	29,5	64	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233151	1	Pouso Alegre	MG	19,2	10,25	29,45	65	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232624	1	Monte Azul	MG	20,2	9	29,2	66	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233126	2	Nova Serrana	MG	20,35	8,7	29,05	67	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233156	1	Nanuque	MG	18,65	10,35	29	68	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233122	2	Mariana	MG	20,9	8	28,9	69	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232114	1	Ponto dos Volantes	MG	16,6	12,25	28,85	70	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232236	1	Araguari	MG	17,3	11,5	28,8	71	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232235	1	Monte Alegre de Minas	MG	20,7	8	28,7	72	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233374	1	Viçosa	MG	15,25	13,4	28,65	73	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada

231741	1	BERILO	MG	17,8	10,8	28,6	74	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232380	1	João Monlevade	MG	17	11,45	28,45	75	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232220	1	Pedro Leopoldo	MG	17,9	10,5	28,4	76	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232317	2	Itaobim	MG	16,6	11,25	27,85	77	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232317	1	Itaobim	MG	16,9	10,5	27,4	78	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232366	1	Montes Claros	MG	12,7	14,45	27,15	79	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232306	2	Ubá	MG	14	12,8	26,8	80	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233212	2	Itaúna	MG	16,35	10,35	26,7	81	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232301	1	Santo Antônio do Amparo	MG	15,1	11,5	26,6	82	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233050	1	Campo Belo	MG	17,45	9	26,45	83	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232644	1	Vespasiano	MG	15,3	11	26,3	84	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232256	1	VIRGEM DA LAPA	MG	18,8	7,45	26,25	85	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233354	2	Poços de Caldas	MG	16,5	9,55	26,05	86	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233250	2	Pirapora	MG	18,65	7,25	25,9	87	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232512	1	Ribeirão das Neves	MG	20,9	4,75	25,65	88	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada

232865	1	Carlos Chagas	MG	15,25	10,35	25,6	89	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232434	1	Patrocínio	MG	12,55	12,5	25,05	90	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232434	2	Patrocínio	MG	12,55	12,5	25,05	91	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233260	2	Conselheiro Lafaiete	MG	19,35	5,5	24,85	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
231170	1	Cataguases	MG	12,3	12,5	24,8	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232110	1	RESPLENDOR	MG	16,8	8	24,8	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
231170	2	Cataguases	MG	12,15	12,5	24,65	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233308	2	Viçosa	MG	17,65	7	24,65	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233212	1	Itaúna	MG	15,55	8,85	24,4	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233268	1	Betim	MG	16	8	24	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232428	1	Porto Firme	MG	14,65	8,75	23,4	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232320	1	Jaíba	MG	12,05	10,95	23	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
231880	1	Igarapé	MG	18,6	4,25	22,85	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233377	1	Itaobim	MG	15	6	21	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233172	2	Bocaiuva	MG	12,6	8,3	20,9	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.

232144	1	Candeias	MG	13,25	7,35	20,6	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232619	1	Rio Pardo de Minas	MG	19,5	1	20,5	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233316	1	Sacramento	MG	12,1	8	20,1	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233162	1	Andrelândia	MG	13,5	6,5	20	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233172	1	Bocaiuva	MG	11,1	8,65	19,75	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233439	1	Taiobeiras	MG	13,4	4,5	17,9	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233332	1	Congonhas	MG	10,65	7,25	17,9	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233207	1	Sabará	MG	12,95	4,5	17,45	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
231355	1	São Domingos do Prata	MG	13,5	3,25	16,75	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232470	1	Ponto dos Volantes	MG	N/A	N/A	N/A	N/A	Eliminado	Desacordo com o item: 6.3.1. Aplicação do item 7.3.2
232364	1	Nova Serrana	MG	16,2	17,75	33,95	N/A	Eliminado	Desacordo com o item: 6.3.1. Aplicação do item 7.3.2
233397	1	Leme	SP	23,9	21,3	45,2	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233293	1	Piracaia	SP	24,6	20,4	45	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233338	2	Araras	SP	25,9	18	43,9	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233319	1	Salto de Pirapora	SP	20,25	20	40,25	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233360	1	Suzano	SP	22,9	17,1	40	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233239	1	Tapiratiba	SP	21	17,75	38,75	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

232506	1	São Paulo	SP	24	14,7	38,7	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232500	1	São Paulo	SP	22,9	15,45	38,35	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232384	1	Araçatuba	SP	22,3	15,1	37,4	9	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232509	1	São Paulo	SP	23,1	14,3	37,4	10	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232390	1	São Paulo	SP	19,8	17,5	37,3	11	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232147	1	Sorocaba	SP	23,3	13,9	37,2	12	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233444	1	Embu Guaçu	SP	20	17,1	37,1	13	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232415	1	São Paulo	SP	21,1	15,45	36,55	14	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231977	2	Sorocaba	SP	22,8	13,25	36,05	15	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231977	1	Sorocaba	SP	22,7	13,25	35,95	16	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233258	2	Santo André	SP	21,6	14,3	35,9	17	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232319	1	Rio Claro	SP	19,15	16,65	35,8	18	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232458	1	São Paulo	SP	22,5	13,25	35,75	19	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232159	1	Botucatu	SP	20,7	15	35,7	20	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232321	1	Conchal	SP	22,95	12,5	35,45	21	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233290	2	Santos	SP	22,2	13	35,2	22	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232464	1	São Paulo	SP	20,7	14,3	35	23	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232548	1	Suzano	SP	20,4	14,3	34,7	24	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232378	1	São Paulo	SP	17,1	17,5	34,6	25	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232398	1	São Paulo	SP	24,3	10,25	34,55	26	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232473	1	São Paulo	SP	21	13,25	34,25	27	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232308	1	Leme	SP	14,15	19,8	33,95	28	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233080	1	São Paulo	SP	23,8	10,05	33,85	29	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233007	1	Santo André	SP	21,6	11,95	33,55	30	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233386	1	Tatuí	SP	17,8	15,75	33,55	31	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232597	2	São Paulo	SP	19,4	13,85	33,25	32	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232423	1	Paulínia	SP	20	13,25	33,25	33	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232493	1	São Paulo	SP	19	14,1	33,1	34	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

232419	1	São Paulo	SP	18,8	14	32,8	35	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233290	1	Santos	SP	19,4	13,4	32,8	36	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232892	1	Votorantim	SP	17	15,75	32,75	37	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232214	1	Pirassununga	SP	21,5	11,1	32,6	38	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232479	1	São Paulo	SP	23,6	8,95	32,55	39	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232341	2	Limeira	SP	18,1	14,4	32,5	40	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233007	2	Santo André	SP	22	10,45	32,45	41	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233292	1	Espírito Santo do Pinhal	SP	17,7	14,4	32,1	42	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233018	1	Presidente Prudente	SP	18,85	12,85	31,7	43	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232349	2	Diadema	SP	21,25	10,25	31,5	44	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232147	2	Sorocaba	SP	22,5	8,55	31,05	45	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233018	2	Presidente Prudente	SP	18,15	12,85	31	46	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233359	2	Piracicaba	SP	9,5	21,3	30,8	47	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232541	2	Votorantim	SP	18,7	12	30,7	48	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233258	1	Santo André	SP	21,8	8,75	30,55	49	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233424	1	Orlândia	SP	17,3	13,15	30,45	50	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233338	1	Araras	SP	16,8	13,6	30,4	51	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232456	1	Itatiba	SP	15,5	14,75	30,25	52	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada

233273	1	Campinas	SP	15,85	14,4	30,25	53	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232214	2	Pirassununga	SP	13,2	16,65	29,85	54	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232580	1	Sertãozinho	SP	18,1	11,7	29,8	55	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232373	1	São Paulo	SP	19,5	10,25	29,75	56	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232016	1	Diadema	SP	17,3	12,35	29,65	57	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232375	1	Mogi das Cruzes	SP	18,7	10,6	29,3	58	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232514	1	Limeira	SP	18	11,25	29,25	59	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232188	2	Rio Claro	SP	15,65	13,6	29,25	60	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233375	2	Embu das Artes	SP	16,75	12,35	29,1	61	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233273	2	Campinas	SP	17,4	11	28,4	62	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232570	1	São Paulo	SP	22,1	6,2	28,3	63	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232431	1	São Paulo	SP	15,35	12,7	28,05	64	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232477	2	Itanhaém	SP	15,55	12,5	28,05	65	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232477	1	Itanhaém	SP	14,4	13,6	28	66	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232894	1	São Paulo	SP	17,15	10,85	28	67	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada

232436	1	São Paulo	SP	17,9	10	27,9	68	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233315	1	Cordeirópolis	SP	11,75	16	27,75	69	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233247	1	Presidente Prudente	SP	17,45	10,2	27,65	70	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232349	3	Diadema	SP	17,4	10	27,4	71	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232549	1	Suzano	SP	20,3	6,75	27,05	72	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232587	1	São Paulo	SP	21,5	5,25	26,75	73	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232891	1	São Paulo	SP	16,5	10,15	26,65	74	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232841	1	Marília	SP	14,2	12,25	26,45	75	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232429	1	São Paulo	SP	14,1	12,25	26,35	76	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
231740	1	Martinópolis	SP	16,55	9,7	26,25	77	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232722	1	São Paulo	SP	16,9	9,35	26,25	78	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
231242	1	Pariquera-Açu	SP	17,05	9	26,05	79	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233011	1	São Paulo	SP	15,5	10,5	26	80	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232388	1	Jacarei	SP	18,3	7,25	25,55	81	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233357	1	Mauá	SP	18,7	6	24,7	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.

232341	1	Limeira	SP	17,6	7	24,6	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
231288	1	Pederneiras	SP	12,9	11,25	24,15	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232911	1	São Paulo	SP	13,9	10,25	24,15	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232308	2	Leme	SP	11,15	11,75	22,9	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232469	1	Ribeirão Preto	SP	15,6	7,25	22,85	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232630	1	São Paulo	SP	16,7	6	22,7	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232016	2	Diadema	SP	12,85	9,8	22,65	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232661	1	São Paulo	SP	16,9	5,65	22,55	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233343	1	Santana de Parnaíba	SP	13,7	8,5	22,2	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232962	1	São Paulo	SP	12,8	9,25	22,05	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232469	2	Ribeirão Preto	SP	14,7	7,25	21,95	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233247	2	Presidente Prudente	SP	16,25	5,25	21,5	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232406	1	São Sebastião	SP	13,4	7,7	21,1	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232188	1	Rio Claro	SP	12,85	7,1	19,95	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232445	1	São Paulo	SP	12,55	7,25	19,8	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.

232827	1	São Paulo	SP	11,9	7,45	19,35	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233359	1	Piracicaba	SP	8,3	9,9	18,2	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233111	1	Apiaí	SP	10,5	6,5	17	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233179	1	São Paulo	SP	11,25	5,25	16,5	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
REGIÃO SUL									
Nº de inscrição	Projeto	Município	UF	Nota Projeto	Nota Currículo	Nota final	Ranking	Situação	Justificativa
234164	1	Curitiba	PR	20,5	18	38,5	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233235	2	Foz do Iguaçu	PR	23,4	15	38,4	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232426	2	Guarapuava	PR	23,2	13,7	36,9	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233287	1	União da Vitória	PR	20,75	14	34,75	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231164	1	Cambira	PR	19,1	15,5	34,6	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233235	1	Foz do Iguaçu	PR	19,5	15	34,5	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233069	1	Curitiba	PR	17,6	14,75	32,35	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
234164	2	Curitiba	PR	20	9	29	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232874	1	Rolândia	PR	12,05	16,05	28,1	9	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232874	2	Rolândia	PR	16,1	11,9	28	10	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
234164	4	Curitiba	PR	15,25	11,8	27,05	11	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
234163	1	Curitiba	PR	17,2	8,65	25,85	12	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
234164	3	Curitiba	PR	13,65	11,05	25,7	13	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231183	1	Araucária	PR	17,3	8,15	25,45	14	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

233255	1	Rolândia	PR	13,1	11,9	25	15	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
234164	5	Curitiba	PR	11,7	8,65	20,35	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233236	1	Foz do Iguaçu	PR	13,6	3,5	17,1	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
233241	1	Blumenau	SC	21	19,5	40,5	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233131	1	Florianópolis	SC	24,35	13,9	38,25	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232221	1	São José	SC	17,5	20	37,5	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232221	2	São José	SC	20	16,9	36,9	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233232	1	Palmitos	SC	19,8	16,5	36,3	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232081	1	Balneário Piçarras	SC	19,3	16,9	36,2	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233435	1	Jaraguá do Sul	SC	20,3	15,4	35,7	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
231473	1	Balneário Camboriú	SC	19,6	15,6	35,2	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232247	1	Guabiruba	SC	19,9	14,65	34,55	9	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233264	1	Barra Velha	SC	19,8	13,8	33,6	10	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233350	1	Morro da Fumaça	SC	18,8	14,75	33,55	11	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232282	1	Pomerode	SC	17,3	13,5	30,8	12	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232358	1	Itapoã	SC	18,9	11,25	30,15	13	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232164	1	Guaramirim	SC	17,85	11,25	29,1	14	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada

232379	1	Joinville	SC	17,6	10,25	27,85	15	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233416	2	Itajaí	SC	16,45	10,25	26,7	16	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
231452	1	Campo Êre	SC	15,8	10,55	26,35	17	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233416	1	Itajaí	SC	15,75	10,2	25,95	18	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
231417	2	Timbó	SC	16,2	7,5	23,7	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
231873	1	Mondai	SC	11,95	10,55	22,5	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232071	4	Pelotas	RS	21,8	19	40,8	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232331	1	Quaraí	RS	23,9	16,5	40,4	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233371	1	Arroio Grande	RS	21,2	18,65	39,85	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232273	1	Encantado	RS	20,5	19,4	39,9	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233379	2	Esteio	RS	19,2	19,4	38,6	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233413	2	Santa Cruz do Sul	RS	22	15,7	37,7	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233345	1	Canguçu	RS	18,8	18,65	37,45	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232336	3	Novo Hamburgo	RS	18	19	37	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232257	1	Porto Alegre	RS	19,3	17,2	36,5	10	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232739	1	Santa Maria	RS	21,3	14,65	35,95	11	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232372	2	Porto Alegre	RS	22	13,9	35,9	12	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

232325	1	Osório	RS	19,6	16,2	35,8	13	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232474	1	Uruguaiana	RS	19,2	16,5	35,7	14	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232381	1	Torres	RS	20,4	15,25	35,65	15	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232372	1	Porto Alegre	RS	21,5	13,75	35,25	16	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233392	1	Esteio	RS	18	17,25	35,25	17	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233413	1	Santa Cruz do Sul	RS	19,5	15,7	35,2	18	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232146	2	Novo Hamburgo	RS	19	16	35	19	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232739	2	Santa Maria	RS	16,25	18	34,25	20	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232257	2	Porto Alegre	RS	21,4	12,75	34,15	21	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232071	3	Pelotas	RS	22	12	34	22	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232336	1	Novo Hamburgo	RS	19	14,3	33,3	23	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232362	1	Porto Alegre	RS	24,5	8,25	32,75	24	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
233288	1	Venâncio Aires	RS	18,7	14	32,7	25	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232784	1	Lajeado	RS	17,9	14	31,9	26	Classificado	Aplicação dos Itens 7.5 e 7.8 da Chamada
232071	5	Pelotas	RS	22	9,8	31,8	27	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232760	1	Cachoeirinha	RS	20	11,8	31,8	28	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada

232533	1	Campo Bom	RS	15,6	16	31,6	29	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232228	1	Passo Fundo	RS	18,4	12	30,4	30	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
233249	1	Caxias do Sul	RS	15,2	14,75	29,95	31	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
231344	1	Canela	RS	19,3	10	29,3	32	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232310	1	São Leopoldo	RS	13	16	29	33	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
231989	2	Canoas	RS	19,5	6,4	25,9	34	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
231989	1	Canoas	RS	18,8	6,4	25,2	35	Cadastro Reserva	Aplicação do Item 8.3 da Chamada
232071	2	Pelotas	RS	21,6	1	22,6	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.
232446	1	Ivoti	RS	7,8	14,2	22	N/A	Eliminado	Aplicação dos itens 7.4.1.1.3 e 7.4.1.2.4 da Chamada.

N/A: Não se Aplica

AÇÕES AFIRMATIVAS

REGIÃO NORDESTE									
Nº de inscrição	Projeto	Município	UF	Nota Projeto	Nota Currículo	Nota final	Ranking	Situação	Justificativa
233381	2	Juazeiro	BA	23,1	13	36,1	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232265	1	Salvador	BA	18,7	14,25	32,95	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

233398	1	Juazeiro	BA	17,9	15,05	32,95	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233412	1	Paulo Afonso	BA	18,4	12,8	31,2	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233390	2	Camaçari	BA	14,5	11,2	25,7	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233414	1	Camaçari	BA	13,05	12,5	25,55	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233295	1	Ipaporanga	CE	14,85	12,9	27,75	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232609	1	Novo Oriente	CE	15,1	10,65	25,75	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233291	1	São José de Ribamar	MA	17,5	11,65	29,15	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232171	1	Cuite	PB	19,9	15,55	35,45	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232171	2	Cuite	PB	17,8	13,8	31,6	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232943	2	Aguiar	PB	8	11,75	19,75	N/A	Eliminado	Aplicação do item 7.4.1.2.5 da Chamada
233411	1	Afrânio	PE	18,3	12,35	30,65	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233384	1	Cabrobó	PE	17,8	12,35	30,15	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233407	2	Olinda	PE	14	10,25	24,25	N/A	Eliminado	Aplicação do item 7.4.1.2.5 da Chamada
231550	2	Teresina	PI	20,2	14,85	35,05	1	Eliminado	Aplicação do Item 5.6 da Chamada
232335	1	Natal	RN	22	10,25	32,25	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

REGIÃO SUDESTE									
Nº de inscrição	Projeto	Município	UF	Nota Projeto	Nota Currículo	Nota final	Ranking	Situação	Justificativa
232910	2	Vitória	ES	21,6	14,3	35,9	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232543	1	Quatis	RJ	24,8	18	42,8	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233141	1	Volta Redonda	RJ	21,9	16,2	38,1	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233337	1	Rio de Janeiro	RJ	23,8	10	33,8	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233361	2	Petrópolis	RJ	22	8,55	30,55	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232573	1	Itanhandu	MG	24,9	15,2	40,1	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233252	2	São João Del Rei	MG	24	13,1	37,1	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233389	1	Belo Horizonte	MG	23	12,6	35,6	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232704	1	Contagem	MG	19,4	15,2	34,6	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232193	1	Barbacena	MG	<u>19,5</u>	<u>15,1</u>	<u>34,6</u>	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232644	2	Vespasiano	MG	20,45	13	33,45	7	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233260	1	Conselheiro Lafaiete	MG	22,5	10,8	33,3	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233442	4	Belo Horizonte	MG	20	12,5	32,5	9	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada

232704	2	Contagem	MG	17,1	15,2	32,3	10	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233252	1	São João Del Rei	MG	16,75	15,1	31,85	11	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232702	1	Vespasiano	MG	18,8	13	31,8	8	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233260	3	Conselheiro Lafaiete	MG	18,6	12,3	30,9	12	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232360	1	Itabirito	MG	18,55	11,55	30,1	13	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232401	1	Betim	MG	19	11	30	14	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233442	1	Belo Horizonte	MG	17,5	11,5	29	15	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232262	2	Unaí	MG	18,4	7,6	26	16	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232517	1	São Paulo	SP	22	15,5	37,5	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232423	2	Paulínia	SP	21,4	11,5	32,9	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233375	1	Embu das Artes	SP	23	9,5	32,5	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232912	1	São Paulo	SP	16,4	15,5	31,9	4	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233437	1	Caieiras	SP	21,9	8,2	30,1	5	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232404	1	Itu	SP	19,6	7,6	27,2	6	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
REGIÃO SUL									

Nº de inscrição	Projeto	Município	UF	Nota Projeto	Nota Currículo	Nota final	Ranking	Situação	Justificativa
232426	1	Guarapuava	PR	16,75	13,65	30,4	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232146	1	Novo Hamburgo	RS	21,25	15,5	36,75	1	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232307	2	São Leopoldo	RS	19,5	13,3	32,8	2	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
233379	1	Esteio	RS	15,9	11,25	27,15	3	Classificado	Aplicação do Item 7.5 da Chamada
232166	1	Dom Pedrito	RS	17	6,2	23,2	N/A	Eliminado	Aplicação do item 7.4.1.2.5 da Chamada
232329	1	São Marcos	RS	9,2	12,55	21,75	N/A	Eliminado	Aplicação do item 7.4.1.2.5 da Chamada

N/A: Não se aplica.

Registre-se.

Publique-se.

Brasília/DF, 12 de setembro de 2025.

