



A SAÚDE MENTAL NA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Maria Lucia Teixeira Garcia¹
Lara da Silva Campanharo²
Edineia Figueira dos Anjos Oliveira³

Resumo

O artigo reflete sobre os limites e contradições presentes no planejamento financeiro das ações e serviços em saúde mental, evidenciando o lugar da saúde mental na Programação Pactuada Integrada (PPI). Trata-se de pesquisa documental de abordagem mista, a partir de dois documentos: a Programação Pactuada Integrada da Saúde Mental do Espírito Santo de 2023 (de acesso restrito) e o Plano Diretor de Regionalização (de acesso público). Para análise dos dados utiliza estatística descritiva e análise de conteúdo do tipo categorial. Os resultados evidenciaram uma PPI que contou basicamente com recursos federais, com capacidade limitada de realizar a programação física e falta de atualizações sistemáticas. Conclui que a construção e operacionalização da PPI Capixaba enfrentam desafios em relação ao seu financiamento, pactuações de serviços, estruturação de redes de serviço, entre outros obstáculos que dificultam pactos entre os gestores dos três níveis de gestão que assegurem a assistência da população capixaba.

Palavras-chave: Programação Pactuada Integrada; política de saúde mental; planejamento; financiamento; Sistema Único de Saúde.

MENTAL HEALTH IN THE INTEGRATED AGREED HEALTH PROGRAMMING OF ESPÍRITO SANTO

Abstract

This paper reflects on the limits and contradictions within financial planning for mental health actions and services, highlighting the place of mental health in the Integrated Agreed Programming (PPI). This is documentary research with a mixed approach, based on two documents: the Integrated Agreed Programming for Mental Health of Espírito Santo from 2023 (with restricted access) and the Regionalisation Master Plan (with public access). To analyse data we used descriptive statistics and categorical content analysis. The results showed that PPI relied, fundamentally, on federal resources, that there was limited capacity to carry out physical programming, and there was a lack of system updates. We conclude that the structure and operationalisation of PPI Capixaba faces challenges in relation to its financing, service agreements, structuring of service networks, and other obstacles that make it difficult to reach agreements between managers at the three levels of management to guarantee care to the population of Espírito Santo.

Keywords: Integrated Agreed Programming; mental health policy; planning; financing; single health system.

Artigo recebido em: 03/05/2024 Aprovado em: 20/11/2024
DOI: <https://dx.doi.org/10.18764/2178-2865v28n2.2024.41>

¹ Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: lucia-garcia@uol.com.br

² Bacharel em Serviço Social. Mestre em Política Social (PPGPS/UFES). Doutoranda em Política Social (PPGPS/UFES). E-mail: laracampanharo@gmail.com

³ Bacharel em Serviço Social (Ufes). Mestre, Doutora e Pós-doutora em Política Social (PPGPS/Ufes). E-mail: eoliveiranjos@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), exigiu a conformação de um conjunto de legislações básicas de organização do SUS, que são a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas de 1990 (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b), e de diversos instrumentos jurídicos que foram instituídos para normatização da gestão do SUS.

As Normas Operacionais Básicas (NOBs), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) e o Decreto nº 7.508 (Brasil, 2011) foram, ano a ano, definindo novos contornos para o SUS. São essas normativas que regulamentaram o avanço do processo de descentralização da gestão da saúde, possibilitando a criação de instâncias de debates e decisões entre os entes federativos – como os Conselhos de Saúde, os Colegiados Intergovernamentais (Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs)) – e normatizam a forma de financiamento da política de saúde (Dourado; Elias, 2011; Brasil, 2003).

Para efetividade dessas normativas, foram criados instrumentos de planejamento e aprimoramento da gestão do SUS. Entre esses instrumentos está a Programação Pactuada e Integrada da Saúde (PPI). Proposta na NOB 96 (Brasil, 1996), a PPI define que o conjunto de necessidades de ações em saúde seja planejado pelos gestores em cada território e pactuado nas Comissões Intergestores Regional (CIR) Bipartite e Tripartite (Brasil, 2006). Trata-se de um planejamento de gestão do SUS dos entes federativos (União, estados e municípios) que envolve financiamento para execução das ações e serviços de saúde. Além de definir o montante de recursos para execução das ações de saúde, a PPI define se tais ações serão realizadas no próprio município ou se serão encaminhadas para outros, considerando a capacidade tecnológica para dar conta das necessidades de saúde de sua população, e é coordenada pelo gestor estadual, baseada nas necessidades de cada território (Brasil, 2006). Em resumo, a PPI é um processo de planejamento no qual são definidas e quantificadas as ações e serviços de saúde para a população própria e referenciada e o custeio dessas ações.

A implementação da PPI respondeu a um desafio histórico da área da saúde (anterior ao próprio SUS), que é a necessidade de organização e articulação das ações e serviços nos territórios de forma regionalizada (Oliveira, 2004), envolvendo as atividades da assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância epidemiologia e controle de doenças (Brasil, 1996).

Com a instituição do Pacto da Saúde em 2006, criou-se uma nova lógica para a formação da PPI, que deveria seguir as definições das prioridades elencadas nas metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais (Brasil, 2006). Nesse sentido, o Ministério da Saúde definiu áreas estratégicas, visando orientar o processo de programação (Figura 1), integrando ações básicas e de média complexidade no planejamento, já que ambos passariam a ser planejados no mesmo processo (Brasil, 2006).

Figura 1 – Áreas estratégicas na Programação Pactuada Integrada



Fonte: Brasil, 2006b. Sistematizado pelas autoras.

Além disso, os gestores estaduais e municipais tinham autonomia para acrescentar outras áreas e ações de saúde, considerando seus planos de governo (Brasil, 2006). Porém, parafraseando Gomes (2014), o processo foi lento, instável e complexo. E ainda, apesar da importância na organização e gestão do SUS, o conhecimento acerca do papel da PPI na garantia da integralidade da atenção à saúde é incipiente (Moreira; Tamaki, 2017). É nesse contexto que se insere nosso objeto. Entendendo a diversidade entre as áreas estratégicas englobadas na PPI, questionamos: quais e como as ações e serviços do campo da saúde mental estavam presentes na PPI do estado do Espírito Santo? A escolha da saúde mental se justificava pela continuidade de pesquisas anteriores e pela necessidade de discutir o planejamento e financiamento de uma área da saúde marcada pela ausência nos documentos do orçamento geral do Espírito Santo e nos documentos específicos da política de saúde, do baixo alcance das metas estabelecidas para a campo e das disputas políticas, ideológicas e econômicas que historicamente atravessam a saúde mental (Amarante, 1995; Campanharo, 2023). Circunscrevemos nosso debate na política de saúde mental – área prioritária. Entender como a saúde mental está presente na PPI permite adensar as discussões do planejamento e financiamento dessa

política no estado do Espírito Santo, possibilitando análises sobre a política de saúde mental desse estado.

