



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

RESOLUÇÃO CIB/RR Nº 70

OS COORDENADORES DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas e em cumprimento aos dispositivos constantes do seu Regimento Interno, e

Considerando a Política Nacional de Saúde Mental, que institui Linhas de Cuidado em Saúde Mental, Alcool e outras Drogas como estratégia de organização do cuidado nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando ainda, consenso entre Gestão Estadual e Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Roraima – COSEMS/RR na 8ª Reunião Ordinária da CIB/RR, ocorrida em 20 de novembro de 2013;

RESOLVEM:

Art. 1º – Aprovar o Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para o Estado de Roraima;

Art. 2º – Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

ALEXANDRE SALOMÃO DE OLIVEIRA
Secretário de Estado da Saúde de Roraima
Coordenador da CIB Roraima

JOSEILSON CÂMARA SILVA
Secretário de Saúde do Município de Alto Alegre
Vice-Presidente do COSEMS/RR

Boa Vista (RR), 20 de novembro de 2013.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

RESOLUÇÃO CIB/RR Nº 70/2013

PROPOSTA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL/RAPS-RORAIMA

O desenho da RAPS no Estado considera as Regiões de Saúde, além de observar os critérios de base populacional, localização geográfica de cada município, perfil epidemiológico, acesso aos serviços de saúde e distância entre os municípios da região de saúde.

REGIÃO DE SAÚDE MONTE RORAIMA

A Região Monte Roraima (Centro Norte) é composta por 09 (nove) municípios com uma população estimada de 402.715 habitantes (IBGE/2012)*, distribuídos em uma área territorial de 11.008,5 km².

Quadro 1 – Oferta e proposição de serviços por região de saúde.

Município	Serviço existente	Quant.	Serviço Proposto	Justificativa
Alto Alegre	CAPS I	1	4 leitos em Hospital Geral.	Servir de rede para o CAPS I
Amaijari	-	-	-	Referência os pacientes para Boa Vista
Boa Vista	CAPS II CAPS III CAPS AD III Leitos em Hospital Geral	1 1 1 1 01 CAPS I	01 CAPS I 01 U.A.A 01 U.A.I 01 Consultório na Rua 06 NASF tipo II 02 Leitos HCSCA	Complementação dos pontos de atenção da RAPS
Bonfim	CAPS I	1	4 leitos em Hospital Geral.	Servir de rede para o CAPS I de Bonfim e Normandia
Canta	-	-	01 CAPS I	Referência os pacientes para Boa Vista, quando necessitar de internação.
Mucajai	-	-	01 CAPS I	Referência os pacientes para Boa Vista, quando necessitar de internação.
Normandia	-	-	01 CAPS I	Referência os pacientes para Bonfim, quando necessitar de internação.
Pacaraima	CAPS I	1	4 leitos em Hospital Geral.	Servir de rede para o CAPS I e Amaijari
Uiramutã	-	-	01 CAPS I	Referência os pacientes para Pacaraima, quando necessitar de internação.

* Estimativa da população residente com data de referência de 1º de julho/2012.



A Região Rio Branco (Sul) é composta por 06 (seis) municípios com uma população estimada de 66.809 habitantes (IBGE/2012)*, distribuídos em uma área territorial de 113.292,6 km².

Quadro 2 – Oferta e proposição de serviços por região de saúde

Município	Serviço existente	Quant.	Serviço Proposto	Justificativa
Caracarái	CAPS I	1	4 leitos em Hospital Geral.	Serviço de retaguarda para o CAPS I e Iracema
Caroebe	-	-	-	Referência os pacientes para S. João Baliza
Iracema	-	-	01 CAPS I	Referência os pacientes para Caracarái
Rorainópolis	CAPS I	1	4 leitos em Hospital Geral.	Serviço de retaguarda para o CAPS I
São Luiz do Anauá	-	-	4 leitos em Hospital Geral	Serviço de retaguarda para o CAPS I (REGIONAL)
São João da Baliza	-	-	01 CAPS I (REGIONAL)	Atender aos municípios de Caroebe/S. Luiz do Anauá e S. João da Baliza.