COMISSÃO DE SELEÇÃO
CHAMADA PARA SUPERVISÃO INSTITUCIONAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA – GERE/ FIOCRUZ BRASÍLIA

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:28:51. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
767D1623-B65C-4916-951E-78BDAD160450

PROJETO PARA SUPERVISÃO INSTITUCIONAL

1. IDENTIFICAÇÃO

a. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III SÃO PEDRO

CNES: 7603592

Endereço completo: Rodovia Serafim Derenzi, 4570 - São José, Vitória - ES, CEP 29046-513

Telefone: 3332-8133/3332-8024

E-mail: capssp@vitoria.es.gov.br / dcapssp@vitoria.es.gov.br

b. Secretaria Municipal da Saúde de Vitória/ES

Endereço: rua Vitória Nunes da Mota, 220 - Enseada do Suá, Vitória, ES.

CEP: 29050-480

Telefone: (27) 3132-5004

c. Secretária Municipal de Saúde:

Nome: Magda Cristina Lamborghini

d. Coordenador de Saúde Mental do município:

Nome: Rodrigo dos Santos Scarabelli

Telefone: (27) 98143 4488

Email: rsscarabelli@vitoria.es.gov.br

e. Coordenador(a) do CAPS de referência:

Nome: Pedro Henrique Cunha Duque

Telefone: 27 99609-2333

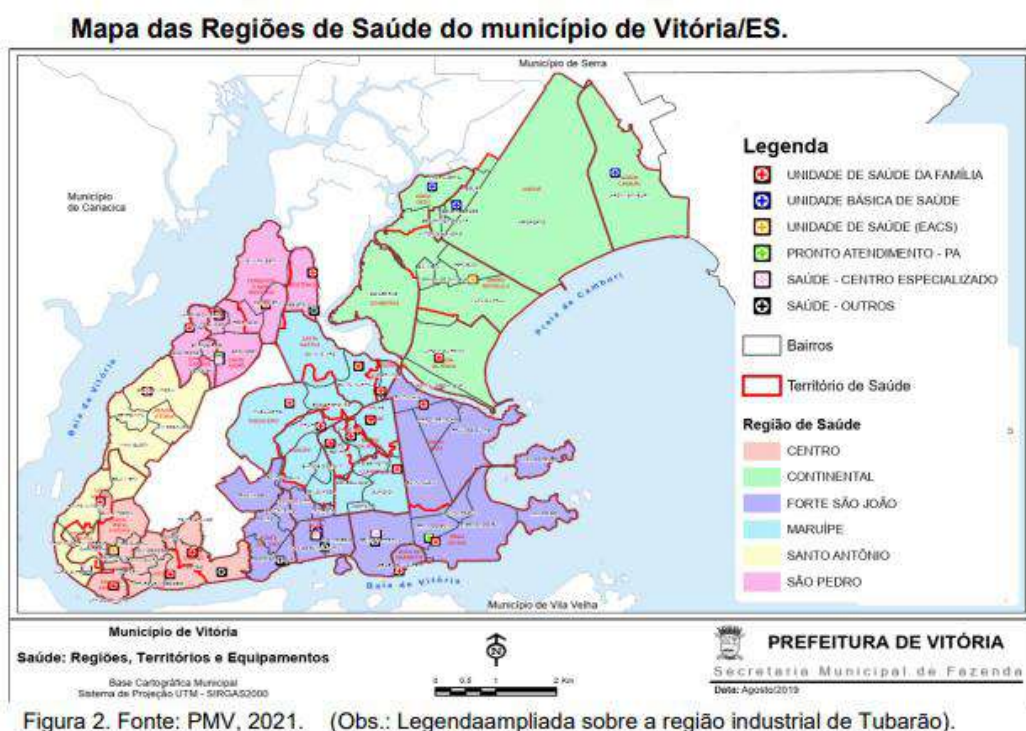
Email: phcduque@vitoria.es.gov.br / dcapssp@vitoria.es.gov.br

f. Território adscrito incluindo os serviços da RAPS:

O Caps III São Pedro, no âmbito da oferta e acolhimento integral/24 horas, é referência para todo o município, podendo receber, além dos usuários que acompanha, preferencialmente usuários acompanhados pelo Caps II Ilha de Santa Maria e, excepcionalmente, usuários conhecidos e acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para o acompanhamento contínuo de usuários, o Caps III São Pedro é referência para três regiões de saúde de Vitória:

- Região Santo Antônio, com 03 UBS (Alagoano/Favalessa, Grande Vitória e Santo Antônio): população de 29.563 mil habitantes.
- Região São Pedro, com 04 UBS (Ilha das Caieiras, Resistência, Santo André e Conquista/Nova Palestina): população de 34.072 mil habitantes.
- Região Maruípe, com 08 UBS (Andorinhas, Bairro da Penha, Itararé, Bonfim, Consolação, Santa Marta, Maruípe e São Cristóvão): população de 65.977 mil habitantes.



g. N° de PTS ativos

O número de pacientes atendidos com RAAS aberta e PTS ativo é de 605.

h. RAPS do Município:

O Município de Vitória organiza sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para acolhimento e cuidado em saúde mental em todos os ciclos de vida, de forma integral, por equipes multiprofissionais e serviços com diferentes finalidades terapêuticas. As causas para o sofrimento intenso e transtornos são multifatoriais e sensíveis aos determinantes sociais da saúde como alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, lazer, acesso a bens e serviços essenciais entre outros, e também dos impactos advindos da desigualdade social, violências, discriminações e exclusão social em suas múltiplas formas.

Desse modo, a RAPS de Vitória tem como prerrogativa realizar acompanhamentos com variados objetivos, como ações educativas/orientativas; voltadas à promoção de saúde mental e bem-estar; e relacionadas a acompanhamento multiprofissional para tratamento de transtornos mentais leves, moderados e graves, em condições crônicas e agudas.

A RAPS de Vitória (ES) conta com os seguintes pontos de atenção, a saber:

- **No componente da Atenção Básica:** 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 25 equipes multiprofissionais, e 02 equipes de Consultório na Rua.
- **No componente da Atenção Psicossocial:** 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 CAPS tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria, habilitado em 2005), 01 CAPS tipo III (CAPS III São Pedro, habilitado em 2015), 01 CAPS Álcool e Outras Drogas tipo III (CAPS AD III, habilitado em 2015) e 01 CAPS Infanto-Juvenil (CAPS IJ, habilitado em 2008).
- **No componente da Atenção Especializada:** atendimento ambulatorial especializado em psiquiatria e neurologia no Centro Municipal de Especialidades (CMEV).
- **No componente da Atenção de Urgência e Emergência:** acolhimento de urgências em saúde mental nas 29 Unidades Básicas de Saúde e 02 Prontos Atendimentos Municipais.
- **No componente das Estratégias de Desinstitucionalização:** 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT) municipal e 02 SRT de gestão estadual no município de Vitória.
- **Nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial:** compõem as ações desenvolvidas pelos CAPS de Vitória, SRT, UBS atividades individuais e coletivas voltadas ao resgate e promoção da autonomia, reinserção social, exercício de cidadania e geração de renda.

Além disso, a RAPS de Vitória será ampliada, no componente da atenção residencial de caráter transitório, com a implantação de 01 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) masculina e 01 UAA feminina, em andamento com publicação de Edital para Chamamento Público para seleção de uma OSC para a gestão dos serviços.

i. Estão em processo de desinstitucionalização?

Sim. No município de Vitória (ES) não há hospitais psiquiátricos, nem hospitais de Custódia. Todavia, na região metropolitana, que compreende nossa capital, houve um hospital manicomial cuja lógica foi substituída para de um Hospital Geral com leitos em psiquiatria e um pronto-socorro psiquiátrico, e também há um Hospital e Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Em relação ao fechamento do manicômio, o município de Vitória implantou um Serviço Residencial Terapêutico, nos anos 2010, com os primeiros moradores advindos do antigo manicômio. Esse SRT municipal segue integrando a RAPS. Algum tempo depois, o Estado do Espírito Santo sediou no município de Vitória mais dois Serviços Residenciais Terapêuticos de gestão estadual. Os moradores dos três SRT estão inseridos na RAPS municipal.

Quanto ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), recentemente, a partir da Resolução CNJ nº 487/2023 que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, o Estado do Espírito Santo vem organizando seu processo de fechamento. A partir de 2024, o processo de desinstitucionalização de pacientes do HCTP passou a operar com a implantação de Equipe Desint. e intensificação das interlocuções intersetoriais no âmbito da Justiça e Saúde e as Redes de Atenção Psicossocial dos municípios. Vitória realiza o acompanhamento de egressos do HCTP na RAPS, com desafios diversos para a reinserção e reabilitação psicossocial, bem como para a reintegração familiar ou adaptação em Residência Terapêutica ou em Residência Inclusiva.

j. Fazem articulação intra e intersetorial?

Articulações intra e intersetoriais são realizadas pelo CAPS III São Pedro, dos quais destacam-se:

- matriciamento mensal junto 15 UBS do município, contemplando 56 equipes de Estratégia Saúde da Família.
- Participação em reuniões sistemáticas relativas à atenção à População em Situação de Rua junto à Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e seus serviços, especialmente o Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS), o Centro de

Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), o Abrigo para pessoas adultas em situação de rua e do serviço de Hospedagem Noturna, ou seja, com serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que lidam, de alguma forma, com pessoas que também são cuidadas pelo serviço.

- Participação em reuniões mensais das Redes Intersetoriais das regiões de saúde do município.
- Participação em reuniões mensais com equipes das enfermarias de psiquiatria do Hospital Estadual de atenção Clínica (HEAC) para acompanhamento do cuidado de usuários em internação.
- Participação em reuniões mensais com as equipes dos Serviços Residenciais Terapêuticos do estado localizados em seu território de abrangência, acompanhando as situações dos moradores.

2. JUSTIFICATIVA

O CAPS III São Pedro é o único serviço da modalidade tipo III no Espírito Santo, contando com seis leitos de acolhimento noturno. Trabalha amplamente na perspectiva intra e intersetorial, com significativa interlocução com os demais equipamentos da saúde e também com serviços do SUAS, da Justiça e outros setores. A articulação com serviços de saúde e intersetoriais, porém, é permeada por tensões, considerando os diferentes mandatos de cada instituição, bem como a grande complexidade da maior parte das situações. Demandas manicomiais, vindas tanto dos serviços da atenção básica como de familiares, centradas na figura do médico psiquiatra e na internação, muitas vezes dificultam o cuidado. O acolhimento de novos casos faz parte da rotina do serviço, mas é importante ampliar o acesso em tempo oportuno para as novas inserções CAPS III. Para tanto, uma análise dos procedimentos de acolhimento inicial e avaliação para inserção no serviço é necessária. O acolhimento de usuários em crise e dos que demandam cuidado intensivo é um desafio, assim como a necessidade de acolher e cuidar de pessoas que apresentam demandas ligadas a tentativas de suicídio com risco alto, que têm aumentado. Há dificuldades para o cuidado a pessoas que vivem em situação de rua, que têm comorbidade com uso de drogas, que apresentam limitações intelectuais e com pessoas adultas com diagnóstico de TEA, além de algumas tensões no acompanhamento 24 horas de usuários do CAPS II de Vitória.

A supervisão pode trazer como benefícios maior alinhamento da rede na proposta da atenção psicossocial e nos princípios antimanicomiais, ampliando o nível de

corresponsabilização entre os serviços. Outro benefício poderá ser a maior qualificação da equipe para manejo e condução de casos que envolvem extrema vulnerabilidade, em situação de crise e/ou que demandam acompanhamento intensivo. A revisão dos processos e construção de novas estratégias de acolhimento e avaliação que tornem o acesso mais ágil se fazem necessárias.

Vitória tem população estimada de 322.862 habitantes (IBGE, 2024), com cerca de 250.893 habitantes maiores de 19 anos (IBGE, 2023). A RAPS municipal é composta conforme descrito no item “h”. O CAPS III São Pedro realiza matriciamento regular com 15 UBS e tem ações de articulação sistemática com a Enfermaria de Psiquiatria do Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), que realiza internações de curta permanência, além de manter articulação sistemática com os serviços da Assistência Social que abordam e acolhem pessoas em situação de rua, conduzindo, conjuntamente com esses, casos complexos e de difícil condução na rede. Atua com os outros CAPS do município realizando ações conjuntas e compartilhando o acompanhamento de usuários, quando necessário, assim como junto a outros centros de referência municipais. Todas essas frentes de articulação intra e intersetoriais serão contempladas nesse projeto.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Qualificar a atuação profissional e interprofissional, clínica e em rede da equipe do CAPS III São Pedro no cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, conforme o paradigma da Reforma Psiquiátrica, dos Direitos Humanos, da Clínica Ampliada e do Modelo da Atenção Psicossocial.

3.2 Objetivos específicos

- Ampliar a capacidade do cuidado integral e territorial, reorganizando as estratégias de acolhimento e avaliação visando a ampliando o acesso ao serviço.
- Construir, junto à equipe, novas formas de sustentação dos princípios de Porta Aberta e de atenção às situações de crise, em articulação com a Rede, com corresponsabilização na condução dos casos, inclusive durante as internações, quando necessárias.
- Contribuir para a qualificação do matriciamento realizado junto aos serviços de saúde da RAPS, em especial unidades básicas de saúde e nível hospitalar.

- Ampliar as ações voltadas à inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários, e à construção de redes de apoio social e comunitárias, articulando tais ações com a elaboração de PTS mais voltados à reinserção social, a autonomia dos sujeitos, bem como a atuação do CAPS no território e na dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica.
- Ampliar articulação com o controle social.
- Ampliar a discussão clínica acerca das temáticas prioritárias propostas pela equipe, tais como: TEA; acolhimento/acompanhamento/manejo de casos de Transtornos de Personalidade; aprofundamento na construção/avaliação/acompanhamento do PTS; acolhimento/manejo à pessoas com comportamento suicida; e qualificação/discussão do trabalho do Técnico de Referência.
- Apoiar a equipe na participação em estudos de caso ampliados, especialmente com equipamentos do SUAS e/ou do âmbito da Justiça.
- Promover reflexões e estudos sobre condução de casos de usuários com transtornos mentais graves e comorbidade com problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas, preparando a equipe para atuação na lógica de redução de danos.
- Promover reflexões e estudos que interseccionalizem a compreensão do sofrimento intenso e crise em saúde mental infanto-juvenil considerando a desigualdade e as vulnerabilidades sociais, as relações de gênero e étnico-raciais, o racismo, o capacitismo, o etarismo, a misoginia, a lgbtqia+fobia, a xenofobia e outras manifestações da violência, crueldade e discriminação social.

4. METAS/PRODUTOS/RESULTADOS ESPERADOS

a. Metas

- 18 reuniões de supervisão clínico institucional, com periodicidade semanal, com a equipe do CAPS III São Pedro;
- 04 reuniões de supervisão com equipe do CAPS III São Pedro e outros serviços de saúde;
- 04 reuniões de supervisão com equipe do CAPS III São Pedro e serviços da rede intersetorial;
- 35 profissionais participando das reuniões de supervisão.

b. Atividades/produtos:

b.1. Atividades

- Realização de reuniões de supervisão clínico institucional com a equipe do CAPS III São Pedro, às quartas-feiras, no turno matutino, para discussão de casos clínicos, das formas de gestão da clínica e da relação com os demais serviços da rede de saúde e intersetorial, além de escuta dos profissionais quanto às dificuldades, problemas e impasses vividos no serviço, possibilitando levantamento dos pontos e questões a serem trabalhadas durante o processo de supervisão;
- Mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica; da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa no CAPS III São Pedro, a partir da escuta da equipe e dos casos discutidos e da relação com os demais serviços de saúde e da rede intersetorial;
- Participação em reuniões do Colegiado Gestor para discussão e planejamento de estratégias e ações para o enfrentamento dos problemas mapeados;
- Participação em reuniões do Conselho Local de Saúde e/ou nas Assembleias do serviço com vistas a conhecer e contribuir com a ampliação da participação dos usuários, familiares e/ou membros da comunidade/sociedade civil nas ações do CAPS;
- Participação em reuniões de matriciamento visando contribuir com o fortalecimento articulação com a Atenção Primária Saúde e outros dispositivos de atenção a crianças e adolescentes, inclusive na atenção hospitalar;
- Participação em reuniões ampliadas, da rede de saúde e/ou intersetorial, para discussão de casos e situações complexas visando contribuir na articulação do serviço com a rede de saúde e intersetorial, incluindo os equipamentos da rede de urgência e hospitalares;
- Condução de discussão junto à equipe sobre a noção de inserção social e reabilitação psicossocial, refletindo sobre como o serviço trabalha a dimensão

sociocultural da reforma psiquiátrica, visando fortalecer o desenvolvimento de ações de inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários;

- Avaliar a atenção ofertada aos familiares das pessoas acompanhadas no CAPS III São Pedro e trabalhar a construção e ampliação de redes de apoio social e comunitárias.

b.2. Produtos

- 01 relatório apresentando o mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa no CAPS III São Pedro;
- 06 relatórios (um a cada mês) com aspectos relevantes da supervisão, apontando se há ações institucionais indicadas para contribuir com o serviço;
- 01 relatório relativo às ações de matriciamento e da interlocução nos espaços intersetoriais (em especial da Assistência Social e Justiça).

c. Resultados esperados

- Equipe com formação qualificada para a gestão da clínica e condução dos casos, com elaboração de PTS mais eficazes e personalizados;
- Gestão Institucional fortalecida e mais integrada com a equipe, com crescimento da participação da equipe no enfrentamento dos desafios institucionais e a melhorarem a coordenação com outros serviços de saúde;
- Acesso ampliado e em tempo oportuno para novos usuários ao CAPS III São Pedro após o primeiro semestre da supervisão;

- Processos de acolhimento inicial e atenção diária reorganizados, contribuindo no acesso mais ágil de novos casos, no acolhimento de situações de crise e na oferta de cuidado intensivo a usuários que necessitarem;
- RAPS municipal fortalecida, com melhor relação entre o CAPS III São Pedro e a atenção primária a partir da maior qualificação do matriciamento realizado junto às UBS;
- Articulação mais qualificada com atenção hospitalar e serviços do SUAS e da Justiça, dentre outros, contribuindo com a garantir da oferta de atenção integral;
- Equipe habilitada para lidar com as questões relacionadas ao sofrimento psíquico intenso e às situações de crise, refletindo sobre os impasses de lidar com possível indicação/necessidades de permanência involuntária em um CAPS III;
- Profissionais seguros para lidar com questões derivadas da desigualdade e das vulnerabilidades sociais, das relações de gênero e étnico-raciais, do racismo, do capacitismo, do etarismo, a misoginia, a lgbtqia+fobia, a xenofobia e outras manifestações da violência, crueldade e discriminação social.
- Implementação de ações voltadas à inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários, e à construção de redes de apoio social e comunitárias;

d. a identificação dos beneficiários (direta ou indiretamente) do projeto.

- Equipe profissional do CAPS III São Pedro;
- Usuários atendidos pelos CAPS III São Pedro;
- Famílias de usuários atendidos pelos CAPS III São Pedro;
- Serviços da rede de saúde e intersetorial que lidam com pessoas com transtornos mentais graves.

5. METODOLOGIA E PLANO DE AÇÃO

a. Ações e atividades previstas

- Mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica

no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa.

- Análise, junto à equipe, dos processos de acolhimento e avaliação realizados para inserção de novos usuários no CAPS III.
- Problemática junto à equipe sobre o trabalho cotidiano no CAPS III, com a RAPS e com a rede intersetorial, visando melhorias nos processos de trabalho e na qualidade da assistência.
- Condução de ações formativas/educação permanente no serviço conforme necessidades da equipe.
- Orientações para condutas clínicas e manejo de situações de crise e de casos que envolvam comorbidades de transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- Promoção de reflexões e ações formativas que interseccionalem a compreensão do sofrimento intenso e crise em saúde mental infanto-juvenil considerando a desigualdade e vulnerabilidades sociais, as relações de gênero, o racismo, capacitismo, etarismo, misoginia, lgbtqia+fobia, xenofobia e outras manifestações da violência e da discriminação social.
- Participação em ações de matriciamento e em reuniões intersetoriais mais estratégicas em apoio à equipe do CAPS III São Pedro.

b. Meios de realização

A supervisão poderá ocorrer em reuniões periódicas de equipe, com todos ou a maioria dos membros dessa, na reunião de Colegiado Gestor (composto por representantes de todas as categorias profissionais que atuam no CAPS), em reuniões do Conselho Local de Saúde ou Assembleias do serviço, em reuniões de matriciamento ou em reuniões com membros da equipe relacionados a situações complexas que demandem apoio específico de supervisão.