Este artigo, partindo da Programação Pactuada e Integrada de Saúde do Estado do Espírito Santo de 2023, tem por objetivo refletir sobre os limites e contradições presentes no planejamento financeiro das ações e serviços em saúde mental, evidenciando o lugar da saúde mental na PPI. Localizado na região Sudeste do país, o estado do Espírito Santo possui 78 municípios, sendo marcado por uma concentração populacional na região metropolitana da Grande Vitória (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e a capital, Vitória), com 49% da população (IJSN, 2022). Por outro lado, há 10 municípios (12,8%) com menos de 10 mil habitantes (IBGE, 2022). Esse estado apresenta profundas desigualdades regionais em termos socioeconômicos, tendo a capital, Vitória, o mais alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do estado e 4º do país (0,845) (IJSN, 2022). Em termos de Plano Diretor de Regionalização (PDR), o estado é organizado em três Regiões de Saúde (Resolução nº153/2020/SESA/ES) (Espírito Santo, 2020). A região mais densa é a Metropolitana, com 2.410.051 mil habitantes (23 municípios), seguida da região Central Norte, com 971.605 mil habitantes (29 municípios), e da região Sul, com 682.396 mil habitantes (26 municípios).

O artigo está dividido em mais quatro seções, além desta Introdução. A seguir, tratamos dos procedimentos metodológicos, no qual explicitamos os métodos e técnicas empregados. Posteriormente, refletimos sobre as características gerais da PPI no âmbito do SUS e, especificamente, no estado do Espírito Santo, mostrando os limites e desafios presentes na implementação do instrumento no território capixaba, com foco na saúde mental. Os resultados apontaram como a PPI capixaba não atingiu sua capacidade integral após implementação, com limites do financiamento e das explicitações das pactuações (nos níveis estadual e municipal). Por fim, nas considerações finais, ressaltamos os limites e contradições no planejamento financeiro das ações e serviços em saúde mental.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa documental de abordagem quali-quantitativa. Nosso *corpus* envolveu dois documentos: a Programação Pactuada Integrada (PPI) no que tange à saúde mental do ano de 2023 (de acesso restrito) e o Plano Diretor de Regionalização do estado do Espírito Santo de 2020 (de acesso público). Para acesso à PPI, recorreremos ao Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde (NEPSS), da Secretaria da Secretaria de Saúde de Estado do Espírito Santo (SESA), responsável pelo Planejamento e Programação de ações e serviços de saúde no estado.

Nesse setor, foram solicitadas informações para esclarecimento de dúvidas referentes à PPI. Para fins de uso dessas informações, elas foram codificadas como NEPSS.

Quanto ao PDR, consideramos o processo de referência dos municípios deve ser realizado dentro do pacto de regionalização. As variáveis foram: municípios que encaminham e municípios que recebem; municípios referenciados e valores encaminhados; modalidades de serviços referenciados e valores encaminhados; modalidades de serviços sob gestão estadual e valores encaminhados. Para análise dos dados, utilizamos a estatística descritiva (dados quantitativos) e análise de conteúdo (dados qualitativos).

A pesquisa foi submetida ao Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI)¹, responsável por emitir o parecer de aprovação para a realização de pesquisas no âmbito da SESA (ICEPI, 2024) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), recebendo dispensa de apreciação.

3 A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA NO SUS: ferramenta da gestão

A União, os estados e os municípios utilizam vários instrumentos de gestão. Os principais Instrumentos de Gestão em Saúde ligados ao planejamento são: a Agenda de Saúde; os Planos de Saúde; os Relatórios de Gestão; o Plano Diretor de Regionalização (PDR); e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) (Brasil, 2002). A PPI é uma etapa do processo de planejamento da saúde que demanda alocação de recursos e deve ser realizado concretizando as diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, com base no Plano de Saúde e no Plano Diretor de Regionalização (Brasil, 2002).

A PPI delinea as ações, tendo o Plano Diretor de Regionalização como documento orientador, pois ele define os municípios de referências para onde os gestores vão encaminhar suas demandas de saúde. É importante destacar que a PPI não responde a todas as necessidades de programação das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, restringindo-se a ações e/ou procedimentos de interesse ou de responsabilidade compartilhada que envolvam critérios de alocação de recursos do SUS² (Brasil, 2002). Ou seja, não entram na PPI as ações de saúde cuja execução depende apenas do processo de organização da gestão municipal ou estadual.

Para execução das ações compartilhadas, as responsabilidades de cada gestor do sistema são fixadas na PPI, de forma que a população tenha acesso aos serviços de saúde, seja no próprio território, seja por via de encaminhamento a um município de referência dentro da sua Região de Saúde. Cada município deve ter clareza de sua capacidade alocada para executar as ações dentro da programação para, então, negociar com os outros gestores as ações que serão referenciadas, considerando o Plano Diretor de Regionalização (Brasil, 2002). Assim, o gestor municipal deve

conhecer as necessidades dos habitantes de seu município, a quantidade de usuários que serão atendidos no município e quantidade de usuários a serem encaminhados para municípios de referência, bem como conhecer as especialidades profissionais e os recursos tecnológicos disponíveis e demandados (Brasil, 2002).

Para contribuir com o funcionamento da PPI, o Ministério da Saúde criou, a partir da NOB 2001/02, o Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPi), possibilitando aos estados e municípios o registro das pactuações (Gonçalves, 2015). Todavia, apesar das normativas e aparatos tecnológicos criados para contribuir com o processo de implementação da PPI nos estados do país, em termos gerais, os entes federados enfrentam dificuldades no processo de implementação e efetivação da PPI (Gonçalves, 2015). Entre essas, as condições de gestão necessárias para a implantação da PPI de forma sistemática e contínua.

No caso do Espírito Santo, até o Pacto pela Saúde, os recursos federais e estaduais de média complexidade mantiveram-se centralizados no estado - vários municípios se habilitaram na gestão básica, inclusive a capital Vitória (Mesquita, 2010). Porém o estado não garantiu registro no sistema de quanto estava sendo aplicado por usuários de cada município (Mesquita, 2010). A assinatura do Pacto pela Saúde, com o Termo de Compromisso de Gestão, no ano de 2008 (Espírito Santo, 2008), por meio do qual os municípios passaram a assumir a gestão dos recursos da média complexidade, exigiu do estado a definição do histórico do acesso ao total que era aplicado e utilizado por cada município. Isso provocou atraso nas assinaturas dos pactos no estado, pois, para transferir a responsabilidade da ação para os municípios, o ente estadual deveria definir o volume de recurso sob gestão do município. Isso, conseqüentemente, dificultava o processo de pactuação dos atendimentos para os municípios de referência (os que atendiam demandas da média complexidade de outros municípios).