* Estimativa da população residente com data de referência de 1º de julho/2012.

REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA

A comunicação entre os serviços dar-se-á de forma a promover a continuidade do cuidado e facilitar o acesso aos serviços da Rede assistencial.

Na capital Boa Vista a atenção básica é constituída de 6 macroáreas. Cada macroárea é responsável por 5 ou 6 bairros. Para que os serviços estejam melhor estruturados de forma a promover o cuidado em sua integralidade optou-se por organizar a demanda considerando os serviços existentes. Nesse sentido, a demanda das macroáreas (1,2 e 4) compreendendo os seguintes bairros: **Macro 1** (Jd. Floresta, Caraná, Jd. Caraná, Cauamê, União e cidade satélite) **Macro 2** (São Vicente, Mecejana, Bairro dos estados, 31 de março, São Francisco, São Pedro e Centro) **Macro 4** (Burtis, 13 de Setembro, Pricumã, Cinturão Verde e Centenário) será referenciada ao CAPS II, enquanto a demanda das macroáreas (3,5 e 6) compreendendo os seguintes bairros: **Macro 3** (Cambará, Canaã, Asa Branca, Joquei Clube, Tancredo Neves,

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

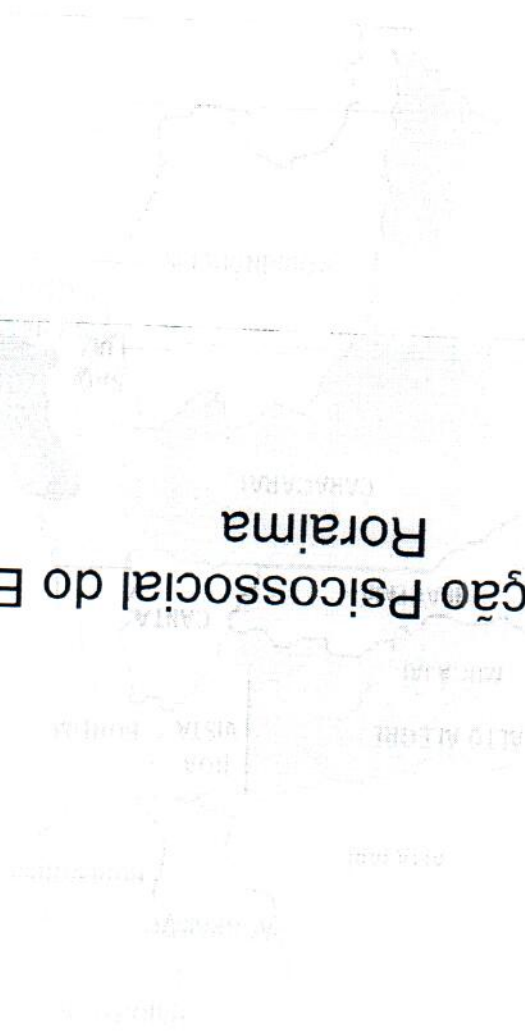


Psicultura e Santa Tereza-1ª parte) **Macro 5** (Santa Tereza-2ª parte, Jd. Primavera, Sílvia Leite, Equatorial, Alvorada e Santa Luzia) **Macro 6** (Pintolândia, Hélio Campos, Sílvia Botelho, Nova Cidade, Raiar do Sol, Bela Vista e Conj. Cidadão) será referenciada ao CAPS III. Em se tratando de usuários com necessidades em decorrência de uso de álcool e outras drogas proveniente de qualquer macroárea do município de Boa Vista e demais municípios que não dispõe de CAPS em seu território o ponto de referência será o CAPad III. Os serviços com funcionamento 24hs (CAPS III e CAPSad III) serão referência para os outros pontos de atenção da rede, inclusive CAPS I, quando estes necessitarem de retaguarda clínica para usuários com demanda de cuidados contínuos, sendo o CAPS III na área de transtorno mental e o CAPSad III quando se tratar de necessidades relacionadas a álcool e outras drogas. Para os casos de crise aguda ou surto psicótico o componente de referência a ser acionado será a urgência/emergência com os pontos de atenção SAMU 192 e Enfermaria Psiquiátrica no Hospital Geral de Roraima/HGR. O SAMU 192 ao atender uma ocorrência que envolva atenção psicossocial deverá acionar um técnico do CAPS da área de abrangência.