As reuniões de equipe acontecem semanalmente, permitindo que o gestor e os profissionais do serviço discutam e analisem tanto casos em acolhimento e/ou em acompanhamento, como os processos de trabalho e a organização das ações do CAPS com vistas a decidirem coletivamente as ações a conduzir. O Colegiado Gestor se reúne mensalmente e é espaço para análise mais cuidadosa dos problemas e situações que

demandam reflexão e mudanças, permitindo que os componentes façam propostas de encaminhamento e tomem decisões que são levadas para validação na reunião de equipe. O Conselho Local de Saúde tem representação do gestor do CAPS, de profissionais e de usuários e familiares. Reúne-se mensalmente e permite que as discussões também tenham a participação dos usuários e familiares, ampliando a inserção desses nos processos e decisões institucionais para além da Assembleia que também acontece com periodicidade mensal. As reuniões de matriciamento permitem a interlocução, o trabalho conjunto e a articulação e o fortalecimento da Raps municipal, ampliando a implicação de todos os serviços na tomada de responsabilidade pelo cuidado e pela inserção psicossocial, construindo a corresponsabilização entre os serviços e equipes. E as reuniões voltadas à discussão de situações complexas podem acontecer apenas com os profissionais do CAPS que lidam diretamente com a situação ou acontecerem com participação de outros serviços de saúde, na lógica do matriciamento, ou, ainda, com participação dos atores da rede intersetorial que participação da situação específica.

Estes espaços coletivos têm sido estratégicos para que as discussões e decisões tomadas no CAPS III São Pedro ocorram com participação de todos os envolvidos, ampliando as relações de troca e as oportunidades de participação cidadã, o que favorece a mobilização da autonomia tanto de profissionais como de usuários e familiares.

A participação do supervisor nesses espaços coletivos permitirá que esse ator conheça todos envolvidos e contribua diretamente no contato com esses para a superação das dificuldades e impasses que ocorrem por vezes no trabalho complexo de cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes. A frequência em tais espaços será pactuada com a equipe do CAPS III São Pedro objetivando melhor atender às necessidades apontadas pela equipe. O cronograma de supervisão deverá ser planejado a cada mês, após pactuação com equipe, e apresentado à equipe e gestor local.

c. Detalhamento como as diferentes etapas serão implementadas e qual a inter-relação entre elas

A primeira etapa, a ser realizada no primeiro bimestre de supervisão, envolverá:

- Levantamento, junto à equipe, das dificuldades vividas no cotidiano da clínica realizada no CAPS; na condução das ações cotidianas; nos processos de trabalho interprofissionais, e outras apontadas pela equipe;
- Análise das formas de intervenção clínica e do modo de operar a gestão da clínica no CAPS III São Pedro no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica;

- Observação de como ocorre o trabalho na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa entre a equipe;
- Análise, e reavaliação junto a equipe, do processo de acolhimento e de atenção diária com vistas à construção de possível reorganização para ampliação do acesso e da capacidade de cuidado intensivo.

Nessa etapa a supervisão deverá ocorrer preferencialmente nas reuniões de equipe semanais do serviço, com participação de todos os profissionais e, complementarmente, em outros espaços coletivos. A partir dessa etapa deverá ser produzido um relatório com o resultado das análises e mapeamento das questões listadas acima e com proposições de ações para seu enfrentamento na supervisão, que será utilizado como um dos materiais para acompanhamento e avaliação do processo.

A segunda etapa, a ser realizada no segundo bimestre, marcará o início das ações de intervenção com a equipe a partir do mapeamento, levantamento de necessidades e das análises realizadas na etapa anterior, tanto formativos para a gestão da clínica em saúde mental quanto para o aprimoramento do trabalho interprofissional colaborativo em equipe.

Nessa fase, a supervisão poderá diversificar mais suas estratégias de participação em espaços coletivos, passando a acontecer tanto nas reuniões de equipe, como nas reuniões do colegiado gestor, do Conselho Local de Saúde ou nas Assembleias do CAPS ou, ainda, com grupos de profissionais relacionados a casos complexos e/ou situações específicas.

A terceira etapa da supervisão, no terceiro bimestre, seguirá com o andamento das atividades para intervenções iniciadas nos momentos anteriores e incluirá ações relacionadas à atuação do CAPS III junto aos demais serviços da RAPS (matriciamento ou outras modalidades) ou intersetoriais. Nessa fase, a supervisão poderá intensificar a diversificação de suas estratégias de participação em espaços coletivos com a inclusão da possibilidade de participação em reuniões de matriciamento ou intersetoriais mais estratégicas em apoio à equipe do CAPS III São Pedro presente nesses espaços.

A prorrogação do período de supervisão por mais 06 meses se baseará nas iniciativas em andamento com necessidade de aprofundamento e suporte da supervisão institucional.

d. Mecanismos de acompanhamento e avaliação do projeto a serem usados

O acompanhamento será realizado pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental de Vitória, através de:

- Participação eventual em reuniões de supervisão, a serem definidas e pactuadas com equipe e supervisor, em função do tema a ser discutido e/ou de decisões a serem tomadas no serviço;
- Leitura de relatórios mensais sintéticos elaborados pelo supervisor e do relatório específico elaborado após a primeira etapa da supervisão, no qual constarão os resultados dos levantamentos, mapeamento e análises realizadas pelo supervisor e equipe em relação às necessidades, questões e dificuldades a serem trabalhadas na supervisão;
- Monitoramento da realização efetiva das atividades propostas.

A avaliação será realizada também pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental de Vitória, através de:

- Avaliação do cumprimento das metas definidas no projeto;
- Análise do percentual de novos acolhimentos após o primeiro semestre da supervisão, verificando se houve crescimento;
- Análise do tempo para realização do acolhimento e avaliação de casos novos no CAPS III após o primeiro semestre de supervisão, verificando se houve redução;
- Avaliação do andamento e realização das ações propostas na primeira etapa da supervisão;
- Avaliação qualitativa realizada junto à equipe do serviço em reunião específica com este propósito.

e. Proposta objetiva de continuidade e sustentabilidade

Visando a sustentabilidade das ações, será trabalhado o acompanhamento pela área técnica de saúde mental de aspectos relevantes evidenciados no processo de supervisão, bem como a busca de parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES) da Grande Vitória que têm cursos na área de saúde e abordem a saúde mental no modelo da atenção psicossocial. Pretende-se a organização de ações formativas em Educação Permanente em Saúde, conforme as necessidades da equipe do CAPS III São Pedro e apontamentos da supervisão institucional. A Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS) pode viabilizar ações formativas próprias para o CAPS e Rede, bem como as referidas parcerias com as IES para essa finalidade.

f. Parcerias envolvidas

Parceria com a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, bem como com a Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS).

g. Onde e com quem o projeto será realizado.

O projeto será realizado, principalmente, no espaço do CAPS III São Pedro, com participação de todos os profissionais do serviço e do gestor do serviço, sendo que, nas atividades em rede, poderá acontecer em outros espaços da rede de saúde ou intersetorial, com participação de profissionais do CAPS e dos serviços envolvidos. A gestão municipal poderá vir a participar de alguns momentos, caso acordado com a equipe e com o supervisor, representada por membros da equipe da Área Técnica de Saúde Mental e/ou da Coordenação de Atenção Especializada.

6. Prazo de execução (cronograma)

O projeto, conforme previsto no Edital de chamamento, terá duração de seis meses, prorrogável por mais seis. As reuniões de supervisão terão frequência semanal, com início em agosto de 2025 e término em janeiro de 2026. Espera-se que o projeto tenha início em agosto de 2025, finalizando em janeiro de 2026, com desejada prorrogação de fevereiro a julho de 2026.

Espera-se que a primeira etapa tenha início em 06/08/2025 e término em 24/09/2025; que a segunda etapa comece em 01/10/2025 e termine em 26/11/2025, e que a terceira etapa ocorra entre 03/12/2025 e 28/01/2026.

7. Elaboração do projeto

O Projeto foi elaborado em conjunto com a pessoa indicada para Supervisão Institucional? (X) Sim () Não

Responsáveis da equipe do CAPS pela elaboração do projeto:

Pedro Henrique Cunha Duque (psicólogo, na direção do serviço)

Anna Carolina Nascimento de Araújo (psicóloga)

Rubylne Gavassa Suet (enfermeira)

Raphael Agrizzi Pereira (psicólogo)

Luziani Santana Boostel Sena (enfermeira)

Bruno Salviato Vescovi (profissional da educação física na saúde)

Agda de Assis Silva Teixeira (farmacêutica)

Ana Cecília da Silva Nunes (assistente social)

Juliane Macedo Manzini (psicóloga)

Vana Figueiredo Araújo (terapeuta ocupacional)

Janine Alvarino Faé (médica psiquiatra)

Cybele Mendonça Ribeiro Batista (terapeuta ocupacional)

Participaram junto à equipe do CAPS os profissionais da área técnica de saúde mental:
Rodrigo dos Santos Scarabelli (psicólogo) e Andrea Campos Romanholi (psicóloga)

Nome do(a) supervisor(a) institucional indicado(a):

Teresinha Cid Constantinidis (Terapeuta Ocupacional)

PROJETO PARA SUPERVISÃO INSTITUCIONAL

1. Identificação

a. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD III

CNES: 0012041

Endereço completo: Rua Álvaro Sarlo, S/N, Ilha de Santa Maria, Vitória/ES.

CEP: 29051-100

Telefone: (27) 3132 5104

E-mail: dcapsad@vitoria.es.gov.br

b. Secretaria Municipal da Saúde de Vitória/ES

Endereço: rua Vítório Nunes da Mota, 220 - Enseada do Suá, Vitória, ES.

CEP: 29050-480

Telefone: (27) 3132-5004

c. Secretária Municipal de Saúde:

Nome: Magda Cristina Lamborghini

d. Coordenador de Saúde Mental do município:

Nome: Rodrigo dos Santos Scarabelli

Telefone: (27) 981434488

Email: rsscarabelli@vitoria.es.gov.br

e. Coordenador(a) do CAPS de referência:

Nome: Elaine Cristina dos Santos Freitas

Telefone: (27) 99700 9199

Email: ecsfreitas@vitoria.es.gov.br

f. Território adscrito incluindo os serviços da RAPS:

O município de Vitória possui um CAPS AD, assim, o território adscrito compreende todo o município, com população estimada de 342.800 habitantes (IBGE, 2024)¹, sendo cerca de 250.893 habitantes maiores de 19 anos (IBGE, 2023).

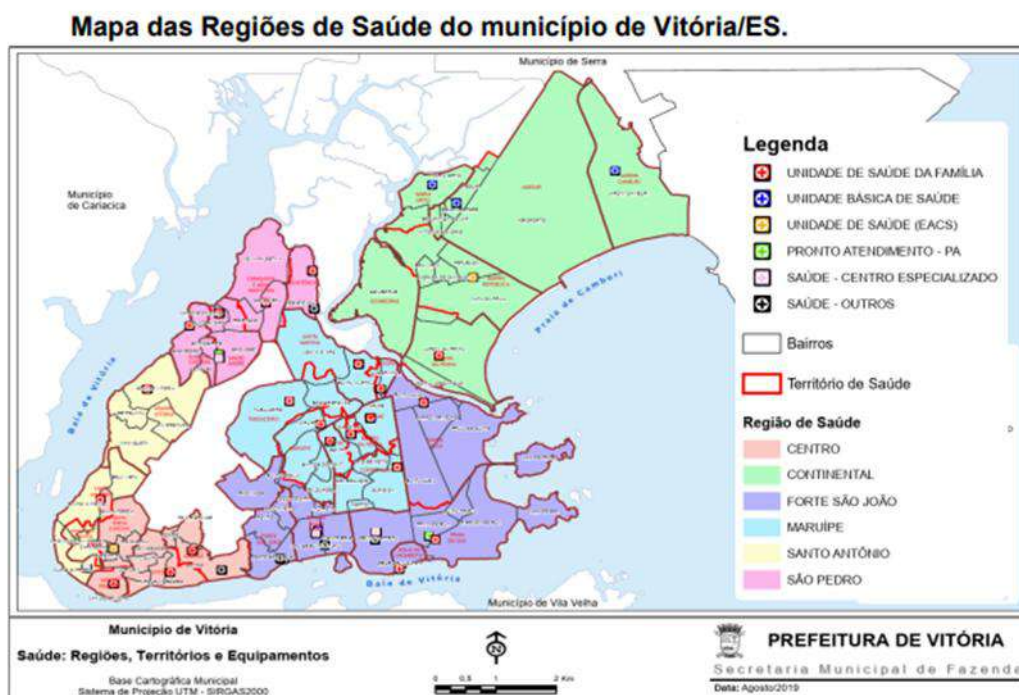


Figura 2. Fonte: PMV, 2021. (Obs.: Legenda ampliada sobre a região industrial de Tubarão).

g. N° de PTS ativos

O número de pacientes acompanhados com RAAS aberta e PTS ativo é de 806.

h. RAPS do Município:

O Município de Vitória organiza sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para acolhimento e cuidado em saúde mental em todos os ciclos de vida, de forma integral, por equipes multiprofissionais e serviços com diferentes finalidades terapêuticas. As causas para o sofrimento intenso e transtornos são multifatoriais e sensíveis aos determinantes sociais da saúde como alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, lazer, acesso a bens e

¹ [IBGE. ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO COM DATA DE REFERÊNCIA EM 1º DE JULHO DE 2024. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/POP2024_20241230.pdf]

serviços essenciais entre outros, assim como pelos impactos advindos da desigualdade social, violências e discriminações e exclusão social em suas múltiplas formas.

Desse modo, a RAPS de Vitória tem como prerrogativa realizar acompanhamentos com variados objetivos, como ações educativas/orientativas, voltadas à promoção de saúde mental e bem-estar, e relacionadas ao acompanhamento multiprofissional para tratamento de transtornos mentais leves, moderados e graves, em condições crônicas e agudas.

A RAPS de Vitória (ES) conta com os seguintes pontos de atenção, a saber:

- **No componente da Atenção Básica:** 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 25 equipes multiprofissionais, e 02 equipes de Consultório na Rua.
- **No componente da Atenção Psicossocial:** 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 CAPS tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria, habilitado em 2005), 01 CAPS tipo III (CAPS III São Pedro, habilitado em 2015), 01 CAPS Álcool e Outras Drogas tipo III (CAPS AD III, habilitado em 2015) e 01 CAPS Infanto-Juvenil (CAPS IJ, habilitado em 2008).
- **No componente da Atenção Especializada:** atendimento ambulatorial especializado em psiquiatria e neurologia no Centro Municipal de Especialidades (CMEV).
- **No componente da Atenção de Urgência e Emergência:** acolhimento de urgências em saúde mental nas 29 Unidades Básicas de Saúde e 02 Prontos Atendimentos Municipais.
- **No componente das Estratégias de Desinstitucionalização:** 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT) municipal e 02 SRT de gestão estadual no município de Vitória.
- **Nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial:** compõem as ações desenvolvidas pelos CAPS de Vitória, SRT, UBS, com atividades individuais e coletivas voltadas ao resgate e promoção da autonomia, reinserção social, exercício de cidadania e geração de renda.

Além disso, a RAPS de Vitória será ampliada, no componente da atenção residencial de caráter transitório, com a implantação de 01 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) masculina e 01 UAA feminina, em andamento com publicação de Edital para Chamamento Público para seleção de uma OSC para a gestão dos serviços.

i. Estão em processo de desinstitucionalização?

Sim. No município de Vitória (ES) não há hospitais psiquiátricos, nem hospitais de Custódia. Todavia, na região metropolitana, que compreende nossa capital, houve um hospital manicomial cuja lógica foi substituída para de um Hospital Geral com leitos em psiquiatria e um pronto-socorro psiquiátrico, e também há um Hospital e Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Em relação ao fechamento do manicômio, o município de Vitória implantou um Serviço Residencial Terapêutico, nos anos 2010, com os primeiros moradores advindos do antigo manicômio. Esse SRT municipal segue integrando a RAPS. Algum tempo depois, o Estado do Espírito Santo sediou no município de Vitória mais dois Serviços Residenciais Terapêuticos de gestão estadual. Os moradores dos três SRT estão inseridos na RAPS municipal.

Quanto ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), recentemente, a partir da Resolução CNJ nº 487/2023 que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, o Estado do Espírito Santo vem organizando seu processo de fechamento. A partir de 2024, o processo de desinstitucionalização de pacientes do HCTP passou a operar com a implantação de Equipe Desint. e intensificação das interlocuções intersetoriais no âmbito da Justiça e Saúde e as Redes de Atenção Psicossocial dos municípios. Vitória realiza o acompanhamento de egressos do HCTP na RAPS, com desafios diversos para a reinserção e reabilitação psicossocial, bem como para a reintegração familiar ou adaptação em Residência Terapêutica ou em Residência Inclusiva.

j. Fazem articulação intra e intersetorial?

Articulações intra e intersetoriais são realizadas pelo CAPS AD III, destacando-se:

- Matriciamento mensal junto às 29 UBS do município.
- Participação em reuniões sistemáticas relativas à atenção à População em Situação de Rua junto à Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e seus serviços, especialmente o Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS), o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), o Abrigo para pessoas adultas em situação de rua e do serviço de Hospedagem Noturna, ou seja, com serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que lidam, de alguma forma, com pessoas que também são cuidadas pelo serviço.
- Participação em reuniões mensais das Redes Intersetoriais das regiões de saúde do município.
- Participação em reuniões com equipes das enfermarias de psiquiatria do Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC) para acompanhamento do cuidado de usuários acompanhados pelos CAPS AD em internação.

2. Justificativa

O CAPS AD III é o único serviço dessa modalidade no Espírito Santo, contando com oito leitos de acolhimento noturno. Trabalha na perspectiva intra e intersetorial, em interlocução com os demais equipamentos da saúde e com serviços do SUAS, entre outros setores, destacando-se a Justiça em função do acompanhamento de usuários egressos de internações compulsórias em clínicas conveniadas com a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e também egressos de Comunidades Terapêuticas. A existência de um serviço estadual que realiza encaminhamento para comunidades terapêuticas conveniadas com a Secretaria Especial sobre Drogas do ES (SESD) é ponto de tensionamentos. A articulação com serviços de saúde e interssetoriais, por sua vez, também é permeada por tensionamentos, considerando os diferentes mandatos de cada instituição, bem como a grande complexidade da maior parte das situações. Demandas manicomiais advindas, além da justiça, dos serviços da atenção básica e de familiares, centradas na internação, principalmente em clínicas ou “comunidades terapêuticas”, frequentemente dificultam o cuidado. O acolhimento de novos casos no Caps AD III é diário e intenso, fazendo parte da rotina do serviço, estando o desafio maior na permanência e continuidade dos usuários no processo de cuidado.

A análise dos procedimentos de acompanhamento, das formas de definição e condução dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), e das estratégias de busca ativa em casos de afastamento dos usuários do serviço é importante. O acolhimento de usuários em crise, tentativas de suicídio, e dos que demandam cuidado intensivo, principalmente quando há situações de crise, comorbidade com outros transtornos mentais ou condições clínicas é um desafio. O cuidado a pessoas que vivem em situação de rua ou que se abrigam nos serviços de alta complexidade do SUAS é algo frequente, havendo trabalho conjunto com esses, na condução e cuidado. O acompanhamento 24 horas de usuários do Caps AD III também é ponto que merece melhor análise com vistas a melhoria.

A supervisão clínico institucional pode trazer como benefícios maior alinhamento da rede na proposta da atenção psicossocial e pôr em análise as práticas exercidas nos princípios antimanicomiais, ampliando o nível de corresponsabilização entre os serviços. Outro benefício poderá ser a maior qualificação da equipe em novas estratégias de condução dos casos, principalmente os que envolvem extrema vulnerabilidade, vivência em situação de rua, em situação de crise e na continuidade do acompanhamento intensivo. A revisão dos processos e estratégias de acompanhamento é ponto que pode ter benefícios com a supervisão. Além disso, o município está implantando 02 Unidades de Acolhimento Adulto (UAA), equipamento novo na composição da RAPS municipal sendo necessário a construção de fluxos e relações de trabalho entre a UAA e o CAPS AD III.

Todos os serviços com que o CAPS AD III tem articulação, intra e interssetoriais, serão contemplados nesse projeto.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Qualificar a atuação profissional e interprofissional, clínica e em rede da equipe do CAPS AD III, conforme o paradigma da Reforma Psiquiátrica, dos Direitos Humanos, do Modelo da Atenção Psicossocial, da clínica ampliada e da Redução de Danos.