3.1 A PPI do Espírito Santo antes e após ao Pacto pela Saúde

A primeira PPI do estado foi pactuada entre 2003 e 2004, com uma série de dificuldades, entre elas, a não garantia de um *software* que atendesse a demanda, bem como a ausência de manutenção da pactuação entre municípios e estado (Mesquita, 2010). Mas, “somente em 2011 foi elaborada uma nova versão da PPI, que aprovada nas instâncias de decisão do SUS, passou a vigorar, a partir de 2012, sendo atualizada anualmente até o ano de 2015” (NEPSS).

O atual cenário é de uma PPI, que, apesar de seguir ao que está posto na Portaria do Ministério da Saúde nº 06/2017 (Brasil, 2017), “há 8 anos utiliza a mesma população base (população

de 2015, ano que ocorreu a última reprogramação geral) para este planejamento” (NEPSS). Além disso, a inexistência de um *software* que sistematizasse o histórico de atendimento da assistência de média e alta complexidade no estado, com identificação da origem do usuário que acessou o serviço, acabou gerando barreiras para a construção de uma PPI que tivesse como base de cálculo do teto financeiro a população demandante de cada território (a diferença entre 2015 e 2023 foi de 7% em termos populacionais). E o Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPPI) do governo federal foi incapaz de inserir novas programações, já que os cálculos feitos pelo sistema apresentavam inconsistências. O limite dado impunha aos gestores e aos serviços a programarem suas ações com o limite financeiro do teto da esfera federal sem o registro, na PPI, de recursos extrateto por parte dos estados e municípios. Essa ação resulta em uma quebra de pacto que tem como base uma PPI não programada dentro da necessidade, tendo como um de seus principais problemas a quebra do princípio do financiamento tripartite. “Cabe destacar que a PPI programada em 2011 contava com recursos dos três entes federados e explicitados e atualizados na programação. Entretanto, em 2015, quando o sistema operacional (SISPPPI) apresentou inconsistências, não foi mais possível identificar e atualizar os recursos estaduais e municipais” (NEPSS).

Assim, o instrumento em terras capixabas segue enfrentando os mesmos problemas que já eram anunciados como dificuldades nacionais em 2006, tais como: falta de definição de recursos das três esferas de gestão; atualização da função programática considerando a população e a necessidade; ineficiência na negociação e formalização dos pactos entre os gestores; ausência de *software* gerencial que suporte as sucessivas e necessárias atualizações (Mesquita, 2010).

Apesar do avanço normativo servindo como orientador para a implementação do SUS, no caso do Espírito Santo, a PPI nunca funcionou em sua total capacidade, e isso repercute em todas as áreas prioritárias, entre elas, a saúde mental.

3.2 A PPI e a saúde mental no Espírito Santo

No que concerne à saúde mental, a PPI contava, até 2008, “com os recursos de custeio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), recebidos com base nas produções dos serviços registrados no sistema Datasus/Tabnet, que os entes federados com CAPS registravam no sistema” (NEPSS).

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.867/2008, o estado passou a receber da União os primeiros incentivos para a saúde mental, direcionados a dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sob gestão do estado: CAPS II Cidade (Cariacica) e CAPS II (Cachoeiro do Itapemirim).

Assim, o recurso federal repassado para os CAPS passou a se caracterizar como “incentivo de custeio”. Trata-se de um valor fixo mensal para cada tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD e CAPS AD III). Ou seja, os procedimentos registrados no sistema não eram para fins de remuneração, mas apenas para fins de registro para monitoramento e avaliação, demonstrando a capacidade de oferta e o modo de funcionamento do serviço. Esse processo de pagamento por produção foi substituído pela habilitação dos equipamentos, hoje regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 6, de 26 de setembro de 2017 (Brasil, 2017). É certo que tanto o estado quanto os municípios com CAPS garantem recursos para o funcionamento desses dispositivos assistenciais de média complexidade, mas os recursos garantidos por esses entes federados não se encontram inseridos na PPI, o que implica falha na composição da PPI como instrumento de planejamento.

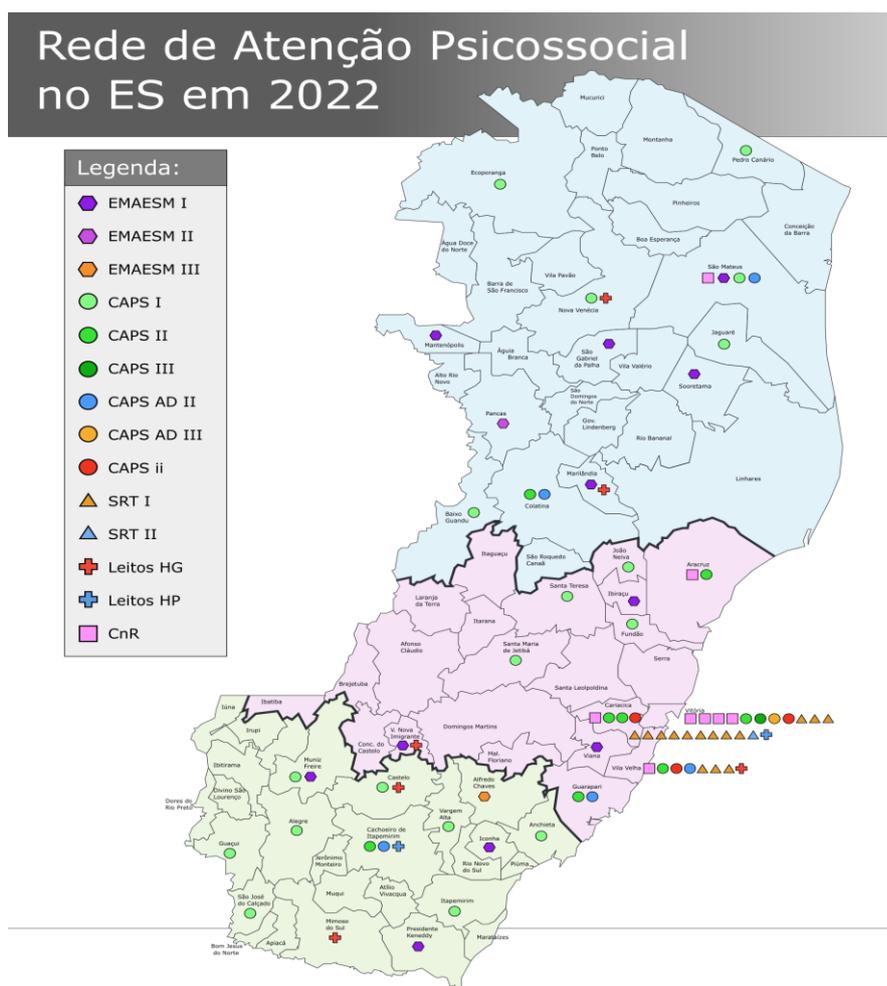
Além dos procedimentos realizados nos CAPS, a PPI em termos da saúde mental registra os realizados em ambulatórios e/ou unidades de saúde de referência (acompanhamento em oficinas terapêuticas, acompanhamento álcool/drogas), bem como acompanhamentos em residências terapêuticas, acompanhamento por Equipes Mínimas de Saúde Mental e internações em hospitais gerais e psiquiátricos. A existência desses dispositivos assistenciais nos territórios garante recursos de incentivo encaminhados pelo gestor federal, bem como encaminhamentos de municípios que não dispõem desses dispositivos para atendimento a sua população.