24

Boa Vista
Novembro/2013

Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Roraima



Governo do Estado de Roraima
Amazônia "Patrimônio dos
Brasileiros"



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- BPA** – Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial, álcool e outras drogas
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRSM – Centro de Referência da Saúde da Mulher
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia Saúde da Família
HCSA – Hospital da Criança Santo Antonio
HGR – Hospital /geral de Roraima
HMINSN – Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCS – Policlínica Cosme e Silva
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAB – Superintendência de Atenção Básica do município de Boa Vista
SAE – Superintendência de Atenção Especializada do município de Boa Vista
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UISAM – Unidade Integrada de Saúde Mental
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	3
Gestão Estadual.....	3
Composição do Grupo Temático RAPS.....	4
Composição das Regiões de Saúde em Roraima.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. Objetivo Geral.....	8
1.2. Objetivo Específico.....	8
1.3. Princípios e Diretrizes da RAPS.....	9
1.4. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS.....	10
2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA.....	15
2.1. Perfil Sócio Demográfico.....	15
2.2. Características Geográficas.....	17
3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO ESTADO DE RORAIMA.....	18
3.1. As Regiões de Saúde em Roraima.....	18
3.2. Indicadores de Morbimortalidade.....	20
3.3. Indicadores de Atenção.....	23
3.4. Capacidade Instalada.....	29
3.5. Indicadores de Gestão.....	32
3.6. Sistema de Financiamento.....	32
3.7. Dimensionamento as Necessidades de Saúde.....	32
4. PLANO DE AÇÃO ESTADUAL.....	33
4.1. Rede de Atenção Psicossocial em Roraima.....	33
4.2. Sistema de Referência.....	35
4.3. Aporte Financeiro da RAPS/RR.....	38
5. REFERÊNCIAS.....	40

GOVERNADOR DO ESTADO DE RORAIMA
José de Anchieta Júnior

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Alexandre Salomão de Oliveira

COORDENADOR GERAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Moses Humberto Carvalho de Oliveira

APOIADORA TEMÁTICA MINISTÉRIO DA SAÚDE
Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros

APOIADORA DE ARTICULAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - MS
Nadjanara Vieira

COORDENADORA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL
Lidiane Lima de Almeida

ELABORAÇÃO:

Lidiane Lima de Almeida – DPSM/CGAE/SESAU
Ildázia Nunes Ferreira – DPSM/CGAE/SESAU

COLABORADORES:

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I Caracarái
Centro de Atenção Psicossocial, álcool e outras drogas – CAPSad
Distrito Sanitário Especial Indígena - Dseil Leste
Distrito Sanitário Especial Indígena- Dseil Yanomami
Superintendência da Atenção Básica – SAB/MSA
Unidade Integrada de Saúde Mental – UISAM



Secretaria de Estado da Saúde
Rua: Madri, 180 – Aeroporto
Boa Vista - RR

8

Composição do Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial

I - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA

Lidiane Lima de Almeida
Diretora do Departamento de Políticas de Saúde Mental/SESau
Ana Nery da Cunha Oliveira
Coordenadora Geral de Atenção Básica/SESau
Luzia Silva Rodrigues
Diretora do Departamento de Serviços de Urgência e Emergência - DSUE/SAMU/SESau
Nilva Cristina de Oliveira
Técnica da Área de Planejamento - CGPLAN/SESau
Jandira Gomes dos Santos
Diretora do CAPSAD/SESau
Romina Melo Carvalho
Diretora Geral da UISAM/SESau

II - SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA (CAPITAL)

Erika Madelaine Souza do Nascimento Carvalho
Superintendente da Atenção Básica - SAB/SMAS/BV
Sérvulo dos Santos Silva
Coordenador da Política de Atenção a Saúde Mental/SMAS/BV

III - SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CARACARAI INTEGRANTE DA REGIÃO RIO BRANCO

Galdino de Melo Lima
Coordenador do CAPS I do Município de Caracarái

IV - CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE RORAIMA - COSEMS/RR

Joseilson Câmara Silva
Secretário de Saúde de Alto Alegre/Representante do COSEMS/RR

V - DISTRITOS INDÍGENAS DE RORAIMA / SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Jaqueline Beatriz Henker
DSEI LESTE/RR
Geraldo Schneider de Mello
DSEI YANOMAMI/RR

VI - MINISTÉRIO DA SAÚDE
Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros
Área Técnica de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas/DAPES/SAS



COMPOSIÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE

1- Regional de Saúde Centro-Norte (Monte Roraima)

JOSEILSON CÂMARA SILVA
Secretário de Saúde do Município de Alto Alegre

IRACÉLIA MARIA DE OLIVEIRA SAMPAIO
Secretária de Saúde do Município de Amajari

MARCELO DE LIMA LOPES
Secretário de Saúde do Município de Boa Vista

GIVANILDO MENDES VERAS
Secretaria de Saúde do Município de Bonfim

HADÁCIA SILVA ALVES
Secretário de Saúde do Município do Cantá

ALEX SANDRO SIQUEIRA MULINARI
Secretário de Saúde do Município de Mucajaí

JAIDILA ROSAS DE FIGUEIREDO
Secretaria de Saúde do Município de Normandia

ALCESTE MADEIRA DE ALMEIDA
Secretário de Saúde do Município de Pacaraima

GILSON ALMIRANTE DE SOUZA
Secretário de Saúde do Município de Uiramutã



2- Regional de Saúde Sul (Rio Branco).

JÂNIO FERNANDES DOS SANTOS

Secretário de Saúde do Município de Caracará

ENOYA ALVES DA SILVA

Secretária de Saúde do Município de Caroebe

CARLOS HENRIQUE SILVA DE OLIVEIRA

Secretária de Saúde do Município de Iracema

RAFAEL DA SILVA MESQUITA

Secretário de Saúde do Município de Rorainópolis

NILSON CARLOS VELOSO

Secretária de Saúde do Município de São Luiz do Anauá

ANTONIO DE CASTRO E SILVA

Secretário de Saúde do Município de São João da Baliza



Secretaria de Estado da Saúde
Rua: Madri, 180 - Aeroporto
Boa Vista - RR

5

1. INTRODUÇÃO

O processo de regionalização como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) é um eixo estruturante do Pacto de Gestão que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde operando com uma diversidade que respeite as singularidades regionais de forma a garantir a integralidade da atenção com acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

A integração da saúde com constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é condição indispensável para a qualificação e continuidade do cuidado e tem grande relevância na superação de lacunas assistenciais por oferecer condições estruturalmente mais adequadas que buscam superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita de forma efetiva.

A Portaria Ministerial nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de substâncias químicas, buscando melhorar a articulação entre os diversos pontos de atenção a fim de proporcionar maior agilidade no atendimento e reduzir os danos causados pelo transtorno e/ou doença.

Diante desta perspectiva o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Roraima, fundamentado nas diretrizes do SUS, foi construído a partir do diagnóstico da atenção psicossocial, através da matriz diagnóstica e análise das necessidades de saúde. Tem como objetivo principal servir de eixo orientador na execução das fases de operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, além de constituir-se como importante instrumento para efetivação, monitoramento e avaliação das ações no âmbito de seu território.