3.2 Objetivos específicos

- Ampliar a capacidade do cuidado integral e territorial, reorganizando as estratégias de acolhimento, acompanhamento e busca ativa dos casos, ampliando a perspectiva de continuidade e permanência dos usuários no cuidado.
- Construir, junto à equipe, novas formas de sustentação dos princípios de atenção às situações de crise, em articulação com a Rede, com corresponsabilização na condução dos casos, inclusive durante as internações, quando necessárias.
- Contribuir para a qualificação do matriciamento realizado junto aos serviços de saúde da RAPS, em especial unidades básicas de saúde, nível hospitalar e acompanhamento conjunto dos casos junto às equipes dos serviços do SUAS.
- Ampliar as ações voltadas à inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários, e à construção de redes de apoio social e comunitárias, articulando tais ações com a elaboração de PTS mais voltados à reinserção social, a autonomia dos sujeitos, bem como a atuação do Caps no território e na dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica.
- Ampliar articulação com o controle social.
- Apoiar a equipe na participação em estudos de caso ampliados, especialmente com equipamentos do SUAS e/ou do âmbito da Justiça.
- Promover reflexões e estudos sobre condução de casos de usuários com comorbidades e transtornos mentais graves, ou problemas clínicos diversos, preparando a equipe para atuação na lógica de redução de danos.
- Promover reflexões e estudos que interseccionalizem a compreensão do sofrimento intenso e crise em saúde mental, álcool e outras drogas, considerando a desigualdade e as vulnerabilidades sociais, as relações de gênero e étnico-raciais, o racismo, o capacitismo, o etarismo, a misoginia, a lgbtqia+fobia, a xenofobia e outras manifestações da violência, crueldade e discriminação social.
- Oferecer suporte técnico aos profissionais.

4. Metas/produtos/resultados esperados

a. Metas

- 18 reuniões de supervisão clínico institucional, com periodicidade semanal, com a equipe do Caps AD III;
- 04 reuniões de supervisão com equipe do Caps AD III e outros serviços de saúde;
- 04 reuniões de supervisão com equipe do Caps AD III e serviços da rede intersetorial;
- 35 profissionais participando das reuniões de supervisão.

b. Atividades/produtos:

b.1. Atividades

- Realização de reuniões de supervisão clínico institucional com a equipe do Caps AD III, às quartas-feiras, no turno matutino, para discussão de casos clínicos, das formas de gestão da clínica e da relação com os demais serviços da rede de saúde e intersetorial, além de escuta dos profissionais quanto às dificuldades, problemas e impasses vividos no serviço, possibilitando levantamento dos pontos e questões a serem trabalhadas durante o processo de supervisão;
- Mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica; da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa no Caps AD III, a partir da escuta da equipe e dos casos discutidos e da relação com os demais serviços de saúde e da rede intersetorial;
- Participação em reuniões do Colegiado Gestor para discussão e planejamento de estratégias e ações para o enfrentamento dos problemas mapeados;
- Participação em reuniões do Conselho Local de Saúde e/ou nas Assembleias do serviço com vistas a conhecer e contribuir com a ampliação da participação dos usuários, familiares e/ou membros da comunidade/sociedade civil nas ações do Caps AD III;
- Participação em reuniões de matriciamento visando contribuir com o fortalecimento articulação com a Atenção Primária à Saúde e outros dispositivos de atenção a crianças e adolescentes, inclusive na atenção hospitalar;
- Participação em reuniões ampliadas, da rede de saúde e/ou intersetorial, para discussão de casos e situações complexas visando contribuir na articulação em rede, incluindo os equipamentos da rede de urgência e hospitalares;

- Condução de discussão junto à equipe sobre a noção de inserção social e reabilitação psicossocial, refletindo sobre como o serviço trabalha a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica, visando fortalecer o desenvolvimento de ações de inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários;
- Avaliar a atenção ofertada aos familiares das pessoas acompanhadas no Caps AD III e trabalhar a construção e ampliação de redes de apoio social e comunitárias;
- Análise sobre a apropriação da equipe quanto a lógica de redução de danos e sua utilização como referência básica para todas as ações do serviço.

b.2. Produtos

- 01 relatório apresentando o mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da lógica de Redução de Danos, bem como análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa no Caps AD III;
- 06 relatórios (um a cada mês) com aspectos relevantes da supervisão, apontando se há ações institucionais indicadas para contribuir com o serviço;
- 01 relatório relativo às ações de matriciamento e da interlocução nos espaços intersetoriais (em especial da Assistência Social e Justiça).

c. Resultados esperados

- Equipe com formação qualificada para a gestão da clínica e condução dos casos, com elaboração de PTS mais eficazes e personalizados;
- Gestão Institucional fortalecida e mais integrada com a equipe, com crescimento da participação da equipe no enfrentamento dos desafios institucionais;
- Ampliação dos recursos terapêuticos e das estratégias voltadas a melhorar a adesão e permanência dos usuários ao Caps AD III no processo de cuidado;
- Processos de atenção diária reorganizados, contribuindo no acolhimento de situações de crise e na oferta de cuidado intensivo a usuários que necessitarem;
- RAPS municipal fortalecida, com melhor relação entre o Caps AD III e a atenção primária a partir da maior qualificação do matriciamento realizado junto às UBS;
- Articulação mais qualificada com atenção hospitalar e serviços do SUAS e da Justiça, dentre outros, contribuindo com a garantir da oferta de atenção integral;
- Equipe habilitada para lidar com as questões relacionadas ao sofrimento psíquico intenso relacionado a questões decorrentes do uso de álcool e outras drogas e às situações de crise, refletindo sobre os impasses de lidar com possível indicação/necessidades de permanência involuntária em um Caps III, junto às

dificuldades relacionadas a suporte institucional para urgência como transporte para Pronto Atendimento ou Hospitais quando necessário;

- Profissionais mais seguros para lidar com questões derivadas da desigualdade e das vulnerabilidades sociais, das relações de gênero e étnico-raciais, do racismo, do capacitismo, do etarismo, a misoginia, a lgbtqia+fobia, a xenofobia e outras manifestações da violência, crueldade e discriminação social.
- Implantação da Ficha de Acolhimento;
- Implementação de ações voltadas à inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários, e à construção de redes de apoio social e comunitárias;
- Implementação de classificação de risco e da Linha Guia de Atenção às Pessoas que Apresentam Comportamento Suicida.

d. identificação dos beneficiários (direta ou indiretamente) do projeto.

- Equipe profissional do CAPS AD III;
- Usuários atendidos pelos CAPS AD III;
- Famílias de usuários atendidos pelos CAPS AD III;
- Serviços da rede de saúde e intersetorial que lidam com pessoas necessidades e demandas derivadas do uso de álcool e outras drogas.

5. Metodologia e Plano de ação

a. Ações e atividades previstas

- Mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da lógica de redução de danos, bem como da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa.
- Análise, junto à equipe, dos processos de acolhimento, avaliação, acompanhamento e busca ativa realizados no CAPS AD III.
- Problemática junto à equipe sobre o trabalho cotidiano no CAPS AD III, com a RAPS e com a rede intersetorial, visando melhorias nos processos de trabalho e na qualidade da assistência.
- Condução de ações formativas/educação permanente no serviço conforme necessidades da equipe.
- Orientações para condutas clínicas e manejo de situações de crise e de casos que envolvam comorbidades de transtornos mentais e/ou problemas clínicos.

- Promoção de reflexões e ações formativas que interseccionalizem a compreensão do sofrimento intenso e crise em saúde mental, álcool e outras drogas, considerando a desigualdade e vulnerabilidades sociais, as relações de gênero, o racismo, capacitismo, etarismo, misoginia, lgbtqia+fobia, xenofobia e outras manifestações da violência e da discriminação social.
- Participação em ações de matriciamento e em reuniões intersetoriais mais estratégicas em apoio à equipe do Caps AD III.

b. Meios de realização

A supervisão poderá ocorrer nas reuniões periódicas de equipe, com todos ou a maioria dos membros dessa, na reunião de Colegiado Gestor (composto por representantes de todas as categorias profissionais que atuam no CAPS AD), em reuniões do Conselho Local de Saúde ou Assembleias do serviço, em reuniões de matriciamento ou em reuniões com membros da equipe relacionados a situações complexas que demandem apoio específico de supervisão.

As reuniões de equipe acontecem semanalmente, permitindo que o gestor e os profissionais do serviço discutam e analisem tanto casos em acolhimento e/ou em acompanhamento, como os processos de trabalho e a organização das ações do CAPS com vistas a decidirem coletivamente as ações a conduzir. O Colegiado Gestor se reúne mensalmente e é espaço para análise mais cuidadosa dos problemas e situações que demandam reflexão e mudanças, permitindo que os componentes façam propostas de encaminhamento e tomem decisões que são levadas para validação na reunião de equipe. O Conselho Local de Saúde tem representação do gestor do CAPS, de profissionais e de usuários e familiares. Reúne-se mensalmente e permite que as discussões também tenham a participação dos usuários e familiares, ampliando a inserção desses nos processos e decisões institucionais para além da Assembleia que também acontece com periodicidade mensal. As reuniões de matriciamento permitem a interlocução, o trabalho conjunto e a articulação e o fortalecimento da RAPS municipal, ampliando a implicação de todos os serviços na tomada de responsabilidade pelo cuidado e pela inserção psicossocial, construindo a corresponsabilização entre os serviços e equipes. E as reuniões voltadas à discussão de situações complexas podem acontecer apenas com os profissionais do CAPS que lidam diretamente com a situação ou acontecerem com participação de outros serviços de saúde, na lógica do matriciamento, ou, ainda, com participação dos atores da rede intersetorial que participam da situação específica.

Estes espaços coletivos têm sido estratégicos para que as discussões e decisões tomadas no Caps AD III ocorram com participação de todos os envolvidos, ampliando as relações de troca e as oportunidades de participação cidadã, o que favorece a mobilização da autonomia tanto de profissionais como de usuários e familiares.

A participação do supervisor nesses espaços coletivos permitirá que esse ator conheça todos envolvidos e contribua diretamente no contato com esses para a superação das dificuldades e impasses que ocorrem por vezes no trabalho complexo de cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes. A frequência em tais espaços será pactuada com a equipe do Caps AD III objetivando melhor atender às necessidades apontadas pela equipe. O cronograma de supervisão deverá ser planejado a cada mês, após pactuação com equipe, e apresentado à equipe e gestor local.

c. Detalhamento como as diferentes etapas serão implementadas e qual a inter-relação entre elas

A primeira etapa, a ser realizada no primeiro bimestre de supervisão, envolverá:

- Levantamento, junto à equipe, das dificuldades vividas no cotidiano da clínica realizada no Caps AD III; na condução das ações cotidianas; nos processos de trabalho interprofissionais, e outras apontadas pela equipe;
- Análise das formas de intervenção clínica e do modo de operar a gestão da clínica no Caps AD III no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da lógica de redução de danos;
- Observação de como ocorre o trabalho na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa entre a equipe;
- Análise, e reavaliação junto a equipe, dos processos de acolhimento, atenção diária, acompanhamento dos usuários, busca ativa e da participação e adesão dos usuários ao serviço com vistas à construção de possível reorganização desses processos ampliando a capacidade de cuidado efetivo.

Nessa etapa a supervisão deverá ocorrer preferencialmente nas reuniões de equipe semanais do serviço, com participação de todos os profissionais e, complementarmente, em outros espaços coletivos. A partir dessa etapa deverá ser produzido um relatório com o resultado das análises e mapeamento das questões listadas acima e com proposições de ações para seu enfrentamento na supervisão, que será utilizado como um dos materiais para acompanhamento e avaliação do processo.

A segunda etapa, a ser realizada no segundo bimestre, marcará o início das ações de intervenção com a equipe a partir do mapeamento, levantamento de necessidades e das análises realizadas na etapa anterior, tanto formativos para a gestão da clínica em saúde mental quanto para o aprimoramento do trabalho interprofissional colaborativo em equipe.

Nessa fase, a supervisão poderá diversificar mais suas estratégias de participação em espaços coletivos, passando a acontecer tanto nas reuniões de equipe, como nas reuniões do colegiado gestor, do Conselho Local de Saúde ou nas Assembleias do CAPS AD ou,

ainda, com grupos de profissionais relacionados a casos complexos e/ou situações específicas.

A terceira etapa da supervisão, no terceiro bimestre, seguirá com o andamento das atividades para intervenções iniciadas nos momentos anteriores e incluirá ações relacionadas à atuação do CAPS AD III junto aos demais serviços da RAPS (matriciamento ou outras modalidades) ou intersetoriais. Nessa fase, a supervisão poderá intensificar a diversificação de suas estratégias de participação em espaços coletivos com a inclusão da possibilidade de participação em reuniões de matriciamento ou intersetoriais mais estratégicas em apoio à equipe do Caps AD III presente nesses espaços.

A prorrogação do período de supervisão por mais 06 meses se baseará nas iniciativas em andamento com necessidade de aprofundamento e suporte da supervisão institucional.

d. Mecanismos de acompanhamento e avaliação do projeto a serem usados

O acompanhamento será realizado pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental de Vitória, através de:

- Participação eventual em reuniões de supervisão, a serem definidas e pactuadas com equipe e supervisor, em função do tema a ser discutido e/ou de decisões a serem tomadas no serviço;
- Leitura de relatórios mensais sintéticos elaborados pelo supervisor e do relatório específico elaborado após a primeira etapa da supervisão, no qual constarão os resultados dos levantamentos, mapeamento e análises realizadas pelo supervisor e equipe em relação às necessidades, questões e dificuldades a serem trabalhadas na supervisão;
- Monitoramento da realização efetiva das atividades propostas.

A avaliação será realizada também pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental de Vitória, através de:

- Avaliação do cumprimento das metas definidas no projeto;
- Avaliação do andamento e realização das ações propostas na primeira etapa da supervisão;
- Avaliação qualitativa sobre mudanças e melhorias no acompanhamento dos casos, nos processos de busca ativa e na adesão de usuários realizada junto à equipe do serviço em reunião específica com este propósito.

e. Proposta objetiva de continuidade e sustentabilidade

Visando a sustentabilidade das ações, será trabalhado o acompanhamento pela área técnica de saúde mental de aspectos relevantes evidenciados no processo de supervisão, bem como a busca de parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES) da Grande Vitória que têm cursos na área de saúde e abordem a saúde mental no modelo da atenção psicossocial. Pretende-se a organização de ações formativas em Educação Permanente em Saúde, conforme as necessidades da equipe do Caps AD III e apontamentos da supervisão institucional. A Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS) pode viabilizar ações formativas próprias para o CAPS e Rede, bem como as referidas parcerias com as IES para essa finalidade.

f. Parcerias envolvidas

Parceria com a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, bem como com a Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS).

g. Onde e com quem o projeto será realizado.

O projeto será realizado, principalmente, no espaço do CAPS AD III, com participação de todos os profissionais do serviço e do gestor do serviço, sendo que, nas atividades em rede, poderá acontecer em outros espaços da rede de saúde ou intersetorial, com participação de profissionais do CAPS e dos serviços envolvidos. A gestão municipal poderá vir a participar de alguns momentos, caso acordado com a equipe e com o supervisor, representada por membros da equipe da Área Técnica de Saúde Mental e/ou da Coordenação de Atenção Especializada.

6. Prazo de execução (cronograma)

O projeto, conforme previsto no Edital de chamamento, terá duração de seis meses, prorrogável por mais seis. As reuniões de supervisão terão frequência semanal, com início em agosto de 2025 e término em janeiro de 2026. Espera-se que o projeto tenha início em agosto de 2025, finalizando em janeiro de 2026, com desejada prorrogação de fevereiro a julho de 2026.

Espera-se que a primeira etapa tenha início em 06/08/2025 e término em 24/09/2025; que a segunda etapa comece em 01/10/2025 e termine em 26/11/2025, e que a terceira etapa ocorra entre 03/12/2025 e 28/01/2026.

7. Elaboração do projeto

O Projeto foi elaborado em conjunto com a pessoa indicada para Supervisão Institucional?

(X) Sim () Não

Responsáveis da equipe do CAPS pela elaboração do projeto:

Elaine Cristina dos Santos Freitas (enfermeira, na direção do serviço)

Raquel Virginia Medice (psicóloga)

Rosana Menezes Marangoni (assistente social)

Michelly Christie Gomes de Araújo (enfermeira)

Luciana Maria Borges (psicóloga)

Maristher Sarmento Braga (enfermeira)

Wagner Amaro de Salles (psicólogo)

Djaldea Rosangela Felix Fernandes (musicoterapeuta)

Valter Molulo Moises (psicólogo)

Laila Santiago Pereira da Silva (assistente administrativa)

Participaram junto à equipe do CAPS os profissionais da área técnica de saúde mental:

Rodrigo dos Santos Scarabelli (psicólogo) e Andrea Campos Romanholi (psicóloga)

Nome do(a) supervisor(a) institucional indicado(a):

Luiza Helena de Castro Victal (psicóloga)

PROJETO PARA SUPERVISÃO INSTITUCIONAL

1. IDENTIFICAÇÃO

a. CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL

CNES: 5526175

Endereço completo: Rua Amelia da Cunha Ornelas, 431, Bento Ferreira, Vitória/ES. CEP: 29050-620

Telefone: 3225-3698

E-mail: dcapsinfantil@vitoria.es.gov.br

b. Secretaria Municipal da Saúde de Vitória/ES

Endereço: rua Vitório Nunes da Mota, 220 - Enseada do Suá, Vitória, ES.

CEP: 29050-480

Telefone: (27) 3132-5004

c. Secretária Municipal de Saúde:

Nome: Magda Cristina Lamborghini

d. Coordenador de Saúde Mental do município:

Nome: Rodrigo dos Santos Scarabelli

Telefone: (27) 981434488

Email: rscarabelli@vitoria.es.gov.br

e. Coordenador(a) do CAPS de referência:

Nome: Tânia Mara dos Santos

Telefone: (27) 99921 5648

Email: tamsantos@vitoria.es.gov.br

f. Território adscrito incluindo os serviços da RAPS:

O município de Vitória possui 01 CAPS infanto-juvenil na RAPS, de modo que o território adscrito compreende todo o município Os serviços da RAPS estão descritos no item “h”.

g. Nº de PTS ativos

O número de pacientes acompanhados com RAAS aberta e PTS ativo é de 345.

h. RAPS do Município:

O Município de Vitória organiza sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para acolhimento e cuidado em saúde mental em todos os ciclos de vida, de forma integral, por equipes multiprofissionais e serviços com diferentes finalidades terapêuticas. As causas para o sofrimento intenso e transtornos são multifatoriais e sensíveis aos determinantes sociais da saúde como alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, lazer, acesso a bens e serviços essenciais entre outros, e também dos impactos advindos da desigualdade social, violências e discriminações e exclusão social em suas múltiplas formas.

Desse modo, a RAPS de Vitória tem como prerrogativa realizar acompanhamentos com variados objetivos, como ações educativas/orientativas; voltadas à promoção de saúde mental e bem-estar; e relacionadas a acompanhamento multiprofissional para tratamento de transtornos mentais leves, moderados e graves, em condições crônicas e agudas.

A RAPS de Vitória (ES) conta com os seguintes pontos de atenção, a saber:

- **No componente da Atenção Básica:** 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 25 equipes multiprofissionais, e 02 equipes de Consultório na Rua.
- **No componente da Atenção Psicossocial:** 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 CAPS tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria, habilitado em 2005), 01 CAPS tipo III (CAPS III São Pedro, habilitado em 2015), 01 CAPS Álcool e Outras Drogas tipo III (CAPS AD III, habilitado em 2015) e 01 CAPS Infanto-Juvenil (CAPS IJ, habilitado em 2008).
- **No componente da Atenção Especializada:** atendimento ambulatorial especializado em psiquiatria e neurologia no Centro Municipal de Especialidades (CMEV);
- **No componente da Atenção de Urgência e Emergência:** acolhimento de urgências em saúde mental nas 29 Unidades Básicas de Saúde e 02 Prontos Atendimentos Municipais;

- **No componente das Estratégias de Desinstitucionalização:** 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT) municipal e 02 SRT de gestão estadual no município de Vitória;
- **Nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial:** compõem as ações desenvolvidas pelos CAPS de Vitória, SRT, UBS atividades individuais e coletivas voltadas ao resgate e promoção da autonomia, reinserção social, exercício de cidadania e geração de renda.

Além disso, a RAPS de Vitória será ampliada, no componente da atenção residencial de caráter transitório, com a implantação de 01 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) masculina e 01 UAA feminina, em andamento com publicação de Edital para Chamamento Público para seleção de uma OSC para a gestão dos serviços.

i. Estão em processo de desinstitucionalização?

Sim. No município de Vitória (ES) não há hospitais psiquiátricos, nem hospitais de Custódia. Todavia, na região metropolitana, que compreende nossa capital, houve um hospital manicomial cuja lógica foi substituída para de um Hospital Geral com leitos em psiquiatria e um pronto-socorro psiquiátrico, e também há um Hospital e Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Em relação ao fechamento do manicômio, o município de Vitória implantou um Serviço Residencial Terapêutico, nos anos 2010, com os primeiros moradores advindos do antigo manicômio. Esse SRT municipal segue integrando a RAPS. Algum tempo depois, o Estado do Espírito Santo sediou no município de Vitória mais dois Serviços Residenciais Terapêuticos de gestão estadual. Os moradores dos três SRT estão inseridos na RAPS municipal.