4 A PPI DA SAÚDE MENTAL CAPIXABA: limites, contradições e demandas ao planejamento

Dos 78 municípios do estado do Espírito Santo, 17 são referenciados na RAPS, por eles próprios ou por outros municípios, para executarem procedimentos ambulatoriais de média complexidade, tendo em vista que dispõem de dispositivos assistenciais em saúde mental.

Os serviços da RAPS do estado do Espírito Santo estão distribuídos, em maior ou menor densidade, nas três regiões de saúde do estado (Figura 2). Tais serviços são constituídos por: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Leitos em Hospitais Gerais, Leitos psiquiátricos, Consultório na Rua (CnR) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Para o estudo da PPI, acrescentamos os procedimentos ambulatoriais do campo da saúde mental realizados em dispositivos assistenciais como ambulatórios, Hospitais de Pequeno Porte com Pronto Socorro, Pronto Atendimento, entre outros.

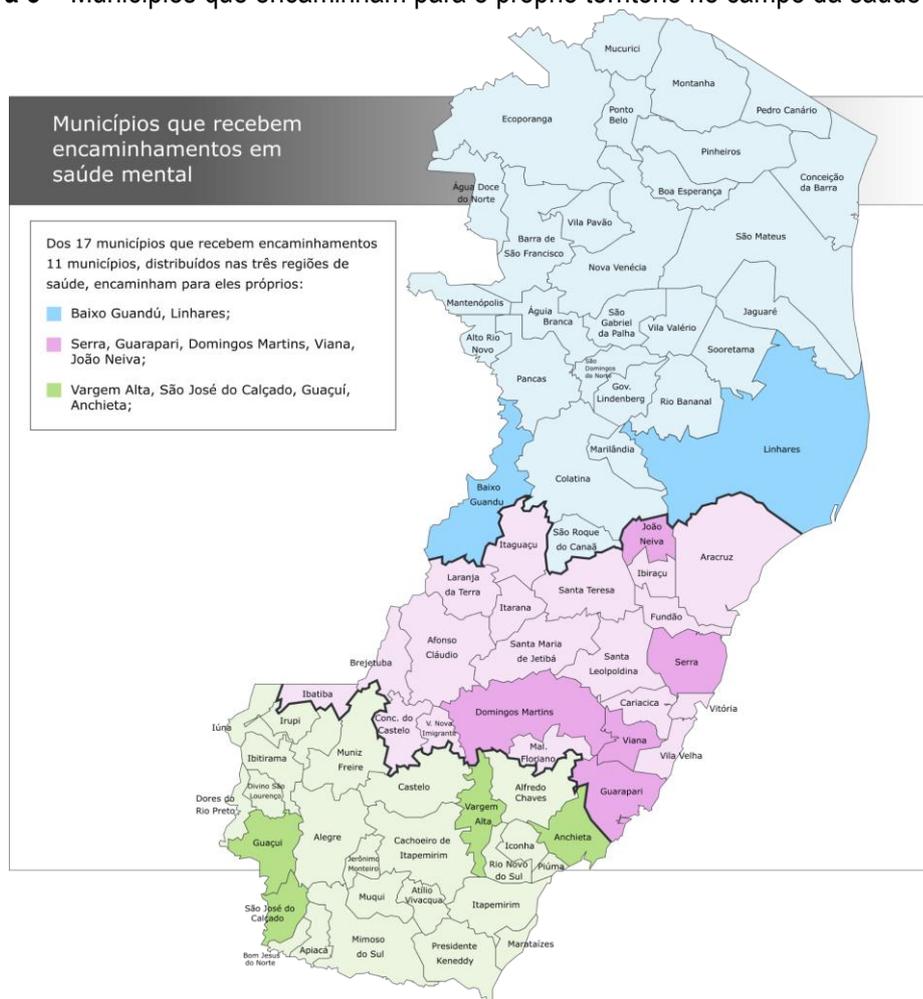
Figura 2 – Rede de Atenção Psicossocial em 2022



Fonte: SESA, 2022. Atualizado pelas autoras considerando os dados da PPI 2023.

Dentre os 17 municípios referenciados na RAPS, encontram-se os que possuem dispositivos de maiores complexidades como CAPS e/ou Hospitais Gerais ou psiquiátricos (Vitória, Cariacica, Vila Velha, Serra e Cachoeiro de Itapemirim); municípios que não possuem dispositivo assistencial específico da RAPS (Domingos Martins e Viana), mas que, ainda assim, realizam procedimentos ambulatoriais no campo da saúde mental; municípios que têm apenas um dispositivo, como Baixo Guandu, João Neiva, Anchieta, Guaçuí, São José dos Calçados e Vargem Alta (todos com um CAPS I) e Linhares (CAPS II) (Sesa, 2023). Destes, 11 municípios encaminham para o próprio território (Figura 3).

Figura 3 – Municípios que encaminham para o próprio território no campo da saúde mental

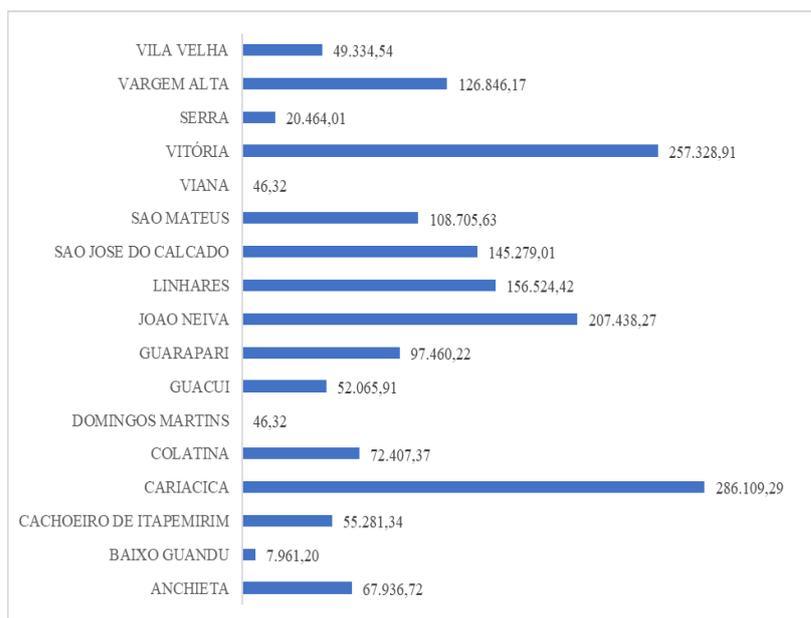


Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da PPI/SESA, 2023.