1.1. Objetivo Geral

Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas em sofrimento por transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, priorizando as linhas de cuidado que envolva além dos equipamentos de saúde os serviços e recursos sociais e comunitários (escolas, centros de arte e cultura, esporte, habitação, assistência social, etc), garantindo a articulação e integração das Redes de saúde no território para qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

1.2. Objetivos Específicos

I - Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;



VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

1.3. Princípios e Diretrizes

São Princípios da Rede de Atenção Psicossocial em consonância com o Sistema Único de Saúde – SUS:

Hierarquização e integralização do Acesso: O cuidado à saúde deve ser garantido nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, articulando ações individuais e/ou coletivas de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde através de uma rede hierarquizada e regionalizada.

Universalização do acesso: Garantia pelos diferentes níveis de gestão e atenção o acesso aos cuidados de saúde sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, condição social e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno.

Humanização no cuidado: A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS define humanização como um modo de fazer ampliado, o qual envolve vínculos de solidariedade e valorização dos diferentes sujeitos (usuários, gestores e profissionais), aumentando o grau de co-responsabilidade de gestão no processo de produção de saúde, ou seja, a humanização implica no estabelecimento de relações e vínculos, com respeito e proteção dos direitos humanos.

São Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial:

I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - Combate a estigmas e preconceitos;



IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - Diversificação das estratégias de cuidado;

VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

1.4. Componentes da RAPS

Para ser constituída a Rede de Atenção Psicossocial depende de vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção integral aos pacientes com transtornos mentais ou em decorrência do uso de substâncias químicas, seguindo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede conta com ações de saúde mental desde a atenção básica ao Programa de volta para casa. Além disso, deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e regulação.

Para trabalhar de forma articulada e garantir a continuidade do cuidado a RAPS conta com os seguintes componentes:



de danos e cuidados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos de atenção da rede.

Núcleo de Apoio a Saúde da Família—Constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas do conhecimento que atuam de maneira integrada sendo responsáveis por apoiar as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção básica para populações específicas, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado.

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

(i) pessoas em situação de rua em geral;

(ii) pessoas com transtornos mentais e

(iii) usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. Quando necessário, a equipe de Consultório na Rua poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de caráter transitório—Constituído por equipe multiprofissional que oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com outros pontos da rede. **Centros de convivência e cultura** – Ponto de atenção que funciona articulado às redes de atenção à saúde, em especial à RAPS onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura da cidade.



Atenção Psicossocial Estratégica: Componente da RAPS constituído pelos Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades que atua sob a ótica interdisciplinar, realizando atendimento prioritário às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em sua área territorial em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

CAPS I - Serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Ponto de referência e tratamento para pessoas em sofrimento por transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e pessoas com necessidades decorrentes do consumo de substância químicas em todas as faixas etárias, cuja severidade justifique sua permanência em um dispositivo de cuidado de base comunitária, personalizado e promotor de vida. Indicado para municípios com população acima de 15.000 habitantes.

CAPS II - Serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Ponto de referência e tratamento para pessoas em sofrimento por transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e pessoas com necessidades decorrentes do consumo de substância químicas em todas as faixas etárias, cuja severidade justifique sua permanência em um dispositivo de cuidado de base comunitária, personalizado e promotor de vida. Indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

CAPS III - Serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, destinada ao atendimento às pessoas em sofrimento por transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, oferecendo retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad. Indicado para municípios com população acima de 150.000 habitantes.

CAPS AD - Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA com necessidades decorrentes do uso de substâncias químicas. Indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

CAPS AD III - Constitui-se em serviço aberto, de base comunitária que funciona segundo a lógica do território, oferecendo atenção contínua a adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas.



com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana com retaguarda clínica e acolhimento noturno, dispondo de até 12 leitos para observação e monitoramento. Indicado para municípios com população acima de 150.000 habitantes.

CAPSI - Ponto de atenção para atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de álcool, crack e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário. Indicado para municípios com população acima de 150.000 habitantes.