Quanto ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), recentemente, a partir da Resolução CNJ nº 487/2023 que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, o Estado do Espírito Santo vem organizando seu processo de fechamento. A partir de 2024, o processo de desinstitucionalização de pacientes do HCTP passou a operar com a implantação de Equipe Desint. e intensificação das interlocuções intersetoriais no âmbito da Justiça e Saúde e as Redes de Atenção Psicossocial dos municípios. Vitória realiza o acompanhamento de egressos do HCTP na RAPS, com desafios diversos para a reinserção e reabilitação psicossocial, bem como para a reintegração familiar ou adaptação em Residência Terapêutica ou em Residência Inclusiva.

j. Fazem articulação intra e intersetorial?

O CAPS infanto-juvenil realiza intensamente articulações intra e intersetoriais. No âmbito da Saúde, o CAPS IJ realiza o matriciamento das 29 unidades básicas de saúde, bem como de serviço estadual de urgência e emergência em psiquiatria infanto-juvenil, que funciona

no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA), fazendo a gestão do cuidado e trabalhando conjuntamente a condução dos casos.

Intersetorialmente, as interlocuções com os equipamentos no âmbito da Educação, Assistência Social e Justiça são frequentes e cotidianas, ampliando a interlocução os atores relacionados ao cuidado de crianças, adolescentes e seus familiares, aspecto essencial para garantir os direitos de inclusão social e de convivência familiar e comunitária desse grupo.

Especialmente, as Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) e Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) são relacionados e envolvidos no cuidado ou demandam do CAPS interlocuções para orientações e manejo voltados à manutenção/inclusão das crianças e adolescentes na escola. No âmbito da Justiça, o CAPS II, dentre outras interlocuções solicitadas, participa de audiências concentradas nas quais se discute a situação de crianças e adolescentes com todos os atores e serviços por onde circulam, visando garantir o atendimento de suas necessidades e a oferta das ações necessárias, prioritariamente, para sua reintegração familiar ou, quando impossível o retorno à família, trabalhar sua integração e inclusão social, laboral, educativa e cultural, impedindo a exclusão e reduzindo sua situação de vulnerabilidade. Esse trabalho é feito em estreita articulação com a Assistência Social, especialmente com os serviços da Proteção Social de alta complexidade, como Centros de Vivência (abrigos e casas de acolhida) e com os CREAS. Além disso, atualmente esse trabalho também é realizado com o Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo (IASSES), via audiência concentradas, para discussão dos casos de crianças ou adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio fechado.

Além das audiências concentradas, o matriciamento das Unidades de Básicas de Saúde e reuniões ampliadas ocorrem frequentemente com representações dos diferentes serviços de saúde e intersetoriais para condução de casos complexos, sempre com o objetivo de garantir a atenção integral, a equidade e o cuidado em liberdade, buscando a reinserção, a redução da vulnerabilidade e do sofrimento, a inclusão e a garantia dos direitos das crianças e adolescentes em todos os âmbitos da vida.

2. JUSTIFICATIVA

Apesar dos esforços feitos na articulação intersetorial, existem tensões no trabalho em rede, considerando os diferentes mandatos de cada instituição, bem como a grande complexidade da maior parte das situações. Demandas equivocadas, por vezes manicomiais, centradas na figura médica (psiquiatria e neurologia), no ambulatório especializado e na internação, muitas vezes geram desencontros e comprometem o cuidado. Também há certa desvalorização do acompanhamento realizado no CAPS II com recursos terapêuticos e abordagens que apostam em alternativas não medicalizantes.

Além disso, Vitória tem alguns serviços conveniados para atendimento de pessoas com deficiências intelectuais e TEA, que ainda não estão organizados em rede, funcionando, de certa forma, independentes entre si. Por parte do CAPS IJ, dificuldades ligadas ao acolhimento oportuno de casos novos, visando a ampliação do acesso, e à oferta e manutenção de Projetos Terapêuticos Singulares mais intensivos para casos que demandam esse nível de suporte, são pontos que necessitam ser trabalhados. A organização da atenção diária e das atividades oferecidas, visando a possibilidade de uma oferta mais ampla de acesso, é ponto importante a ser analisado junto à equipe.

Espera-se que a supervisão clínico-institucional possa trazer como benefícios maior alinhamento da rede na proposta da atenção psicossocial e nos princípios antimanicômiais, bem como ampliar o nível de corresponsabilização e implicação entre os serviços e equipes, superando a lógica da “referência e contrarreferência”. Espera-se, ainda, como benefícios, maior qualificação da equipe do CAPS IJ para manejo e condução de casos complexos, internamente e em articulação e apoio à rede; com construção de estratégias de acolhimento que tornem o acesso mais ágil, ampliando a possibilidade de acolhimento e cuidado intensivo a casos graves e situações de crise.

Com população estimada de 322.862 habitantes (IBGE, 2024), Vitória tem 71.969 habitantes com idade entre 0 e 19 anos (IBGE, 2023). Nos serviços de saúde de Vitória há registro de 55.312 usuários nessa faixa etária, ou seja, 76% da população infanto juvenil estimada pelo IBGE está cadastrada a partir da atenção básica, boa parte vivendo em situação de vulnerabilidade social e econômica.

A RAPS municipal é composta de acordo com a descrição no item “h”. O CAPS IJ realiza matriciamento regular com todas as 29 UBS e com o HIMABA, hospital de gestão estadual e localizado em município vizinho. Conduz conjuntamente casos complexos e apoia escolas e equipes das Secretarias Municipal e Estadual de Educação, contribuindo na garantia do direito à inclusão das crianças e adolescentes na escola, além de serviços de acolhimento institucional no SUAS e no IASES. Todas essas frentes de articulação intra e intersetorial serão contempladas nesse projeto.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Qualificar a atuação profissional e interprofissional, clínica e em rede, da equipe do CAPS IJ no cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, conforme o paradigma da Reforma Psiquiátrica, dos Direitos Humanos, da Clínica Ampliada e do Modelo da Atenção Psicossocial.

3.2 Objetivos específicos

- Ampliar a capacidade do cuidado integral e territorial a crianças e adolescentes por parte do Caps IJ de Vitória, reorganizando as estratégias de acolhimento e ampliando o acesso ao serviço.
- Construir, junto à equipe, novas formas de sustentação dos princípios de Porta Aberta e de atenção às situações de crise, em articulação com a Rede, com corresponsabilização na condução dos casos, inclusive durante as internações, quando necessárias.
- Contribuir para a qualificação do matriciamento realizado junto aos serviços de saúde da RAPS, em especial as unidades básicas de saúde e o nível hospitalar.
- Ampliar as ações voltadas à inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários, e à construção de redes de apoio social e comunitárias, realizando reuniões de conversação e articulação com parceiros da rede intersetorial.
- Ampliar articulação com o controle social.
- Apoiar a equipe na construção de estratégias e condução de interlocuções intersetoriais e estudos de caso ampliados, especialmente com equipamentos da Educação, da Assistência Social e/ou do âmbito da Justiça.
- Fortalecer a atenção a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas fortalecendo o trabalho conjunto com as equipes do Consultório na Rua, trabalhando as situações de risco e vulnerabilidade.
- Fortalecer abordagens estratégicas de cuidado da equipe na lógica de redução de danos.
- Fortalecer ações de educação permanente propondo leituras temáticas, dentre outros recursos pedagógicos, conforme necessidades de aprofundamento técnico-assistencial da equipe.
- Promover reflexões e estudos que interseccionalizem a compreensão do sofrimento intenso e crise em saúde mental infanto-juvenil considerando a desigualdade e as vulnerabilidades sociais, as relações de gênero e étnico-raciais, o racismo, o capacitismo, o etarismo, a misoginia, a lgbtqia+fobia, a xenofobia e outras manifestações da violência, crueldade e discriminação social.
-

4. METAS/ATIVIDADES/RESULTADOS ESPERADOS

a. Metas:

- 18 reuniões de supervisão clínico institucional, com periodicidade semanal, com a equipe do Caps IJ;
- 04 reuniões de supervisão com equipe do Caps IJ e outros serviços de saúde;
- 04 reuniões de supervisão com equipe do Caps IJ e serviços da rede intersetorial;
- 25 profissionais participando das reuniões de supervisão.

- Ampliação do percentual de acolhimento após o primeiro semestre.
- Redução do tempo de espera para acolhimento inicial e inserção no CAPS II
- Processo de acolhimento e de atenção diária atualizado.

b. Atividades/produtos

b.1. Atividades

- Realização de reuniões de supervisão clínico institucional com a equipe do CAPS II, às quartas-feiras, no turno matutino, para discussão de casos clínicos, das formas de gestão da clínica e da relação com os demais serviços da rede de saúde e intersetorial, além de escuta dos profissionais quanto às dificuldades, problemas e impasses vividos no serviço, possibilitando levantamento dos pontos e questões a serem trabalhadas durante o processo de supervisão;
- Mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica; da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa no CAPS II, a partir da escuta da equipe e dos casos discutidos e da relação com os demais serviços de saúde e da rede intersetorial;
- Participação em reuniões do Colegiado Gestor para discussão e planejamento de estratégias e ações para o enfrentamento dos problemas mapeados;
- Participação em reuniões do Conselho Local de Saúde e/ou nas Assembleias do serviço com vistas a conhecer e contribuir com a ampliação da participação dos usuários, familiares e/ou membros da comunidade/sociedade civil nas ações do Caps;
- Participação em reuniões de matriciamento visando contribuir com o fortalecimento articulação com a Atenção Primária Saúde e outros dispositivos de atenção a crianças e adolescentes, inclusive na atenção hospitalar;
- Participação em reuniões ampliadas, da rede de saúde e/ou intersetorial, para discussão de casos/situações complexas visando contribuir na articulação do

serviço com a rede de saúde e intersetorial, incluindo os equipamentos da rede de urgência e hospitalares;

- Condução de análise e discussão ampliada sobre a atenção a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, avaliando os processos de cuidado a este grupo específico no serviço e trabalhando com a equipe a ampliação da atenção com construção de estratégias de busca ativa de usuários em situação de rua, em articulação com a equipe do Consultório na Rua, além da abordagem e acompanhamento dos que vivem em instituições do SUAS;
- Planejamento e realização de ações formativas com a equipe sobre a lógica da redução de danos e desenvolvimento de ações nesse âmbito;
- Condução de discussão junto à equipe sobre a noção de inserção social de crianças e adolescentes com questões na área de saúde mental, refletindo sobre como o serviço trabalha a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica, visando fortalecer o desenvolvimento de ações de inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários;
- Avaliar a atenção ofertada às famílias no CAPS II e trabalhar a construção e ampliação de redes de apoio social e comunitárias a essas.

b.2. Produtos

- 01 relatório apresentando o mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa no CAPS II;
- 06 relatórios (um a cada mês) com aspectos relevantes da supervisão, apontando se há ações institucionais indicadas para contribuir com o serviço;
- 01 relatório relativo às ações de matriciamento e da interlocução nos espaços e intersetoriais (em especial no âmbito da Educação, Assistência Social e Justiça).

c. Resultados esperados:

- Equipe com formação qualificada para a gestão da clínica e condução dos casos em acompanhamento no CAPS II; com elaboração de projetos terapêuticos mais eficazes e personalizados;
- Gestão Institucional fortalecida e mais integrada com a equipe, com crescimento da participação da equipe no enfrentamento dos desafios institucionais e na melhoria da coordenação com outros serviços de saúde;
- Acesso ampliado e em tempo oportuno para novos usuários ao CAPS II após o primeiro semestre da supervisão;
- Processos de acolhimento inicial e atenção diária reorganizados, contribuindo no acesso oportuno de novos casos e na oferta de cuidado intensivo a usuários que necessitem e no acolhimento de situações de crise;
- RAPS municipal fortalecida, com ampliação da articulação entre CAPS II e atenção primária a partir da maior qualificação do matriciamento realizado junto às UBS;
- Articulação com atenção hospitalar e com equipamentos da Educação, da Assistência Social e/ou do âmbito da Justiça mais qualificada contribuindo com a garantia da oferta de atenção integral;
- Equipe capacitada e segura para atuar dentro da lógica de redução de danos, assim como para lidar com as questões relacionadas ao sofrimento psíquico intenso e às crises em saúde mental infanto-juvenil derivadas da desigualdade e das vulnerabilidades sociais, das relações de gênero e étnico-raciais, do racismo, do capacitismo, do etarismo, a misoginia, a lgbtqia+fobia, a xenofobia e outras manifestações da violência, crueldade e discriminação social.
- Implementação de ações voltadas à inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários, e à construção de redes de apoio social e comunitárias;
- Atenção a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ampliadas e sistematizadas.

d. Beneficiários (diretos ou indiretos) do projeto.

- Equipe profissional do Caps II;
- Crianças e adolescentes atendidos pelos Caps II;

- Famílias de crianças e adolescentes atendidos pelos Caps IJ;
- Serviços da rede intersetorial de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes (escolas e serviços da Proteção Social de Alta Complexidade do SUAS localizados no município, instituições de cumprimento de medidas socioeducativas).

5. METODOLOGIA E PLANO DE AÇÃO

a. ações e atividades previstas

- Mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa no Caps IJ.
- Problemática junto à equipe sobre o trabalho cotidiano em Saúde Mental no CAPS IJ, com a RAPS e com a rede intersetorial visando melhorias nos processos de trabalho e na qualidade da assistência.
- Condução de ações formativas/educação permanente no serviço conforme necessidades da equipe.
- Orientações para condutas clínicas e manejo do cuidado em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas infanto-juvenil.
- Realização de intervenções pertinentes para o trabalho em equipe no âmbito da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas infanto-juvenil.
- Promoção de reflexões e ações formativas que interseccionalizem a compreensão do sofrimento intenso e crise em saúde mental infanto-juvenil considerando a desigualdade e vulnerabilidades sociais, as relações de gênero, o racismo, capacitismo, etarismo, misoginia, lgbtqia+fobia, xenofobia e outras manifestações da violência e da discriminação social.
- Participação em ações de matriciamento e em reuniões intersetoriais mais estratégicas em apoio à equipe do CAPS IJ.

b. Meios de realização

A supervisão poderá ocorrer em reunião de equipe, com todos ou a maioria dos membros dessa, da reunião de Colegiado Gestor (composto por representantes de todas as categorias profissionais que atuam no Caps), em reuniões do Conselho Local de Saúde ou Assembleias do serviço, em reuniões de matriciamento ou em reuniões com membros da equipe relacionadas a situações complexas, que demandem apoio específico de supervisão.

As reuniões de equipe acontecem semanalmente, permitindo que o gestor e os profissionais do serviço discutam e analisem tanto casos em acolhimento e/ou em acompanhamento, como os processos de trabalho e a organização das ações do Caps com vistas a decidirem coletivamente as ações a conduzir. O Colegiado Gestor se reúne mensalmente e é espaço para análise mais cuidadosa dos problemas e situações que demandam reflexão e mudanças, permitindo que os componentes façam propostas de encaminhamento e tomem decisões que são levadas para validação na reunião de equipe. O Conselho Local de Saúde tem representação do gestor do Caps, de profissionais e de usuários e familiares. Reúne-se mensalmente e permite que as discussões também tenham a participação dos usuários e familiares, ampliando a inserção desses nos processos e decisões institucionais para além da Assembleia que também acontece com periodicidade mensal. As reuniões de matriciamento permitem a interlocução, o trabalho conjunto e a articulação e o fortalecimento da Raps municipal, ampliando a implicação de todos os serviços na tomada de responsabilidade pelo cuidado e pela inserção psicossocial, construindo a corresponsabilização entre os serviços e equipes. E as reuniões voltadas à discussão de situações complexas podem acontecer apenas com os profissionais do Caps que lidam diretamente com a situação ou acontecerem com participação de outros serviços de saúde, na lógica do matriciamento, ou, ainda, com participação dos atores da rede intersetorial que participam da situação específica.

Estes espaços coletivos têm sido estratégicos para que as discussões e decisões tomadas no CAPS II ocorram com participação de todos os envolvidos, ampliando as relações de troca e as oportunidades de participação cidadã, o que favorece a mobilização da autonomia tanto de profissionais como de usuários e familiares.

A participação do supervisor nesses espaços coletivos permitirá que esse ator conheça todos os envolvidos e contribua, diretamente, no contato com esses para a superação das dificuldades e impasses que ocorrem por vezes no trabalho complexo de cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes. A frequência em tais espaços será pactuada com a equipe do CAPS II, objetivando melhor atender às necessidades apontadas pela equipe. O cronograma de supervisão deverá ser planejado a cada mês, após pactuação com equipe, e apresentado à equipe e gestor local.

c. Detalhamento como as diferentes etapas serão implementadas e qual a inter-relação entre elas

A primeira etapa, a ser realizada no primeiro bimestre de supervisão, envolverá:

- Levantamento, junto à equipe, das dificuldades vividas no cotidiano da ação no CAPS relativas à clínica em saúde mental da criança e do adolescente; condução das ações cotidianas com as crianças e adolescentes que frequentam o serviço; processos de trabalho interprofissional, e outras apontadas pelos profissionais;
- Análise das formas de intervenção clínica e do modo de construir e operar a gestão da clínica no CAPS II o Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica;
- Observação de como ocorre o trabalho na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa entre a equipe;
- Análise, e reavaliação junto a equipe, do processo de acolhimento e de atenção diária com vistas à construção de possível reorganização para ampliação do acesso e da capacidade de cuidado intensivo.

Nessa etapa a supervisão deverá ocorrer preferencialmente nas reuniões de equipe semanais do serviço, com participação de todos os profissionais e, complementarmente, em outros espaços coletivos. A partir dessa etapa deverá ser produzido um relatório com o resultado das análises e mapeamento das questões listadas acima e com proposições de ações para seu enfrentamento na supervisão, que será utilizado como um dos materiais para acompanhamento e avaliação do processo.

A segunda etapa, a ser realizada no segundo bimestre, marcará o início das ações de intervenção com a equipe a partir do mapeamento, levantamento de necessidades e das análises realizadas na etapa anterior, tanto formativos para a gestão da clínica em saúde mental quanto para o aprimoramento do trabalho interprofissional colaborativo em equipe.

Nessa fase, a supervisão poderá diversificar mais suas estratégias de participação em espaços coletivos, passando a acontecer tanto nas reuniões de equipe, como nas reuniões do colegiado gestor, do Conselho Local de Saúde ou nas Assembleias do Caps ou, ainda, com grupos de profissionais relacionados a casos complexos e/ou situações específicas.

A terceira etapa da supervisão, no terceiro bimestre, seguirá com o andamento das atividades para intervenções iniciadas nos momentos anteriores e incluirá ações relacionadas à atuação do CAPS II junto aos demais serviços da RAPS (matriciamento ou outras modalidades) ou intersetoriais (em especial no âmbito da Educação, Assistência

Social e Justiça). Nessa fase, a supervisão poderá intensificar a diversificação de suas estratégias de participação em espaços coletivos com a inclusão da possibilidade de participação em reuniões de matriciamento ou intersetoriais mais estratégicas em apoio à equipe do CAPS II presente nesses espaços.

A prorrogação do período de supervisão por mais 06 meses se baseará nas iniciativas em andamento com necessidade de aprofundamento e suporte da supervisão institucional.

d. Mecanismos de acompanhamento e avaliação do projeto a serem usados

O acompanhamento será realizado pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental de Vitória, através de:

- Participação eventual em reuniões de supervisão, a serem definidas e pactuadas com equipe e supervisor, em função do tema a ser discutido e/ou de decisões a serem tomadas no serviço;
- Leitura de relatórios mensais sintéticos elaborados pelo supervisor e do relatório específico elaborado após a primeira etapa da supervisão, no qual constarão os resultados dos levantamentos, mapeamento e análises realizadas pelo supervisor e equipe em relação às necessidades, questões e dificuldades a serem trabalhadas na supervisão;
- Monitoramento da realização efetiva das atividades propostas.

A avaliação será realizada também pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental de Vitória, através de:

- Avaliação do cumprimento das metas definidas no projeto;
- Análise do percentual de novos acolhimentos após o primeiro semestre da supervisão, verificando se houve crescimento;
- Análise do tempo para realização do acolhimento e avaliação de casos novos no CAPS II após o primeiro semestre de supervisão, verificando se houve redução;
- Avaliação do andamento e realização das ações propostas na primeira etapa da supervisão;
- Avaliação qualitativa realizada junto à equipe do serviço em reunião específica com este propósito.

e. Proposta objetiva de continuidade e sustentabilidade

Visando a sustentabilidade das ações, será trabalhado o acompanhamento pela área técnica de saúde mental de aspectos relevantes evidenciados no processo de supervisão, bem como a busca de parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES) da Grande Vitória que têm cursos na área de saúde e abordem a saúde mental no modelo da atenção

psicossocial. Pretende-se a organização de ações formativas em Educação Permanente em Saúde, conforme as necessidades da equipe do Caps IJ e apontamentos da supervisão clínico-institucional. A Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS) pode viabilizar ações formativas próprias para o CAPS e Rede, bem como as referidas parcerias com as IES para essa finalidade.

f. Parcerias envolvidas

Parceria com a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, bem como com Instituições de Ensino Superior (IES) como a UFES e Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS).

g. Onde e com quem o projeto será realizado.