Trata-se de municípios que, considerando os dispositivos assistenciais do seu território, consideram que dão conta de atender, ainda que de forma limitada, demandas de saúde mental de seus municípios, entretanto, não se comprometem a absorver demandas de outros municípios no campo da saúde mental.

Nas três macrorregiões de saúde do estado, seis municípios receberam encaminhamentos de outros municípios para acompanhamento em CAPS, acompanhamento álcool e drogas, atendimento em oficina terapêutica II³, atendimento em Residência Terapêutica (Figuras 4, 5 e 6). São municípios com maior densidade tecnológica, com diferentes dispositivos assistenciais que podem ser acionados para atendimento no campo da saúde mental.

Gráfico 1 – Municípios executores de procedimentos ambulatoriais na RAPS e cota financeira do encaminhador – 2023



Fonte: Elaborado pelas autoras com dados de SESA, 2023.

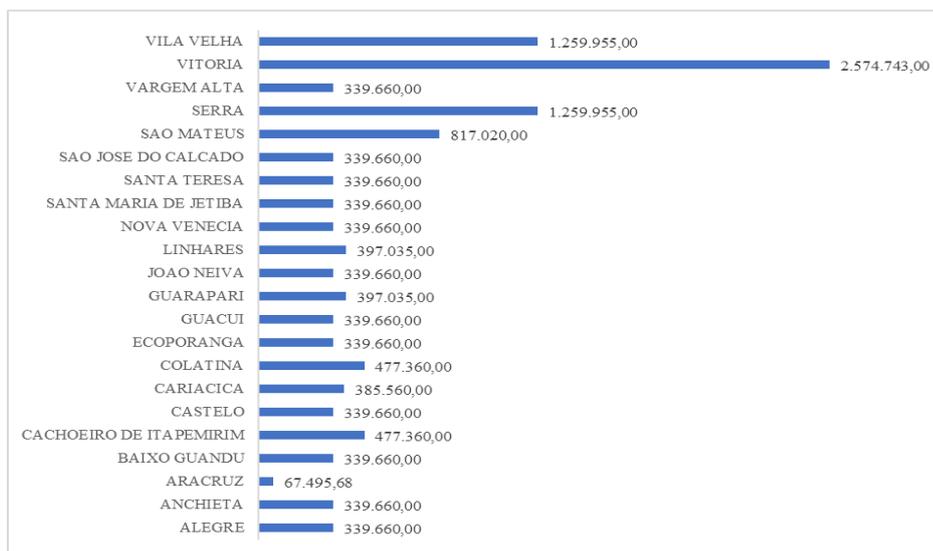
Os municípios mais referenciados para procedimentos ambulatoriais de saúde mental e com maior envio de cota do município encaminhador são aqueles que, independentemente do número de dispositivos assistenciais disponíveis, pactuaram com os demais a receberem suas demandas de saúde mental para: atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada, consulta médica em atenção especializada em psiquiatria, atendimento/acompanhamento em reabilitação mental. O fluxo de encaminhamentos evidencia vazios assistenciais, considerando que, ao referenciar para outro, o município declarava não dispor desses atendimentos em seu território, e apenas 32 (41%) dos 78 municípios do estado possuem algum tipo de dispositivo assistencial em saúde mental (Figura 2) e 17 são referenciados no campo da saúde mental. Ou seja, 21,8% dos municípios capixabas são referência no campo da saúde mental (Espírito Santo, 2021).

A região metropolitana, com maior densidade populacional (2.410.051 habitantes) é a que dispõe de maior número de dispositivos assistenciais (14 Leitos em HG, 1 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM)], 19 CAPS, 50 Leitos em HP) e apresenta maior déficit de serviços (déficit: 19 CAPS, 91 Leitos em HG)(Espírito Santo, 2021). Este estudo mostrou que os municípios da região Sul, que constituem menor densidade demográfica na região (682.396 habitantes), são os municípios que menos encaminham e que também constituem menor déficit de serviços por região (déficit: 12 Leitos em HG, 9 CAPS) (Espírito Santo, 2021).

4.1.1 Os CAPS na PPI: o labirinto de um vazio

Os 29 CAPS habilitados no Espírito Santo são: 7 na região Central Norte, 15 na região metropolitana e 7 na região Sul.

Gráfico 2 – Reserva técnica anual para municípios com CAPS advindas do Ministério da Saúde/ano 2023



Fonte: Elaborado pelas autoras com dados de SESA, 2023.

Cabe destacar que São José do Calçado, município com 10.878 mil habitantes (em 2022), localizado em região limítrofe entre o Espírito Santo e o Rio de Janeiro, implantou em seu território um CAPS I em 2000 (Alvarenga; Garcia, 2009) e, só em 2008 garantiu recurso federal de custeio para a manutenção do serviço. Destacamos ainda o município de Aracruz, que dispõe de 1 CAPS II não habilitado, custeado com 100% de recursos próprios. Entretanto, por se tratar de um município com população indígena, recebe 67.495,68 por ano de Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), determinado pela Portaria nº 2.663 de 2017 (Brasil, 2017), para atendimento dessa população específica no CAPS (Gráfico 2).

Já o município de Vitória, com maior número de CAPS habilitados (1 CAPS II, 1 CAPS III, 1 CAPS AD III, 1 CAPS Infantojuvenil)⁴, possui maior cota anual (21%), seguido dos municípios de Vila Velha e Serra (10,3% cada), ambos com 1 CAPS II, 1 CAPS AD II e 1 CAPS Infantojuvenil. Assim, Vitória, Vila Velha e Serra concentraram 41,6% dos recursos (Gráfico 2).

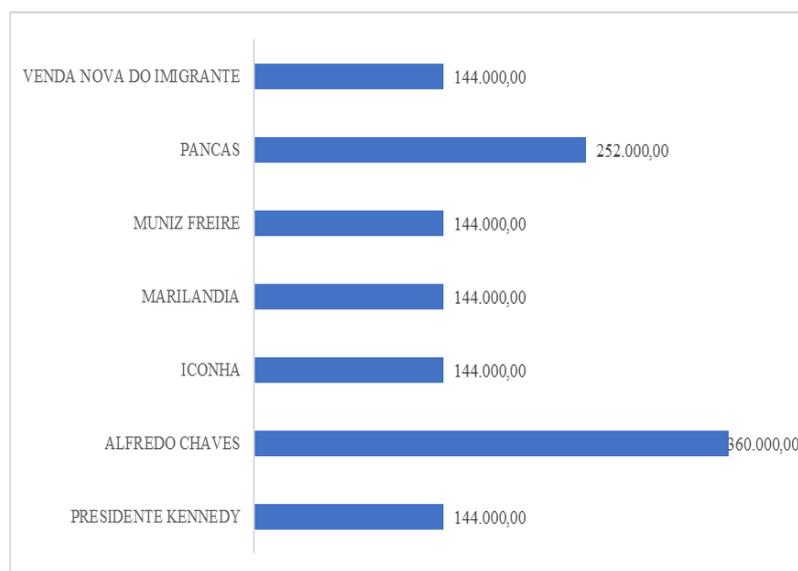
Ao destacarmos os CAPS habilitados, devemos lembrar que temos ainda 8 CAPS sem habilitação, ou seja, sem contrapartida de recurso federal (3 CAPS na região Central Norte, 4 na região metropolitana e 1 na região Sul).

4.1.2 As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental na PPI

As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental são regulamentadas pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017). São equipes estratégicas para municípios de pequeno porte, que não se enquadram nos critérios para implantação e manutenção da estrutura de um CAPS por possuírem menos de 20 mil habitantes, incluindo questões relacionadas a recursos humanos. Trata-se de equipes especializadas com formação na área da saúde mental, compostas obrigatoriamente por médicos, enfermeiros, psiquiatras, assistentes sociais, psicólogas, terapeutas ocupacionais, entre outros. A equipe deve garantir a oferta de cuidado individual e grupal, sempre em articulação com outros pontos da Rede, em complementaridade com os demais serviços de saúde mental no território (UBS e CAPS) (Brasil, 2017).

No Brasil existem 57 EMAESM⁵ (Brasil, 2024) e o Espírito Santo conta com 7 equipes: 5 municípios dispõem de equipes na Modalidade I (Venda Nova do Imigrante, Muniz Freire, Marilândia, Iconha, Presidente Kennedy); 1 na Modalidade II (Pancas) e 1 na Modalidade III (Alfredo Chaves) (ES, 2021) (Gráfico 3). Trata-se de municípios de pequeno porte com baixa densidade tecnológica, que não se colocam na RAPS como municípios de referência, mas, para o atendimento de suas demandas no campo da saúde mental, dispõem, minimamente, de uma equipe especializada.

Gráfico 3 – Reserva técnica anual para municípios com EMAESM na RAPS-2023



Fonte: Elaborado pelas autoras com dados de Espírito Santo (2023a).

A implantação de EMAESM nos municípios é um exemplo da necessidade de revisão sistemática da PPI. Após a instalação desse dispositivo de atendimento de média complexidade em seu território, a programação de procedimentos, que antes era encaminhada, passa a ser revista. Ou

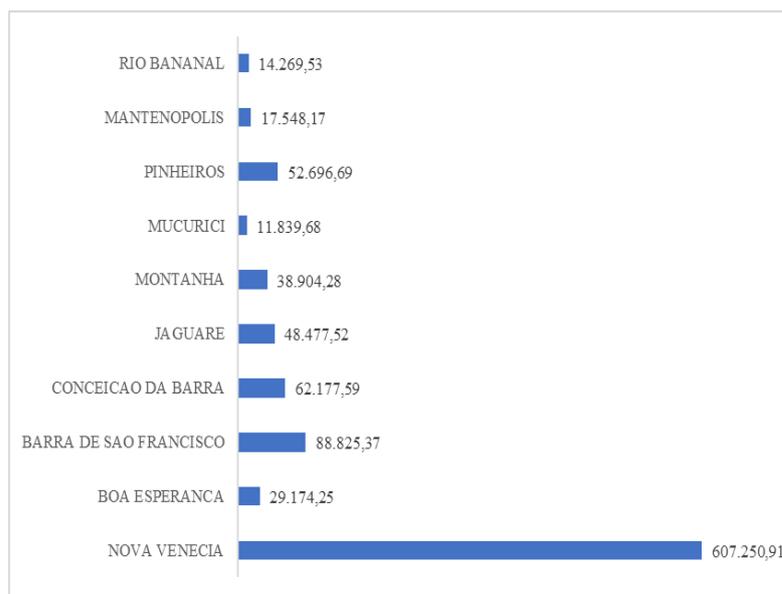
seja, o município que antes encaminhava, passa a programar os atendimentos para essa especialidade no próprio território.

4.1.3 A atenção hospitalar na PPI

A assistência prestada por um dispositivo hospitalar privado e conveniado com o SUS, como é o caso da maioria dos hospitais de pequeno porte (HPP), tem o repasse garantido por meio de contratos e/ou convênios estabelecidos entre a gestão do hospital e o gestor do município de referência. Cabe ao gestor municipal de referência validar e regular os serviços prestados, ou caso o gestor municipal não tenha assumido a gestão do dispositivo no Termo de Compromisso de Gestão, caberá ao estado realizar os termos de contratos e convênios para prestação dos serviços. Em se tratando de leitos de saúde mental, cabe à Secretaria de Saúde do Estado regulá-los por ser procedimento assistencial de maior complexidade.

O montante de recursos da atenção hospitalar repassado para os municípios é feito com base no cálculo médio dos procedimentos registrados no DATASUS/TABNET pelos municípios de referência que realizaram os procedimentos (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Reserva técnica anual para municípios com atenção hospitalar na RAPS



Fonte: Elaborado pelas autoras com dados de Espírito Santo, 2023.

No geral, são hospitais de pequeno porte com até 50 leitos, com baixa resolutividade e capacidade instalada, e encontram-se dispostos em municípios com população inferior a 30 mil habitantes. Os hospitais de pequeno porte (HPP) são mais presentes na região Central Norte do estado do Espírito Santo, em municípios mais distantes da capital e impactados em momentos de crise.

O colegiado intergestores deliberou que o estado deve garantir leitos de saúde mental em todas as regiões de saúde (Espírito Santo, 2021). Na Etapa Estadual da V Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) esta necessidade de oferta de leitos de saúde mental em Hospitais Gerais foi ratificada (Sesa, 2021). A demanda é resultante de deficiência de leitos de curta permanência, em todas as Regiões de Saúde, para manejo de situações de crise.