O projeto será realizado, principalmente, no espaço do Caps IJ de Vitória, com participação de todos os profissionais do serviço e do gestor do serviço, sendo que, nas atividades em rede, poderá acontecer em outros espaços da rede de saúde ou intersetorial, com participação de profissionais do CAPS IJ e dos serviços envolvidos. A gestão municipal poderá vir a participar de alguns momentos, caso acordado com a equipe e com o supervisor, representada por membros da equipe da Área Técnica de Saúde Mental e/ou da Coordenação de Atenção Especializada.

6. PRAZO DE EXECUÇÃO (cronograma)

O projeto, conforme previsto no Edital de chamamento, terá duração de seis meses, prorrogável por mais seis meses. As reuniões de supervisão terão frequência semanal, com início em agosto de 2025 e término em janeiro de 2026. Espera-se que o projeto tenha início em agosto de 2025, finalizando em janeiro de 2026, com desejada prorrogação de fevereiro a julho de 2026.

Espera-se que a primeira etapa tenha início em 06/08/2025 e término em 24/09/2025; que a segunda etapa comece em 01/10/2025 e termine em 26/11/2025, e que a terceira etapa ocorra entre 03/12/2025 e 28/01/2026.

7. ELABORAÇÃO DO PROJETO

O Projeto foi elaborado em conjunto com a pessoa indicada para Supervisão Institucional?
(X) Sim () Não

Responsáveis da equipe do CAPS IJ pela elaboração do projeto:

Tânia Mara dos Santos (assistente social, na direção do serviço)

Thalita Calmon Capelini (psicóloga)

Carlos Henrique dos Reis Bomfim (enfermeiro)

Suzana Feltman (profissional da educação física na saúde)

Renata Coelho Tavares Imperial (psicóloga)

Bárbara Caliri Luchi Conte (técnica de enfermagem)

Participaram junto à equipe do CAPS os profissionais da área técnica de saúde mental:
Rodrigo dos Santos Scarabelli (psicólogo) e Andrea Campos Romanholi (psicóloga)

Nome do(a) supervisor(a) institucional indicado(a)

Ivana Carneiro Botelho (psicóloga)

PROJETO PARA SUPERVISÃO INSTITUCIONAL

1. Identificação

a. CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL II ILHA DE SANTA MARIA

CNES: 0012351

Endereço completo: Rua Jose Carvalho, 404, Ilha Santa Maria, Vitória/es.

CEP: 29051.220

Telefone: 27 3132-5111/ 27 98107-0279 E-mail: caps@vitoria.es.gov.br

b. Secretaria Municipal da Saúde de Vitória/ES

Endereço: rua Vitório Nunes da Mota, 220 - Enseada do Suá, Vitória, ES.

CEP: 29050-480

Telefone: (27) 3132-5004

c. Secretária Municipal de Saúde:

Nome: Magda Cristina Lamborghini

d. Coordenador de Saúde Mental do município:

Nome: Rodrigo Scarabelli

Telefone: (27)

Email: rsscarabelli@vitoria.es.gov.br

e. Coordenador(a) do CAPS de referência:

Nome: Luiz Claudio Oliveira da Silva

Telefone: 27 99980-8655

Email: lucosilva@vitoria.es.gov.br

f. Território adscrito incluindo os serviços da RAPS:

O Caps II é referência para três regiões de saúde de Vitória:

Região I -Continental

É composta por 14 bairros (Antônio Honório, Boa Vista, Goiabeiras, Jabour, Jardim da Penha, Maria Ortiz, Mata da Praia, Morada de Camburi, Pontal de Camburi,

República, Segurança do Lar, Solon Borges, Aeroporto e Jardim Camburi), que se distribuem em 05 Territórios de Saúde (Bairro República, Jabour, Maria Ortiz, Jardim da Penha e Jardim Camburi).

População acima de 20 anos de idade: 96.725 pessoas.

Região III-Centro-

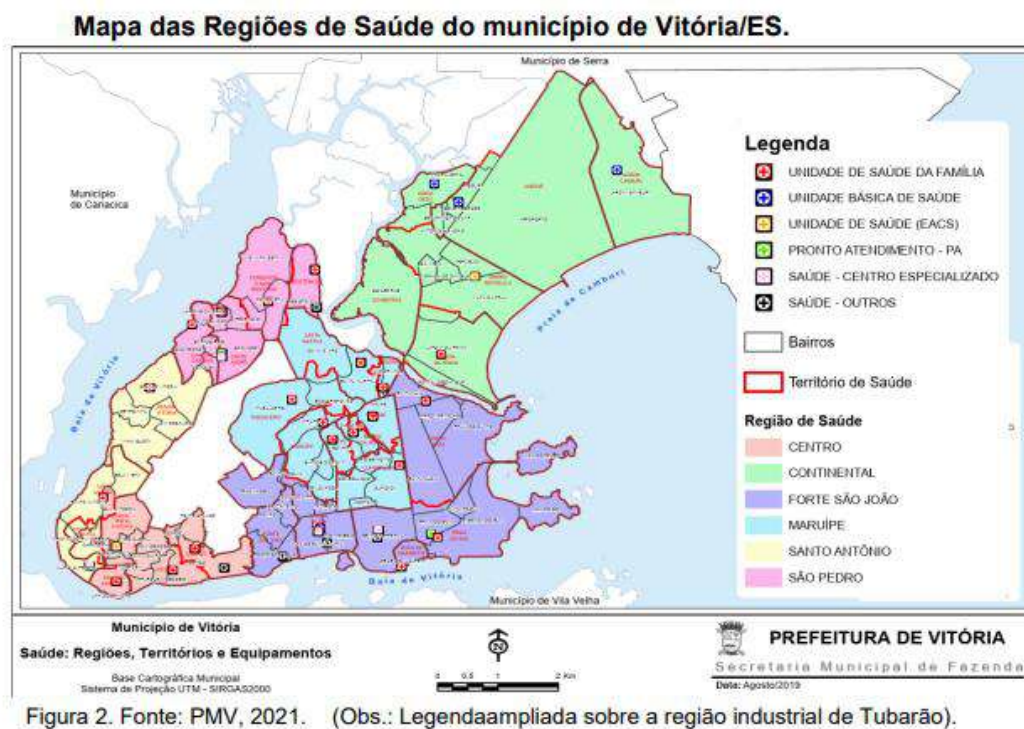
É composta por 11 bairros: Centro, Fonte Grande, Piedade, Do Moscoso, Parque Moscoso, Santa Clara, Ilha do Príncipe, Santa Tereza, Morro do Quadro, Do Cabral e Vila Rubim, que se distribuem em 04 Territórios de Saúde (Fonte Grande, Ilha do Príncipe, Santa Tereza/Avelina e Vitória).

População acima de 20 anos de idade: 22.244 pessoas.

Região VI- Forte São João -

É Composta por 19 bairros: Bento Ferreira, Cruzamento, Forte São João, Fradinhos, Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Jesus de Nazareth, Jucutuquara, Nazareth, Romão, Barro Vermelho, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helena, Santa Lúcia e Santa Luiza), que se distribuem em 05 Territórios de Saúde (Forte São João, Ilha de Santa Maria, Jesus de Nazareth, Praia do Suá e Santa Luiza).

População acima de 20 anos de idade: 50.875 pessoas.



g. Nº de PTS ativos

O número de pacientes atendidos com RAAS aberta e PTS ativo é de 539.

h. RAPS do Município:

O Município de Vitória organiza sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para acolhimento e cuidado em saúde mental em todos os ciclos de vida, de forma. As integrais, por equipes multiprofissionais e serviços com diferentes finalidades terapêuticas. causas para o sofrimento intenso e transtornos são multifatoriais e sensíveis aos determinantes sociais da saúde como alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, lazer, acesso a bens e serviços essenciais entre outros, e também dos impactos advindos da desigualdade social, violências e discriminações e exclusão social em suas múltiplas formas.

Desse modo, a RAPS de Vitória tem como prerrogativa realizar acompanhamentos com variados objetivos, como ações educativas/orientativas; voltadas à promoção de saúde mental e bem-estar; e relacionadas a acompanhamento multiprofissional para tratamento de transtornos mentais leves, moderados e graves, em condições crônicas e agudas.

A RAPS de Vitória (ES) conta com os seguintes pontos de atenção, a saber:

- **No componente da Atenção Básica:** 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 25 equipes multiprofissionais, e 02 equipes de Consultório na Rua.
- **No componente da Atenção Psicossocial:** 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 CAPS tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria, habilitado em 2005), 01 CAPS tipo III (CAPS III São Pedro, habilitado em 2015), 01 CAPS Álcool e Outras Drogas tipo III (CAPS AD III, habilitado em 2015) e 01 CAPS Infante-Juvenil (CAPS IJ, habilitado em 2008).
- **No componente da Atenção Especializada:** atendimento ambulatorial especializado em psiquiatria e neurologia no Centro Municipal de Especialidades (CMEV).
- **No componente da Atenção de Urgência e Emergência:** acolhimento de urgências em saúde mental nas 29 Unidades Básicas de Saúde e 02 Prontos Atendimentos Municipais.
- **No componente das Estratégias de Desinstitucionalização:** 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT) municipal e 02 SRT de gestão estadual no município de Vitória.
- **Nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial:** compõem as ações desenvolvidas pelos CAPS de Vitória, SRT, UBS atividades individuais e coletivas voltadas ao resgate e promoção da autonomia, reinserção social, exercício de cidadania e geração de renda.

Além disso, a RAPS de Vitória será ampliada, no componente da atenção residencial de caráter transitório, com a implantação de 01 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) masculina e 01 UAA feminina, em andamento com publicação de Edital para Chamamento Público para seleção de uma OSC para a gestão dos serviços.

i. Estão em processo de desinstitucionalização?

Sim. No município de Vitória (ES) não há hospitais psiquiátricos, nem hospitais de Custódia. Todavia, na região metropolitana, que compreende nossa capital, houve um hospital manicomial cuja lógica foi substituída para de um Hospital Geral com leitos em psiquiatria e um pronto-socorro psiquiátrico, e também há um Hospital e Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Em relação ao fechamento do manicômio, o município de Vitória implantou um Serviço Residencial Terapêutico, nos anos 2010, com os primeiros moradores advindos do antigo manicômio. Esse SRT municipal segue integrando a RAPS. Algum tempo depois, o Estado do Espírito Santo sediou no município de Vitória mais dois Serviços Residenciais Terapêuticos de gestão estadual. Os moradores dos três SRT estão inseridos na RAPS municipal.

Quanto ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), recentemente, a partir da Resolução CNJ nº 487/2023 que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, o Estado do Espírito Santo vem organizando seu processo de fechamento. A partir de 2024, o processo de desinstitucionalização de pacientes do HCTP passou a operar com a implantação de Equipe Desint. e intensificação das interlocuções intersetoriais no âmbito da Justiça e Saúde e as Redes de Atenção Psicossocial dos municípios. Vitória realiza o acompanhamento de egressos do HCTP na RAPS, com desafios diversos para a reinserção e reabilitação psicossocial, bem como para a reintegração familiar ou adaptação em Residência Terapêutica ou em Residência Inclusiva.

j. Fazem articulação intra e intersetorial?

Articulações intra e intersetoriais são realizadas pelo CAPS II Ilha de Santa Maria, dos quais destacam-se:

- matriciamento mensal junto 14 UBS do município.
- Participação em reuniões sistemáticas relativas à atenção à População em Situação de Rua junto à Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e seus serviços, especialmente o Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS), o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), o Abrigo para pessoas adultas em situação de rua e do serviço de Hospedagem Noturna, ou seja, com serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que lidam, de alguma forma, com pessoas que também são cuidadas pelo serviço.
- Participação em reuniões mensais das Redes Intersetoriais das regiões de saúde do município.
- Participação em reuniões mensais com equipes das enfermarias de psiquiatria do Hospital Estadual de atenção Clínica (HEAC) para acompanhamento do cuidado de usuários em internação.
- Participação em reuniões mensais com as equipes dos Serviços Residenciais Terapêuticos do estado localizados em seu território de abrangência, acompanhando as situações dos moradores.

2. Justificativa

O CAPS II Ilha de Santa Maria trabalha amplamente na perspectiva intra e intersetorial, com significativa interlocução com os demais equipamentos da saúde e também com serviços do SUAS, da Justiça e outros setores. A articulação com serviços de saúde e intersetoriais, porém, é permeada por tensões, considerando os diferentes mandatos de cada instituição, bem como a grande

complexidade da maior parte das situações. Demandas manicomiais, vindas tanto dos serviços da atenção básica como de familiares, centradas na figura do médico psiquiatra e na internação, muitas vezes dificultam o cuidado. O acolhimento de novos casos faz parte da rotina do serviço, mas é importante ampliar o acesso em tempo oportuno para as novas inserções. Para tanto, uma análise dos procedimentos de acolhimento inicial e avaliação para inserção no serviço é necessária. O acolhimento de usuários em crise e dos que demandam cuidado intensivo é um desafio, assim como a necessidade de acolher e cuidar de pessoas que apresentam demandas ligadas a tentativas de suicídio com risco alto, que têm aumentado. Há dificuldades para o cuidado a pessoas que vivem em situação de rua, que têm comorbidade com uso de drogas, que apresentam limitações intelectuais e com pessoas adultas com diagnóstico de TEA.

A supervisão pode trazer como benefícios maior alinhamento da rede na proposta da atenção psicossocial e nos princípios antimanicomiais, ampliando o nível de corresponsabilização entre os serviços. Outro benefício poderá ser a maior qualificação da equipe para manejo e condução de casos que envolvem extrema vulnerabilidade, em situação de crise e/ou que demandam acompanhamento intensivo. A revisão dos processos e construção de novas estratégias de acolhimento e avaliação que tornem o acesso mais ágil se fazem necessárias.

Vitória tem população estimada de 322.862 habitantes (IBGE, 2024), com cerca de 250.893 habitantes maiores de 19 anos (IBGE, 2023). Da área de referência do CAPS II Ilha de Santa Maria são 169,844 habitantes maiores de 20 anos. A RAPS municipal é composta, na saúde, por 29 UBS, 02 equipes de Consultório na Rua, 01 Centro Municipal de Especialidades, 01 Caps IJ, 01 Caps AD III, 01 Caps II, o Caps III São Pedro, 01 serviço de atendimento a mulheres e famílias vítimas de violências (Casa Rosa) e 02 Pronto-Atendimentos.

O CAPS II Ilha de Santa Maria realiza matriciamento regular com 14 UBS e tem ações de articulação sistemática com a Enfermaria de Psiquiatria do Hospital Estadual de atenção Clínica (HEAC), que realiza internações de curta permanência, além de manter articulação sistemática com os serviços da Assistência Social que abordam e acolhem pessoas em situação de rua, conduzindo, conjuntamente com esses, casos complexos e de difícil condução na rede. Atua junto ao CAPS III São Pedro realizando compartilhando cuidados no PTS de usuários que necessitam inserção integral, 24 horas, assim como junto a outros centros de referência municipais. Todas essas frentes de articulação intra e intersetoriais serão contempladas nesse projeto.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Qualificar a atuação profissional e interprofissional, clínica e em rede da equipe do CAPS III São Pedro no cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, conforme o paradigma da Reforma Psiquiátrica, dos Direitos Humanos e do Modelo da Atenção Psicossocial.

3.2 Objetivos específicos

- Ampliar a capacidade cuidado integral e territorial, reorganizando as estratégias de acolhimento e avaliação visando a ampliando o acesso ao serviço.
- Construir, junto à equipe, novas formas de sustentação dos princípios de Porta Aberta e de atenção às situações de crise, em articulação com a Rede, com corresponsabilização na condução dos casos, inclusive durante as internações, quando necessárias.
- Contribuir para a qualificação do matriciamento realizado junto aos serviços de saúde da RAPS, em especial unidades básicas de saúde e nível hospitalar.
- Ampliar as ações voltadas à inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários, e à construção de redes de apoio social e comunitárias, articulando tais ações com a elaboração de PTS mais voltados à reinserção social, a autonomia dos sujeitos, bem como a atuação do Caps no território e na dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica.
- Ampliar articulação com o controle social.
- Apoiar a equipe na participação em estudos de caso ampliados, especialmente com equipamentos do SUAS e/ou do âmbito da Justiça.
- Promover reflexões e estudos sobre condução de casos de usuários com transtornos mentais graves em comorbidade com problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas, preparando a equipe para atuação na lógica de redução de danos.
- Promover reflexões e estudos que interseccionalizem a compreensão do sofrimento intenso e crise em saúde mental infanto-juvenil considerando a desigualdade e as vulnerabilidades sociais, as relações de gênero e etnico-raciais, o racismo, o capacitismo, o etarismo, a misoginia, a lgbtqia+fobia, a xenofobia e outras manifestações da violência, crueldade e discriminação social.

4. Metas/produtos/resultados esperados

a. Metas

- 18 reuniões de supervisão clínico institucional, com periodicidade semanal, com a equipe do Caps III São Pedro;
- 04 reuniões de supervisão com equipe do Caps III São Pedro e outros serviços de saúde;
- 04 reuniões de supervisão com equipe do Caps III São Pedro e serviços da rede intersetorial;
- 35 profissionais participando das reuniões de supervisão.

b. Atividades/produtos:

b.1. Atividades

- Realização de reuniões de supervisão clínico institucional com a equipe do CAPS II Ilha de Santa Maria, às quartas-feiras, no turno matutino, para discussão de casos clínicos, das formas de gestão da clínica e da relação com os demais serviços da rede de saúde e intersetorial, além de escuta dos profissionais quanto às dificuldades, problemas e impasses vividos no serviço, possibilitando levantamento dos pontos e questões a serem trabalhadas durante o processo de supervisão;
- Mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica; da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa no CAPS II Ilha de Santa Maria, a partir da escuta da equipe e dos casos discutidos e da relação com os demais serviços de saúde e da rede intersetorial;
- Participação em reuniões do Colegiado Gestor para discussão e planejamento de estratégias e ações para o enfrentamento dos problemas mapeados;
- Participação em reuniões do Conselho Local de Saúde e/ou nas Assembleias do serviço com vistas a conhecer e contribuir com a ampliação da participação dos usuários, familiares e/ou membros da comunidade/sociedade civil nas ações do CAPS;
- Participação em reuniões de matriciamento visando contribuir com o fortalecimento articulação com a Atenção Primária Saúde e outros dispositivos de atenção a crianças e adolescentes, inclusive na atenção hospitalar;
- Participação em reuniões ampliadas, da rede de saúde e/ou intersetorial, para discussão de casos e situações complexas visando contribuir na articulação do serviço com a rede de saúde e intersetorial, incluindo os equipamentos da rede de urgência e hospitalares;

- Condução de discussão junto à equipe sobre a noção de inserção social e reabilitação psicossocial, refletindo sobre como o serviço trabalha a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica, visando fortalecer o desenvolvimento de ações de inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários;
- Avaliar a atenção ofertada aos familiares das pessoas acompanhadas no CAPS II Ilha de Santa Maria e trabalhar a construção e ampliação de redes de apoio social e comunitárias.

b.2. Produtos

- 01 relatório apresentando o mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa no CAPS II Ilha de Santa Maria;
- 06 relatórios (um a cada mês) com aspectos relevantes da supervisão, apontando se há ações institucionais indicadas para contribuir com o serviço;
- 01 relatório relativo às ações de matriciamento e da interlocução nos espaços intersetoriais (em especial da Assistência Social e Justiça).

c. Resultados esperados

- Equipe com formação qualificada para a gestão da clínica e condução dos casos, com elaboração de PTS mais eficazes e personalizados;
- Gestão Institucional fortalecida e mais integrada com a equipe, com crescimento da participação da equipe no enfrentamento dos desafios institucionais e a melhorarem a coordenação com outros serviços de saúde;
- Acesso ampliado e em tempo oportuno para novos usuários ao CAPS II Ilha de Santa Maria após o primeiro semestre da supervisão;
- Processos de acolhimento inicial e atenção diária reorganizados, contribuindo no acesso mais ágil de novos casos, no acolhimento de situações de crise e na oferta de cuidado intensivo a usuários que necessitarem;
- RAPS municipal fortalecida, com melhor relação entre o Caps III São Pedro e a atenção primária a partir da maior qualificação do matriciamento realizado junto às UBS;

- Articulação mais qualificada com atenção hospitalar e serviços do SUAS e da Justiça, dentre outros, contribuindo com a garantir da oferta de atenção integral;
- Equipe habilitada para lidar com as questões relacionadas ao sofrimento psíquico intenso e às situações de crise;
- Profissionais seguros para lidar com questões derivadas da desigualdade e das vulnerabilidades sociais, das relações de gênero e étnico-raciais, do racismo, do capacitismo, do etarismo, a misoginia, a lgbtqia+fobia, a xenofobia e outras manifestações da violência, crueldade e discriminação social.
- Implementação de ações voltadas à inclusão social, familiar, laboral, educativa e cultural dos usuários, e à construção de redes de apoio social e comunitárias;

d. a identificação dos beneficiários (direta ou indiretamente) do projeto.