4.1.4 Serviços de saúde mental sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

Quanto ao repasse federal para custeio de dispositivos assistenciais sob gestão do estado, destacamos os leitos de saúde mental em Hospital Geral, leitos em hospitais psiquiátricos e CAPS. Os leitos de saúde mental disponíveis no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HEIMABA) são os únicos dessa categoria disponíveis na região metropolitana, com um déficit de 91 leitos na região (ES, 2021). Há, no HEIMABA, 10 leitos de saúde mental cadastrados (SESA, 2021), que, sob gestão do estado, são regulados pela Central de Regulação Estadual, e o valor repassado pelo Ministério da Saúde para custeio desse serviço (673.213,20) vai para o Fundo Estadual de Saúde. No CAPAAC, situado no município de Cachoeiro do Itapemirim, Região Sul, encontram-se 35 leitos e 3 no Pronto Socorro. No HEAC, situado no município de Cariacica, região metropolitana, há 50 leitos para internação e 11 no Pronto Socorro (SESA, 2021).

O antigo Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho foi, a partir de 2010, transformado em Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC) e reestruturado no processo de perfilização⁶ dos hospitais capixabas (Espírito Santo, 2024). Com a mudança de seu perfil, foram criados 40 leitos clínicos que garantem retaguarda para a SESA, com leitos para atender pacientes internados em outras unidades da rede estadual e que são encaminhados ao HEAC por intermédio dos médicos reguladores da Central de Internação da SESA. No HEAC há uma Unidade de Urgência em Saúde Mental com 11 leitos de observação em psiquiatria, 50 de internação de Curta Permanência em psiquiatria, além de 20 de geriatria.

Em relação aos CAPS sob gestão estadual, destacam-se o CAPS Moxuara e o CAPS Cidade (ambos em Cariacica, na Região Metropolitana), e o CAPS Cachoeiro de Itapemirim (na Região Sul), todos CAPS II. Por fim, encontram-se sob gestão do estado, 18 Serviços Residenciais Terapêuticos, localizados na região metropolitana, que não estão habilitados, portanto, não recebem incentivo por parte da esfera federal. Cabe destacar que o estado do Espírito Santo repassa recursos próprios para manutenção de leitos (próprios ou conveniados), para os CAPS estaduais e as SRTs são mantidas 100% de recursos próprio. Mas esses recursos não estão programados na PPI.

4.1.5 Fazendo uma síntese dos recursos pactuados com repasse federal

Tomando por base a PPI de 2023, constatamos que o planejamento das ações de média e alta complexidade para a saúde mental registrou um valor global de R\$18.551.970,60, sendo o maior montante (66%) pactuado para os CAPS e 13% para dispositivos assistenciais sob gestão do estado, entre CAPS e leitos psiquiátricos. O maior montante destinado aos CAPS revela a prioridade dada pelo Ministério da Saúde a esse dispositivo assistencial no campo da saúde mental. O menor percentual (5%) foi destinado aos atendimentos realizados nos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), cujo recurso é calculado com base na média de produção realizada e registrada no DATASUS dentro de uma série histórica, estando esses leitos distribuídos, em especial, na região Central Norte.

É importante destacar que a PPI do estado não representa o custo total das ações assistenciais de média e alta complexidade realizadas, considerando-se que: 1) a PPI nunca foi programada dentro do parâmetro de necessidade da população capixaba (desde 2015 não há atualização da população a ser coberta); 2) os gastos do estado e municípios com as ações de média e alta complexidade, na maior parte, não estão registrados na PPI, sendo esta programada, basicamente, com o repasse do governo federal. Ao não envolver a alocação de recursos federais, estaduais e municipais, a PPI não cumpre seu papel estratégico de possibilitar aos gestores das três esferas de governo que estabeleçam o montante de recursos que deverão ser alocados para a atenção ambulatorial de média e alta complexidade e a atenção hospitalar no estado do Espírito Santo. O limite deste estudo sobre a PPI capixaba consiste no fato de ela ser programada, basicamente, com recurso da esfera federal, o que inviabiliza também identificar eventuais esforços dos demais entes federados no processo de implantação da RAPS capixaba. Sabemos que os entes federados participam do financiamento dos serviços de média complexidade, e isso fica evidente na afirmação de que o financiamento da esfera federal se coloca como incentivo para implantação de serviço, ou seja, não custeia integralmente o serviço. Entretanto, ao não evidenciar os recursos dos entes federados destinados à manutenção dos serviços de média complexidade, a PPI diminui sua potencialidade como instrumento financeiro de planejamento.

Em fevereiro de 2022 foi publicada a Resolução nº 028/2022 da Comissão Intergestores Bipartite do Espírito Santo, que trata das ações a serem desenvolvidas para a construção da Nova PPI capixaba com o intuito de potencializar esse instrumento de planejamento (Espírito Santo, 2022a). Mais uma vez, como aconteceu em 2011, temos uma movimentação para uma reconfiguração do instrumento no estado, que já apresenta sinais de fragilidade na efetivação. O registro de recursos dos três entes federativos ainda não está garantido no instrumento, de forma que, a partir dele, não é

possível decifrar o quantitativo que o estado do Espírito Santo e os municípios ofertam para a RAPS, por exemplo. Outras questões também precisam ser elucidadas, tais como a questão do *software* da PPI e as estratégias que serão desenvolvidas para que não haja mais restrições de registros e para a capacitação técnica dos profissionais que manuseiam o instrumento.

No âmbito específico da saúde mental, vale demarcar que o estado realizou um planejamento com a estimativa da necessidade anual de custeio com recursos de origem federal para ser incorporado na Nova PPI, estimada em R\$ 66.102.989,37 para o atendimento ambulatorial e hospitalar, referente a 70% da população do Espírito Santo dependente do SUS (Espírito Santo, 2023a). Esse valor é 350% maior que o previsto na PPI de 2023. Apesar do avanço nas estimativas e construção de necessidades da população, não observamos a criação de estratégias para a alteração da capacidade instalada da rede assistencial, que apresenta déficit em todas as Regiões de Saúde; garantia do apoio logístico de transporte para acesso da população ao serviço assistencial instalado em outro município, entre outros pontos já destacados que impõem limites à configuração e implementação da PPI (Espírito Santo, 2023a).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da Programação Pactuada e Integrada de Saúde do Estado do Espírito Santo evidenciou os limites e contradições no planejamento financeiro das ações e serviços em saúde mental e nos permitiu desvendar a lógica de funcionamento desse instrumento que articula diferentes instrumentos de planejamento no campo da saúde nas três esferas de gestão do SUS.

O limite deste estudo sobre a PPI capixaba é dado pelo fato de esta ser programada basicamente com recursos do governo federal. Assim, não é possível identificar os esforços dos demais entes federados no financiamento para construção da RAPS, a despeito de termos clareza de que ocorre o financiamento tripartite, tendo em vista que o recurso repassado pelo governo federal não dá conta de manter o funcionamento dos serviços. Destacamos aqui a fragilidade dada pela fragmentação da rede estadual e municipal de serviços, que não dá conta de absorver a demanda, portanto não garante as cotas programadas; soma-se a isso a falta de definição de recursos das três esferas de gestão, sendo a PPI programada basicamente com os recursos federais. Acrescentamos, ainda, a ausência de atualização da função programática, mantendo-se uma programação que não atende a necessidade populacional. Assim, seguimos com todas as dificuldades para a construção e operacionalização da PPI e/ou de uma nova PPI, enfrentando desafios em relação ao seu financiamento, pactuações de serviços, estruturação de redes de serviço, entre tantos outros

obstáculos que impedem a construção, formalização e negociação entre os gestores na garantia da assistência à saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. S.; GARCIA, M. L. T. A implementação da política de saúde mental em município de pequeno porte – o caso de São José do Calçado/ ES - Brasil. **Emancipação, Ponta Grossa**, v. 9, n. 2, p. 181-195, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Edineia/Downloads/Dialnet-AlmplementacaoDaPoliticaDeSaudeMentalEmMunicipioDe-4026152.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2024.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. SDE/ENSP, Rio de Janeiro, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 mar. 2024.

BRASIL. **Diretrizes operacionais Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm#:~:text=Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde&text=O%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde>. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental**. Brasília, DF, 8 out. 2021. 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: 13 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS.**

Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 11 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.350, de 8 de dezembro de 2020.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3350_09_12_2020.html#:~:text=VII%20%2D%20R%24%20400.000%2C00,para%20modalidade%20CAPS%20AD%20IV. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006.** Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2006a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017.** Brasília, DF: MS, 2021.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663_16_10_2017.html. Acesso em: 29 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.867, de 27 de novembro de 2008.** Brasília, DF: MS, 2008.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2867_27_11_2008.html. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Brasília, DF: MS, 2011.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 29 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional da

Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, Brasília, DF: MS, 2001. DF: MS, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

CAMPANHARO, L. S. **Para onde foi o dinheiro da Saúde Mental?** Análise dos gastos da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo com ações e serviços em saúde mental. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2023. Disponível em: <https://politicassocial.ufes.br/pt-br/pos-graduacao/PPGPS/detalhes-da-tese?id=20508>. Acesso em: 10 mar. 2023.

DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Vitória, ES, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/GrupodeArquivos/pdr-plano-diretor-de-regionaizacao>. Acesso em: 20 dez. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **Documento orientador V CESM ES**. Vitória, ES, 2021. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/etapa-estadual-da-5a-conferencia-de-saude-mental/etapa-estadual-da-5a-conferencia-de-saude-mental>. Acesso em: 20 nov. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. **PPI da Saúde Mental ES**. Vitória, ES, 2023. Disponível pelo Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde – NEPSS/SESA.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. **SESA e municípios assinam nova Programação Pactuada Integrada (PPI)**. Vitória, ES, 2012. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/sesa-e-municipios-assinam-nova-programacao-pa>. Acesso em: 20 de jan. de 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. **SESA tem termo de Compromisso de Gestão Homologado pelo Ministério da Saúde**. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2008. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/sesa-tem-termo-de-compromisso-de-gestao-homol>. Acesso em: 10 jun. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. **Perfilização Hospitalar**. Disponível: <https://saude.es.gov.br/perfilizacaohospitalar>. Acesso em 18 abr. 2024.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. **Resolução nº 028/2022**. Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2022a. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20ES%20N%C2%BA%20028%20-%202022%20-%20Homologar%20Res%200001%20CIR%20Central%20Norte%20-%20Crit%C3%A9rios%20e%20parametros%20da%20Nova%20PPI.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

ESPÍRITO SANTO. Sesa promove Oficinas de Programação Pactuada Integrada nas regiões de saúde. **Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo**, 24 nov. 2022b. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/sesa-promove-oficinas-de-programacao-pactuada-integrada-nas-regioes-de-saude#:~:text=Nova%20PPI%20Capixaba,regionalmente%2C%20em%20Redes%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 19 abr. 2024.

GOMES, R. M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 938-952, out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140081>. Acesso em: 19 fev. 2024.

GONÇALVES, V. S. **Programação pactuada integrada da assistência e o Sistema Estadual de Regulação**: limites e possibilidades na garantia de acesso da população fluminense às ações e serviços de saúde em cirurgia cardíaca de alta complexidade, 2015. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/14063/88.pdf;jsessionid=A3DBD998534E3CC66FDFC4833B2DA28C?sequence=1>. Acesso em: 26 jan. 2023.

INSTITUTO DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE (ICEPi). **Realização de pesquisa no âmbito da SESA**. s/d. Vitória, Espírito Santo. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/pesquisa/realizacao-de-pesquisa-no-ambito-da-sesa>. Acesso em: 20 set. 2023.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Censo Demográfico 2022 sobre o território capixaba**. Disponível em: <https://ijsn.es.gov.br/projetos-especiais/ijsn-no-censo-2022>. Acesso em: 13 abr. 2024.

MESQUITA, M. C. M. **Federalismo e regionalização do sistema de saúde**: a experiência do Estado do Espírito Santo, Brasil, 2010. Tese (Doutorado em) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/4812>. Acesso em: 14 jan. 2021.

MOREIRA, L. C. DE O.; TAMAKI, E. M. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações (Campo Grande)**, v. 18, n. 4, p. 99–108, out.2017.

Notas

¹ Em acordo com os requisitos para a realização das pesquisas na SESA, que pode ser encontrado em: <https://saude.es.gov.br/realizacao-de-pesquisa-no-ambito-da-sesa>.

² Trata-se de ações de média e alta complexidade não disponíveis no território, as quais, para serem acessadas pelos cidadãos, os gestores têm que pactuar entre si para qual território vão encaminhar e alocar recursos para isso.

³ Trata-se de oficinas realizadas em CAPS e/ou Unidades de Saúde desenvolvidas pelas equipes especializadas em saúde mental. Consta como um procedimento a ser registrado no DATASUS/TABNET.

⁴ Os valores anuais dos CAPS seguem suas modalidades (CAPS I - 339.660,00; CAPS II - 397.035,00; CAPS IJ - 385.560,00; CAPS AD - 477.360,00; CAPS III - 1.009.608,00; CAPS AD III - 1.260,00).

⁵ As EMAESM, classificadas pelos tipos/modalidades (I, II, III), se diferenciam em função de sua composição e carga horária dos profissionais e recebem subsídios financeiros para custeio mensal diferenciados de acordo com sua classificação (Tipo I - R\$ 12 mil; Tipo II - R\$ 21 mil; Tipo III - R\$ 30 mil).

⁶ Ver: <https://saude.es.gov.br/perfilizacaohospitalar>.