- Equipe profissional do CAPS II Ilha de Santa Maria;
- Usuários atendidos pelo CAPS II Ilha de Santa Maria;
- Famílias de usuários atendidos pelo CAPS II Ilha de Santa Maria;
- Serviços da rede de saúde e intersetorial que lidam com pessoas com transtornos mentais graves.

5. Metodologia e Plano de ação

a. Ações e atividades previstas

- Mapeamento das necessidades de ações formativas/educação permanente relativas às intervenções clínicas e do modo de construir e operar a gestão da clínica no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como da análise do trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa.
- Análise, junto à equipe, dos processos de acolhimento e avaliação realizados para inserção de novos usuários no CAPS II Ilha de Santa Maria.
- Problemática junto à equipe sobre o trabalho cotidiano no CAPS II Ilha de Santa Maria, com a RAPS e com a rede intersetorial, visando melhorias nos processos de trabalho e na qualidade da assistência.
- Condução de ações formativas/educação permanente no serviço conforme necessidades da equipe.
- Orientações para condutas clínicas e manejo de situações de crise e de casos que envolvam comorbidades de transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

- Promoção de reflexões e ações formativas que interseccionalizem a compreensão do sofrimento intenso e crise em saúde mental infanto-juvenil considerando a desigualdade e vulnerabilidades sociais, as relações de gênero, o racismo, capacitismo, etarismo, misoginia, lgbtqia+fobia, xenofobia e outras manifestações da violência e da discriminação social.
- Participação em ações de matriciamento e em reuniões intersetoriais mais estratégicas em apoio à equipe do CAPS II Ilha de Santa Maria.

b. Meios de realização

A supervisão poderá ocorrer nas reuniões periódicas de equipe, com todos ou a maioria dos membros dessa, na reunião de Colegiado Gestor (composto por representantes de todas as categorias profissionais que atuam no Caps), em reuniões do Conselho Local de Saúde ou Assembleias do serviço, em reuniões de matriciamento ou em reuniões com membros da equipe relacionados a situações complexas que demandem apoio específico de supervisão.

As reuniões de equipe acontecem semanalmente, permitindo que o gestor e os profissionais do serviço discutam e analisem tanto casos em acolhimento e/ou em acompanhamento, como os processos de trabalho e a organização das ações do CAPS com vistas a decidirem coletivamente as ações a conduzir. O Colegiado Gestor se reúne mensalmente e é espaço para análise mais cuidadosa dos problemas e situações que demandam reflexão e mudanças, permitindo que os componentes façam propostas de encaminhamento e tomem decisões que são levadas para validação na reunião de equipe. O Conselho Local de Saúde tem representação do gestor do CAPS, de profissionais e de usuários e familiares. Reúne-se mensalmente e permite que as discussões também tenham a participação dos usuários e familiares, ampliando a inserção desses nos processos e decisões institucionais para além da Assembleia que também acontece com periodicidade mensal. As reuniões de matriciamento permitem a interlocução, o trabalho conjunto e a articulação e o fortalecimento da Raps municipal, ampliando a implicação de todos os serviços na tomada de responsabilidade pelo cuidado e pela inserção psicossocial, construindo a corresponsabilização entre os serviços e equipes. E as reuniões voltadas à discussão de situações complexas podem acontecer apenas com os profissionais do CAPS que lidam diretamente com a situação ou acontecerem com participação de outros serviços de saúde, na lógica do matriciamento, ou, ainda, com participação dos atores da rede intersetorial que participação da situação específica.

Estes espaços coletivos têm sido estratégicos para que as discussões e decisões tomadas no CAPS II Ilha de Santa Maria ocorram com participação de todos os envolvidos, ampliando as relações de troca e as oportunidades de participação

cidadã, o que favorece a mobilização da autonomia tanto de profissionais como de usuários e familiares.

A participação do supervisor nesses espaços coletivos permitirá que esse ator conheça todos envolvidos e contribua diretamente no contato com esses para a superação das dificuldades e impasses que ocorrem por vezes no trabalho complexo de cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes. A frequência em tais espaços será pactuada com a equipe do CAPS II Ilha de Santa Maria, objetivando melhor atender às necessidades apontadas pela equipe. O cronograma de supervisão deverá ser planejado a cada mês, após pactuação com equipe, e apresentado à equipe e gestor local.

c. Detalhamento como as diferentes etapas serão implementadas e qual a inter-relação entre elas

A primeira etapa, a ser realizada no primeiro bimestre de supervisão, envolverá:

- Levantamento, junto à equipe, das dificuldades vividas no cotidiano da clínica realizada no CAPS; na condução das ações cotidianas; nos processos de trabalho interprofissionais, e outras apontadas pela equipe;
- Análise das formas de intervenção clínica e do modo de operar a gestão da clínica no CAPS II Ilha de Santa Maria no Modelo de Atenção Psicossocial e dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica;
- Observação de como ocorre o trabalho na perspectiva interdisciplinar, interprofissional e colaborativa entre a equipe;
- Análise, e reavaliação junto a equipe, do processo de acolhimento e de atenção diária com vistas à construção de possível reorganização para ampliação do acesso e da capacidade de cuidado intensivo.

Nessa etapa a supervisão deverá ocorrer preferencialmente nas reuniões de equipe semanais do serviço, com participação de todos os profissionais e, complementarmente, em outros espaços coletivos. A partir dessa etapa deverá ser produzido um relatório com o resultado das análises e mapeamento das questões listadas acima e com proposições de ações para seu enfrentamento na supervisão, que será utilizado como um dos materiais para acompanhamento e avaliação do processo.

A segunda etapa, a ser realizada no segundo bimestre, marcará o início das ações de intervenção com a equipe a partir do mapeamento, levantamento de necessidades e das análises realizadas na etapa anterior, tanto formativos para a gestão da clínica em saúde mental quanto para o aprimoramento do trabalho interprofissional colaborativo em equipe.

Nessa fase, a supervisão poderá diversificar mais suas estratégias de participação em espaços coletivos, passando a acontecer tanto nas reuniões de equipe, como nas reuniões do colegiado gestor, do Conselho Local de Saúde ou nas Assembleias do Caps ou, ainda, com grupos de profissionais relacionados a casos complexos e/ou situações específicas.

A terceira etapa da supervisão, no terceiro bimestre, seguirá com o andamento das atividades para intervenções iniciadas nos momentos anteriores e incluirá ações relacionadas à atuação do CAPS II Ilha de Santa Maria junto aos demais serviços da RAPS (matriciamento ou outras modalidades) ou intersetoriais. Nessa fase, a supervisão poderá intensificar a diversificação de suas estratégias de participação em espaços coletivos com a inclusão da possibilidade de participação em reuniões de matriciamento ou intersetoriais mais estratégicas em apoio à equipe do CAPS II Ilha de Santa Maria presente nesses espaços.

A prorrogação do período de supervisão por mais 06 meses se baseará nas iniciativas em andamento com necessidade de aprofundamento e suporte da supervisão institucional.

d. Mecanismos de acompanhamento e avaliação do projeto a serem usados

O acompanhamento será realizado pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental de Vitória, através de:

- Participação eventual em reuniões de supervisão, a serem definidas e pactuadas com equipe e supervisor, em função do tema a ser discutido e/ou de decisões a serem tomadas no serviço;
- Leitura de relatórios mensais sintéticos elaborados pelo supervisor e do relatório específico elaborado após a primeira etapa da supervisão, no qual constarão os resultados dos levantamentos, mapeamento e análises realizadas pelo supervisor e equipe em relação às necessidades, questões e dificuldades a serem trabalhadas na supervisão;
- Monitoramento da realização efetiva das atividades propostas.

A avaliação será realizada também pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental de Vitória, através de:

- Avaliação do cumprimento das metas definidas no projeto;
- Análise do percentual de novos acolhimentos após o primeiro semestre da supervisão, verificando se houve crescimento;
- Análise do tempo para realização do acolhimento e avaliação de casos novos no CAPS II Ilha de Santa Maria após o primeiro semestre de supervisão, verificando se houve redução;

- Avaliação do andamento e realização das ações propostas na primeira etapa da supervisão;
- Avaliação qualitativa realizada junto à equipe do serviço em reunião específica com este propósito.

e. Proposta objetiva de continuidade e sustentabilidade

Visando a sustentabilidade das ações, será trabalhado o acompanhamento pela área técnica de saúde mental de aspectos relevantes evidenciados no processo de supervisão, bem como a busca de parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES) da Grande Vitória que têm cursos na área de saúde e abordem a saúde mental no modelo da atenção psicossocial. Pretende-se a organização de ações formativas em Educação Permanente em Saúde, conforme as necessidades da equipe do Caps II e apontamentos da supervisão clínico-institucional. A Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS) pode viabilizar ações formativas próprias para o CAPS e Rede, bem como as referidas parcerias com as IES para essa finalidade.

f. Parcerias envolvidas

Parceria com a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, bem como com a Escola Técnica de Saúde de Vitória (ETSUS).

g. Onde e com quem o projeto será realizado.

O projeto será realizado, principalmente, no espaço do CAPS II Ilha de Santa Maria, com participação de todos os profissionais do serviço e do gestor do serviço, sendo que, nas atividades em rede, poderá acontecer em outros espaços da rede de saúde ou intersetorial, com participação de profissionais do Caps e dos serviços envolvidos. A gestão municipal poderá vir a participar de alguns momentos, caso acordado com a equipe e com o supervisor, representada por membros da equipe da Área Técnica de Saúde Mental e/ou da Coordenação de Atenção Especializada.

6. Prazo de execução (cronograma)

O projeto, conforme previsto no Edital de chamamento, terá duração de seis meses, prorrogável por mais seis. As reuniões de supervisão terão frequência semanal, com início em agosto de 2025 e término em janeiro de 2026. Espera-se que o projeto tenha início em agosto de 2025, finalizando em janeiro de 2026, com desejada prorrogação de fevereiro a julho de 2026.

Espera-se que a primeira etapa tenha início em 06/08/2025 e término em 24/09/2025; que a segunda etapa comece em 01/10/2025 e termine em 26/11/2025, e que a terceira etapa ocorra entre 03/12/2025 e 28/01/2026.

7. Elaboração do projeto

O Projeto foi elaborado em conjunto com a pessoa indicada para Supervisão Institucional? (X) Sim () Não

Responsáveis da equipe do CAPS pela elaboração do projeto:

Luiz Cláudio de Oliveira (psicólogo, na direção do serviço)

Camila Barcelos Vieira (enfermeira)

Nathalye Bermond Arrevabeni (enfermeira)

Participaram junto à equipe do CAPS os profissionais da área técnica de saúde mental: Rodrigo dos Santos Scarabelli (psicólogo) e Andrea Campos Romanholi (psicóloga)

Nome do supervisor institucional indicado:

Rafael de Lima Aguiar Fernandes (médico psiquiatra)

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:29:08. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
F54A63E5-6DEA-4625-8F4E-B4F78845C918

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA-ES

EDITAL CONJUNTO SEIDIGI/SGTESMS Nº 1/2025

**EDITAL CONJUNTO SEIDIGI/SGTES-MS Nº 1/2025 - EDITAL CONJUNTO
SEIDIGI/SGTES-MS Nº 1/2025 - DOU - Imprensa Nacional**

INFORMAÇÕES DO PROPONENTES

Instituições de Ensino Superior Proponentes: Universidade Federal do Espírito Santo-UFES

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória – ES

Identificação da Coordenação do Projeto: Mabel Gonçalves Almeida

CPF do (Coordenador):64672727300

Função/Cargo do Coordenador do Projeto: Professor de Magistério Superior

E-mail do Coordenador: mabel.almeida@ufes.br

Telefone do Coordenador: 27 998800303

Endereço para correspondência do Coordenador: Av. Marechal Campos, 1468 - Bonfim, Vitória - ES | CEP 29047-105 - Centro de Ciências da Saúde -Prédio da Direção

INFORMAÇÕES DO PROJETO:

TÍTULO DO PROJETO:

Inovação e Transformação Digital no SUS de Vitória-ES: Fortalecendo Gestão, Atenção, Trabalho, Ensino e Controle Social.

Objetivo principal: Promover a transformação digital no SUS, buscando o fortalecimento da Política de Saúde Digital e a integração ensino e serviço no município em conformidade com o Programa SUS Digital.

Cursos de graduação da IES proponentes envolvidas:

Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição, Medicina, Terapia Ocupacional, Ciência da Computação, Educação Física, Engenharia de Computação,

Engenharia de Produção, Engenharia Elétrica, Direito, Economia, Comunicação Social - Jornalismo.

Número de grupos tutoriais solicitados: 10 (dez), organizados conforme requisitos do subitem 4.3 do Edital Conjunto SEIDIGI/SGTES-MS Nº 1/2025.

Composição dos Grupos:

Todos os 10 (dez) grupos terão a mesma composição, contendo 16 integrantes em cada um deles, composto por 10 estudantes e 2 (dois) docentes tutores dos cursos de graduação da área da saúde (Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição, Medicina, Terapia Ocupacional), e outras áreas do conhecimento relacionadas ao campo da Informação e Saúde Digital (Ciência da Computação, Educação Física, Engenharia de Computação, Engenharia de Produção, Engenharia Elétrica, Direito, Economia, Comunicação Social - Jornalismo), 3 (três) preceptores (profissionais vinculados aos serviços de saúde da SEMUS - SUS) e 1 (um) orientador de serviço (trabalhador de saúde de quaisquer níveis de formação com representação na sociedade civil organizada).

Os 10 grupos serão distribuídos nos três eixos estabelecidos pelo Programa SUS Digital e descritos no item 1.3 do edital Conjunto SEIDIGI/SGTES-MS Nº 1/2025, sendo 5 (cinco) grupos para o Eixo 1 (cultura de saúde digital, formação e educação permanente em saúde), 3 (três) grupos para o Eixo 2 (soluções tecnológicas e serviços de saúde digital no âmbito do SUS) e 2 (dois) grupos para o eixo 3 (interoperabilidade, análise e disseminação de dados e informações de saúde).

Os cenários serão as áreas técnicas no nível central da SEMUS Vitória, em especial na Coordenação de Informação em Saúde (CIS), com articulação e integração dos serviços de gestão em saúde (setores de tecnologia até a gerência de atenção à saúde), assistência, laboratório municipal, Regulação e ETSUS com as ações desenvolvidas no território (UBS, CAPS, Centro de Referência IST, NUPREV, CMEV) e laboratórios da UFES.

Justificativa

A incorporação das inovações digitais no Sistema Único de Saúde (SUS) possibilita alcançar a eficácia, eficiência e produtividade dos serviços de saúde e dos processos de trabalho, fornecendo serviços públicos inovadores com melhor qualidade ao mesmo tempo que permite cortar custos, melhorando a economia. As tecnologias digitais, como sistemas de informação, aplicativos, bancos de dados, inteligência artificial, dentre outros, transformam os serviços prestados à sociedade, potencializam a implementação e execução das políticas públicas e promovem um aumento da participação política e do engajamento cívico, contribuindo para agregar

valor às políticas públicas implementadas por meio do aumento da transparência, confiabilidade e *accountability*.

Entretanto, a transformação digital na saúde tem impactado significativamente a gestão, a governança e os processos de trabalho, exigindo a adaptação de profissionais de saúde, gestores e da comunidade. Assim, o presente projeto busca desenvolver ações estratégicas na área da Saúde Digital com a finalidade de aprimorar a formação e atuação em saúde e fortalecer o uso da tecnologia digital na rede de serviços de saúde no município de Vitória-ES. A proposta é desenvolver ações estratégicas articuladas que contribuam para o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para utilização da inovação digital na área da saúde através da educação permanente, do fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, da pesquisa, inovação em saúde e da formação dos trabalhadores e futuros trabalhadores e trabalhadoras do SUS.

Nessa perspectiva, a Universidade Federal Espírito Santo e a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS/Vitória) já desenvolvem em conjunto projetos e ações de integração ensino-serviço-comunidade por meio de Termo de Cooperação Técnica na rede docente-assistencial desde 2000. No Município de Vitória-ES, esse cenário representa uma oportunidade estratégica para aprimorar a eficiência, qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde por meio de tecnologias digitais, tendo em vista que o município, com o apoio do Ministério da Saúde, foi o precursor na integração do Prontuário Eletrônico de Saúde do Sistema Próprio municipal Rede Bem Estar (SGM-RBE) da SEMUS, à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Por meio da Portaria Municipal nº 070 de 31 de outubro de 2022 instituiu-se a saúde digital como área estratégica subordinada ao (à) Secretário (a) Municipal de Saúde, tendo caráter consultivo e executivo para o desenvolvimento de projetos técnico estratégicos voltados para a transformação digital.

O estabelecimento de um ambiente colaborativo entre instituições de ensino, serviços de saúde e a comunidade fortalece a capacitação profissional, dissemina conteúdos educativos e amplia a participação da população no uso de tecnologias digitais para o cuidado em saúde.

A interface entre as áreas de formação em saúde com o campo de saber da Engenharia, Computação, Ciências Exatas e Tecnologia possibilita o desenvolvimento e aplicação de ferramentas computacionais acessíveis. Isso facilita a construção e uso de informações estratégicas para a formação em serviço, além de contribuir para a obtenção de indicadores qualificados, apoiando a tomada de decisão em saúde. Ainda, o fortalecimento do conhecimento dos estudantes e profissionais de saúde sobre os benefícios das tecnologias digitais no cotidiano e a importância da segurança e proteção dos dados clínicos e pessoais, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), são fundamentais para o processo de formação em saúde e para a transformação digital no SUS.

Estimular a cultura da inovação nos servidores do SUS, a interoperabilidade de dados em saúde com a RNDS e a adoção e usabilidade dessas tecnologias são ações

fundamentais para o empoderamento dos servidores em relação aos benefícios da inovação tecnológica e digital no desempenho de suas funções, na qualidade dos serviços oferecidos ao cidadão e na governança e gestão pública.

A integração de diferentes níveis de atenção, por meio da interoperabilidade de sistemas e da digitalização de processos, permitirá uma coordenação mais eficaz do cuidado e melhor gestão das informações de saúde, reduzindo redundâncias e otimizando recursos. Além disso, contribuirá para a tomada de decisão baseada em dados, bem como facilitará o acesso à saúde por meio de plataformas digitais.

Ressalta-se ainda que as ações estratégicas propostas neste projeto estão alinhadas ao Programa SUS Digital e ao Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD), seguindo as diretrizes estabelecidas para a transformação digital no setor, cuja adesão foi realizada pelo município de Vitória, visando aprimorar a infraestrutura tecnológica, a interoperabilidade dos sistemas e a qualificação dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Portanto, esse projeto justifica-se pela necessidade de consolidar a transformação digital no âmbito da saúde, garantindo que as inovações tecnológicas sejam implementadas de forma estratégica e alinhadas às diretrizes das políticas públicas de saúde. Ainda, essa iniciativa representa um avanço significativo para a gestão em saúde, garantindo que o município e a universidade pública estejam na vanguarda da transformação digital na saúde.

Definição da pesquisa, desenvolvimento e inovação a serem realizados, estabelecendo objetivos, metas e estratégias para atingi-los e resultados esperados

A pesquisa abordará os três eixos estratégicos do Programa SUS Digital para, por meio da inovação digital, reduzir barreiras de acesso, aprimorar as políticas de saúde, ampliando a resolutividade dos pontos de atenção à saúde.

Objetivos:

- Formar e realizar educação permanente em saúde digital.
- Fortalecer a saúde digital por meio da inovação aberta, redes colaborativas e cocriação com a sociedade, melhorando o acesso aos serviços.
- Promover o uso de estudos e evidências para incorporação de tecnologias digitais em saúde.
- Fomentar o mecanismo e a cultura da proteção de dados pessoais e sensíveis de saúde.
- Implementar a interoperabilidade de dados de saúde com a RNDS.
- Promover soluções tecnológicas e serviços de saúde digital com adoção de registros eletrônicos alinhados aos padrões da RNDS
- Realizar a gestão e governança no compartilhamento de dados de saúde.
- Promover a disseminação de dados e informações em saúde.

- Preservar a autenticidade, integridade, rastreabilidade e qualidade da informação em saúde.

Metas:

- Qualificar 100% dos estudantes, docentes e preceptores nas atividades propostas no projeto e na realidade da saúde digital.
- Aprimorar os registros e a gestão da informação em saúde na Rede Bem Estar relacionados aos indicadores municipais de saúde.
- Alcançar competência e habilidade na usabilidade das ferramentas de inovação e saúde digital para 100% dos docentes, estudantes e profissionais do serviço envolvidos.
- Consolidar nos cursos os princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde.
- Produzir recursos pedagógicos e desenvolvimento de cursos sobre Informação e Saúde Digital, com uso ético e estratégico das tecnologias digitais.
- Aprimorar o acesso à atenção especializada e qualificar a Atenção Básica integrando dispositivos dos Serviços Digitais.
- Desenvolver pesquisas por grupo em cada eixo do projeto.
- Realizar encontros formativos de integração e formação durante os dois anos de projeto.
- Incentivar a interprofissionalidade com alicerce em tecnologias e interoperabilidade.

Estratégias:

- Ampliar a oferta de telessaúde no âmbito do SUS municipal.
- Realizar a revisão da padronização e estruturação dos registros para qualificar as informações em saúde.
- Elaborar estudos técnicos para subsidiar estratégias de saúde digital e inovação em saúde.
- Realizar mapeamento de termos, catalogando os principais termos técnicos, administrativos e clínicos utilizados no sistema.
- Padronizar modelos de terminologias em saúde.
- Realizar workshops e treinamentos presenciais e online sobre ferramentas digitais de gestão em saúde ao longo de 24 meses.
- Criar e disponibilizar uma biblioteca digital com materiais educativos sobre saúde digital.

Resultados esperados

- Qualificação de docentes, estudantes e profissionais das áreas da saúde, exatas e correlatas.
- Fortalecimento da formação em saúde, com integração entre ensino, serviço e comunidade.
- Aprimoramento da saúde digital municipal, com qualificação contínua de profissionais e implementação de novas tecnologias.
- Consolidação das pesquisas científicas, favorecendo a geração de conhecimento e sua aplicação na prática.
- Adoção de serviços digitais para a melhoria dos indicadores de saúde, redução das barreiras de acesso e engajamento da população.
- Realização de encontros formativos, seminários, impulsionando a integração e o desenvolvimento de competências.
- Execução de workshops e treinamentos presenciais e online, garantindo atualização constante e acessível para os envolvidos.

Atividades a serem desenvolvidas na execução do projeto (até o limite de 500 palavras- 4000 caracteres):

- Implementar e consolidar o Telessaúde no Sistema RBE, qualificando a Atenção Primária e ampliando o acesso à Atenção Ambulatorial Especializada, promovendo a resolutividade dos serviços de saúde de Vitória/ES.
- Criação do Núcleo de Pesquisa e Inovação em Saúde Digital (NUPIDIGi) responsável por desenvolver pesquisa e inovação aplicadas ao campo de conhecimento de informação e saúde digital alinhamento com o Programa SUS Digital de forma co-participativa entre a universidade e a SEMUS.
- Desenvolver um canal digital que promova o engajamento da população, visando a mitigação de risco sanitário.
- Elaborar plano de ação para formação de profissionais de forma contínua contemplando a interdisciplinaridade e abrangência em Saúde Digital.
- Desenvolver o Ambiente Digital de Educação Permanente e Pesquisa no Sistema RBE.
- Realizar análise de requisitos e identificar padrões de interoperabilidade exigidos pelo Ministério da Saúde para promover a interoperabilidade de dados em saúde, fortalecendo a RNDS.

Estratégias de articulação das ações entre os cursos envolvidos e entre as instituições proponentes:

A Educação Permanente em Saúde (EPS) será a estratégia base para a integração e articulação das ações entre os participantes dos cursos envolvidos no PET-Saúde/Inovação e Saúde Digital e as instituições proponentes, fomentando transformações no trabalho em saúde. Considerando que a EPS é uma estratégia fundamental para as transformações no trabalho em saúde, promovendo uma atuação crítica, reflexiva, propositiva e compromissada, busca-se, por meio desta prática, desenvolver ações estratégicas articuladas que contribuam para o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas à utilização da inovação digital na área da saúde, fortalecendo a integração entre ensino, serviço e comunidade.

As ações estratégicas para a integração ensino-serviço-comunidade incluirão capacitações contínuas e interativas, utilizando metodologias ativas, como estudos de caso, simulações práticas e trilhas de aprendizado digital, utilizando plataformas digitais para formação e troca de conhecimento. Além disso, serão realizadas estratégias para estimular a participação dos atores envolvidos por meio de discussões durante as atividades acadêmicas e nos momentos de execução do projeto, abrangendo atividades de aprimoramento e implementação de tecnologia e inovação em saúde executada pelos diversos atores.

Outra estratégia para garantir a articulação entre os atores dos cursos e instituições é formação dos grupos tutoriais, que será composto por estudantes e tutores de cursos diversos da área da saúde e outras áreas da informática, com preceptores vinculados aos serviços de saúde do SUS e trabalhador de saúde de quaisquer níveis de formação com representação na sociedade civil organizada. Assim, será possível a realização de reuniões sistematizadas, periódicas com alinhamentos estratégicos nos grupos e entre os grupos dos eixos trabalhados, para definição dos papéis e responsabilidades, metas a serem alcançadas em cada planejamento, acompanhamento da execução e sistematização de resultados.

A realização de abordagem diagnóstica dos principais problemas e necessidades para melhoria e elaboração da saúde digital na SEMUS Vitória/ES, com a discussão sobre os desafios e as potencialidades de uma prática interprofissional, que integre as áreas da saúde e outras áreas relacionadas ao campo da Informação e Saúde Digital. A integração entre o ensino, o serviço e a comunidade dar-se-á por meio da educação pelo trabalho para a saúde, problematização da realidade, participação em espaços de gestão, promoção de vínculos entre os atores envolvidos no contexto da saúde digital como estratégia para melhoria da assistência e gestão em saúde.

Indicadores de monitoramento e avaliação (considerar os compromissos obrigatórios e as atividades propostas para alcance dos objetivos):(4000 caracteres) -

- Número de projetos elaborados para implementação dos serviços digitais.

- Implementação do NUPIDIGi
- Número de docentes, estudantes e profissionais da saúde envolvidos nas ações de formação e nas estratégias de educação permanente em saúde, com ênfase na formação crítica em saúde digital.
- Monitoramento e avaliação da participação, utilizando os registros em diferentes ações.
- Avaliação qualitativa da experiência dos participantes.
- Número de reuniões entre os participantes para o planejamento integrado das ações, monitoramento e avaliação das ações;
- Número de encontros formativos e seminário de integração e formação entre os participantes do projeto e percentual de participação.
- Número de recursos pedagógicos desenvolvidos ao longo do projeto.
- Número de ações executadas pelos serviços referentes à transformação digital do SUS.
- Número de ações implementadas nos serviços de saúde relacionadas à digitalização e inovação.
- Percentual de serviços que adotaram novas práticas digitais após as capacitações.
- Inovações implementadas nos cursos de graduação envolvidos.
- Implementação de pesquisa a partir da participação no projeto.
- Número de produções científicas e técnicas relacionadas às ações desenvolvidas.

Estratégia de monitoramento e avaliação:

- Registro dos projetos desenvolvidos em um banco de dados padronizado.
- Relatórios trimestrais com a evolução dos projetos.
- Controle de participantes por meio de inscrições e listas de presença, comparação entre inscritos e participantes ativos.
- Pesquisa com participantes para identificar desafios e oportunidades de melhoria e aplicação de questionários de satisfação pós-evento.
- Registro de todas as reuniões realizadas, material produzido e temas abordados.
- Identificação dos serviços que adotaram novas tecnologias.
- Registro de pesquisas iniciadas, incluindo autores e temas.
- Identificação de projetos com aplicação prática na área da saúde digital.
- Publicação e disseminação dos resultados.
- Rastreamento das publicações científicas e técnicas geradas pelo projeto.
- Uso das produções para subsidiar políticas públicas e práticas de saúde digital.

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:29:26. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
788D7B2D-1D72-4638-9583-86D23399E8B9



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

INOVAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NO SUS DE VITÓRIA-ES: FORTALECENDO GESTÃO, ATENÇÃO, TRABALHO, ENSINO E CONTROLE SOCIAL

DIRETRIZES PARA ATIVIDADES DOS PRECEPTORES E MONITORES DE OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2025



Vitória-ES, 2025



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

1. INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, é reconhecida como uma das redes prioritárias do Ministério da Saúde, estruturada para garantir atenção integral às pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ela é composta por diferentes pontos de atenção, como a Atenção Básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços hospitalares de referência, as unidades de acolhimento, o Consultório na Rua e outros dispositivos intersetoriais. Dentro dessa política, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) se configura como ferramenta fundamental para a construção coletiva do cuidado, auxiliando na articulação do cuidado, fortalecendo o planejamento compartilhado, interdisciplinar e centrado no usuário.

Apesar da relevância do PTS, sua aplicação prática no município enfrenta desafios: registros fragmentados, dificuldade de comunicação entre serviços, ausência de padronização e limitações no monitoramento dos planos terapêuticos. Nesse sentido, a implementação de uma ferramenta digital no Prontuário Eletrônico para o registro e acompanhamento do PTS surge como uma necessidade estratégica para qualificar a gestão do cuidado em saúde mental.

A proposta de informatização do PTS dentro do sistema RBE e de Prontuário Eletrônico emerge como uma ferramenta estratégica para superar os desafios atuais, como a fragmentação dos registros e a comunicação limitada entre os profissionais. Ao incorporar o PTS ao ambiente digital do prontuário eletrônico, poderá ser possível registros uniformizados, seguros e acessíveis, facilitando o acompanhamento longitudinal do paciente e a troca de informações em tempo real entre as equipes multiprofissionais.

Além disso, essa integração favorece o monitoramento contínuo e a avaliação dos planos terapêuticos, promovendo uma gestão do cuidado mais efetiva e centrada nas necessidades do usuário, permitindo o alinhamento das ações de saúde com o contexto biopsicossocial e os recursos disponíveis.

Desta forma, as atividades e ações dessa primeira fase do PET-Saúde Digital serão voltadas para o desenvolvimento de um protótipo do PTS para posterior implementação na RBE. A ferramenta possibilitará não apenas integrar equipes multiprofissionais da RAPS, mas também produzir relatórios e indicadores que apoiem o monitoramento clínico, a avaliação do cuidado e a gestão municipal para tomada de decisão. Dentro desse processo, tutores e preceptores assumem papel central, conduzindo atividades de formação dos monitores, acompanhamento em serviço e validação do protótipo, fortalecendo a interprofissionalidade e a cultura de saúde digital na saúde mental.

As atividades e ações propostas deverão ser executadas pelos 8 grupos tutoriais entre os meses de outubro a dezembro de 2025.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

2. OBJETIVOS

- Executar a implementação do PET Saúde: Informação e Saúde Digital.
- Alinhar as ações de ensino e prática profissional aos princípios do SUS, do Programa SUS Digital e da Política Nacional de Saúde Mental.
- Orientar tutores, preceptores, orientadores de serviço e monitores quanto às atividades semanais relacionadas ao desenvolvimento e validação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no campo da saúde mental.
- Favorecer a integração multiprofissional entre universidade, serviços da RAPS e gestão municipal, garantindo a construção colaborativa da ferramenta.
- Promover a formação em serviço em saúde digital, com ênfase na clínica ampliada e no cuidado centrado no usuário.
- Assegurar a qualidade e a padronização dos registros do PTS, fortalecendo a comunicação entre os diferentes pontos da RAPS.

3. Matriz de Atividades Mensais para Aplicação nos Grupos Tutoriais

MÊS	OBJETIVO	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	ENTREGA/ PRODUTO	SETOR/ EQUIPES APLICAÇÃO ROTEIRO
Outubro	Mapear itinerário do paciente nas UBS conforme roteiro.	Realizar visita nas UBS indicadas	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Roteiro de Visita preenchido pelos monitores e entregue ao preceptor	Recepção ACS Equipe da avaliação Inicial
	Mapear os pontos da RAS e RAPS que utilizam PTS (APS, CAPS, Casa Rosa, Nuprevi, consultório na rua, pronto atendimento, etc.).	Realizar mapeamento conforme Roteiro anexo	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	-	Equipe da APS e e-Multi



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

	Mapear formas de organização das equipes para atendimento do usuário de saúde mental	Observação das atividades na equipe, diálogo com equipes, participação das reuniões de equipe e de matriciamento	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Mapeamento em formato de mapa mental - Modelo Bizagi	Equipe da APS e e-Multi
	Mapear a carta de serviços para saúde mental no serviço	Levantamento das informações conforme roteiro	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Relatório consolidado por eixo	Site PMV
	Mapear como é feito o PTS nos serviços pelas diversas equipes de saúde	Levantamento das informações conforme roteiro	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Relatório consolidado por eixo	Equipe da APS e e-Multi
	Mapear como é a interação entre as equipes de AB e CR e E-multi	Levantamento das informações conforme roteiro	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Relatório consolidado por eixo	Equipe da APS e e-Multi
Atividades complementares	Leitura e discussão da RAPS Leitura de documentos norteadores sobre PTS na saúde mental Leitura e discussão sobre o papel da APS e E-multi na saúde mental a luz das diretrizes ministeriais e municipais				

MÊS	OBJETIVO	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	ENTREGA/ PRODUTO	SETOR/ EQUIPES APLICAÇÃO ROTEIRO
Novembro	Mapear itinerário do paciente nas nos CAPS, CRAI e CASA Rosa conforme roteiro. Mapear os pontos da RAS e RAPS que utilizam PTS (APS, CAPS, Casa Rosa, Nuprevi consultório na rua, pronto atendimento etc.).	Realizar visita nas UBS indicadas	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Roteiro de Visita preenchido pelos monitores e entregue ao preceptor	Equipe da APS e e-Multi
	Mapear formas de organização das equipes para atendimento do usuário de saúde mental	Observação das atividades da equipe, diálogo com equipes, participação das reuniões de equipe e de matriciamento	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Mapeamento em formato de mapa mental	Equipe da APS e e-Multi
	Mapear a carta de serviços para saúde mental no serviço	Levantamento das informações conforme roteiro	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Relatório consolidado por eixo	Site PMV



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

	Mapear como é feito o PTS nos serviços pelas diversas equipes de saúde	Levantamento das informações conforme roteiro	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Relatório consolidado por eixo	Equipe da APS e e-Multi
Atividades complementares	Leitura e discussão sobre atenção especializada no contexto da nova política Leitura e discussão sobre telessaúde				

MÊS	OBJETIVO	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	ENTREGA/ PRODUTO	SETOR/ EQUIPES APLICAÇÃO ROTEIRO
Dezembro	Mapeamento do Sistema RBE para registro, monitoramento e acompanhamento da saúde mental na perspectiva das equipes de saúde nos diversos cenários de atendimento.	Acesso e análise do sistema RBE conforme roteiro	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Relatório consolidado por eixo	Equipe da APS e e-Multi
	Mapeamento do Sistema RBE para registro, monitoramento e acompanhamento da saúde mental na perspectiva da gestão/ vigilância em saúde/ atenção especializada.	Acesso e análise do sistema RBE conforme roteiro	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Relatório consolidado por eixo	Saúde Digital
	Levantar as variáveis existentes (o que está hoje na APS, especializada e RAPS) e identificar duplicidades/lacunas. Definir regras de confidencialidade e perfis de acesso (ex.: violência sexual → acesso restrito).	Acesso e análise do sistema RBE conforme roteiro	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores	Relatório consolidado por eixo	Saúde Digital Equipe da APS e e-Multi
	Definir requisitos técnicos iniciais para prototipagem.	Sistematização dos dados levantados Discussão com as equipes sobre campos obrigatórios do PTS	Preceptores/ Orientador serviço /Monitores/Tutores	Documento técnico preliminar elaborado e apresentado na última reunião geral do ano	Saúde Digital
Atividades complementares	Formação em sistemas de informação para monitores, preceptores e tutores Ler e discutir sobre indicadores de processo e resultado a luz de referenciais teóricos e políticas da saúde mental e evidências científicas.				



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

4. Matriz de Objetivos Específicos dos Grupos Tutoriais, alinhados aos Eixos Temáticos e ao Projeto Geral do PET

EIXO 1: Cultura de saúde digital, formação e educação permanente em saúde.

PERÍODO	OBJETIVO GERAL DA VISITA	EIXO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	GRUPO TUTORIAL RESPONSÁVEL	CENÁRIO DE PRÁTICA PARA VISITA	PRODUTO ENTREGUE
OUT NOV DEZ	Mapear o itinerário do paciente nos diversos pontos de atenção à saúde mental, as formas de organização das equipes para o atendimento do usuário de saúde mental, como fazem o PTS do paciente da saúde mental, como é articulação entre as equipes dos pontos de atenção para realizar o cuidado	Cultura de saúde digital, formação e educação permanente em saúde.	-Identificar como e quais tecnologias digitais os profissionais utilizam para apoio do cuidado/gestão e acompanhamento da saúde	I	US Santo Antônio	
				II	US Bonfim e Alagoano	
				III	UBS Andorinhas	
			-Identificar junto aos profissionais, gestores e usuários competências digitais para uso de tecnologias que auxiliam no cuidado ou autocuidado	IV	UBS São Cristóvão	
			-Identificar como as equipes usam estudos e evidências científicas para subsidiar as condutas, os processos de trabalhos e/ou fluxos adotados			



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

EIXO 2: Soluções tecnológicas e serviços de saúde digital no âmbito do SUS

MÊS	OBJETIVO GERAL DA VISITA	EIXO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	GRUPO TUTORIAL RESPONSÁVEL	CENÁRIO DE PRÁTICA PARA VISITA	PRODUTO ENTREGUE
OUT NOV DEZ	Mapear o itinerário do paciente nos serviços especializados UBS, as formas de organização das equipes para o atendimento do usuário de saúde mental, e como fazem o PTS do paciente da saúde mental	Soluções tecnológicas e serviços de saúde digital no âmbito do SUS	Identificar os fluxos assistenciais e administrativos existentes mapeando etapas, atores envolvidos e principais demandas de registro e acompanhamento.	V	UBS Santo Antônio	
			Levantar necessidades e desafios vivenciados por profissionais de saúde, gestores, usuários e familiares na elaboração, registro e monitoramento do PTS.	VI	Grande Vitória	



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

EIXO 3: Interoperabilidade, análise e disseminação de dados e informações de saúde

MÊS	OBJETIVO GERAL DA VISITA	EIXO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	GRUPO TUTORIAL RESPONSÁVEL	CENÁRIO DE PRÁTICA PARA VISITA	PRODUTO ENTREGUE
OUT NOV DEZ	Mapear o itinerário do paciente nos serviços especializados UBS, as formas de organização das equipes para o atendimento do usuário de saúde mental, e como fazem o PTS do paciente da saúde mental	Interoperabilidade, análise e disseminação de dados e informações de saúde	Identificar dados e terminologias: campos já existentes, codificações (ex.: CIAP CID-10) e lacunas no sistema RBE.	VII	UBS Jardim Camburi / CAPS Ad	
			Mapear sistemas e bases de dados já utilizados, e possibilidades de integração, interoperabilidade e redução da duplicidade de registros. Identificar quais as atividades e ações que as equipes realizam para garantir a segurança e proteção dos dados pessoais e sensíveis durante a elaboração do PTS.	VIII	UBS São Cristóvão/ Ilha de Santa Maria / CAPS São Pedro	



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Informação em Saúde

ANEXO I

ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA:

JORNADA DO PACIENTE - FOCO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA UBS

<https://forms.office.com/r/4rmryFy9Fd>

Equipe Técnica UFES/PMV/SEMUS/CIS

Universidade Federal do Espírito Santo

Mabel Gonçalves Almeida

Coordenação de Informação em Saúde/Saúde Digital

Tiago Nogueira do Nascimento

Higino Mendes de Oliveira Neto

Andréa Barbosa Alves

Dilzilene Cunha Sivorino Farias

Sheila Cristina de Souza Cruz

O documento foi adicionado eletronicamente por RODRIGO DOS SANTOS SCARABELLI, CPF: ***.81.517-** em 11/12/2025 15:29:52. Para verificar a autenticidade do documento, vá ao site ["https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao"](https://protocolo.vitoria.es.gov.br?validacao) e utilize o código abaixo:
E90DCDA8-503B-4F14-ADA0-34AB7CDF0B93

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi assinado eletronicamente e pode ser acessado no endereço /autenticidade utilizando o identificador 3300330033003700320037003A005000

Assinado eletronicamente por **Valdir Barcelos de Jesus** em 23/12/2025 16:21

Checksum: **443B6DC7EB2C866312BCA88AAAAF7DE1B28F65C63AF2F0725F3833E1346B32A4**