Atenção de Urgência e Emergência: Os pontos de atenção de urgência e emergência são **SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24h e portas hospitalares de urgência/pronto socorro, UBS** são responsáveis em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Atenção Residencial de caráter transitório

Unidade de Acolhimento - Ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde com funcionamento 24 horas em ambiente residencial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. Com tempo de permanência até 6 meses.

Serviço de atenção em Regime Residencial - Serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até 9 meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas, funciona de forma articulada com a atenção básica e CAPS.

Atenção Hospitalar

Leitos em Hospital Geral - Oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados a transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas.

Serviço Hospitalar de Referência - Oferece retaguarda clínica por meio de internação de curta duração para pessoas com transtornos mentais ou em





Secretaria de Estado da Saúde
Rua: Madri, 180 – Aeroporto
Boa Vista - RR

O Estado de Roraima é uma das 27 unidades federativas do Brasil, está situado na Região Norte, cortado pela linha do equador, possuindo mais de 90% de sua superfície localizada no Hemisfério Norte, tornando o Estado o mais setentrional

2. CARACTERIZAÇÃO

2.1. Perfil sócio demográfico do Estado de Roraima

decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de co-morbidades de ordem clínica e/ou psíquica.

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

Serviços Residenciais Terapêuticos – Pontos de atenção composto de moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de longa permanência (2 anos ou mais ininterruptos), provenientes de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

Programa de volta para casa – Política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela LEI 10.708/03, prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Estratégias de Reabilitação Psicossocial – Esse componente é composto por **Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos solidários e cooperativas sociais** e inclui ações de caráter intersectorial destinadas à reabilitação psicossocial por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Tais iniciativas devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

do Brasil. Possui uma área de 224.300,50 km², distribuída em 15 municípios. Abriga uma população de 450.479 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE/2010, resultando numa densidade demográfica de 2,01 hab./km².

Roraima ocupa uma área estratégica fazendo divisa com os Estados do Amazonas e Pará e fronteira com os países da Venezuela e República Cooperativista da Guiana. Sua Capital Boa Vista, sede política do poder executivo, possui área total de 5.687 Km², abrigando uma população de 284.313 habitantes o que corresponde a 63,11% da população do Estado. A capital, seguida dos municípios de Rorainópolis, Caracará e Alto Alegre são os mais populosos. Juntos concentram mais da metade da população do Estado, mas apesar de concentrar a maior parte dos bens e serviços públicos e privados, bem como os serviços de referência em Urgência e Emergência e o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth - HMINSN, única maternidade pública do Estado, além de outros serviços de saúde de referência, a assistência à saúde acaba sendo insuficiente para a demanda existente, considerando o crescimento populacional das últimas décadas, sem o acompanhamento de infraestrutura e investimentos públicos e privados na mesma proporção. Esse fato se reflete nos indicadores de morbimortalidade do Estado. Além disso, o atendimento é prestado a todos os municípios do Estado e, quando necessário aos países fronteiriços: Guiana Inglesa e Venezuela e etnias indígenas, tendo em vista que o Estado abriga uma população de 55.922 indígenas (IBGE/2010). Desse total, 46.505 residem em terras indígenas. Esse desequilíbrio entre oferta e demanda de serviços tem resultado em muitos problemas de saúde pública, ainda não solucionados.

Os quadros a seguir retratam a situação demográfica do Estado.

Quadro 1 - Perfil demográfico Geral do Estado de Roraima

Dados Popacionais		
População Residente	Ano	Estado
450.479	2010	
Área (km ²)	2010	224.300,50
Densidade demográfica (hab/km ²)	2010	2,01
População residente Urbana	2010	344.859
População residente Rural	2010	105.620
Nº de Homens	2010	228.859
Nº de mulheres	2010	221.620



Secretaria de Estado da Saúde
Rua, Madri, 180 - Aeroporto
Boa Vista - RR

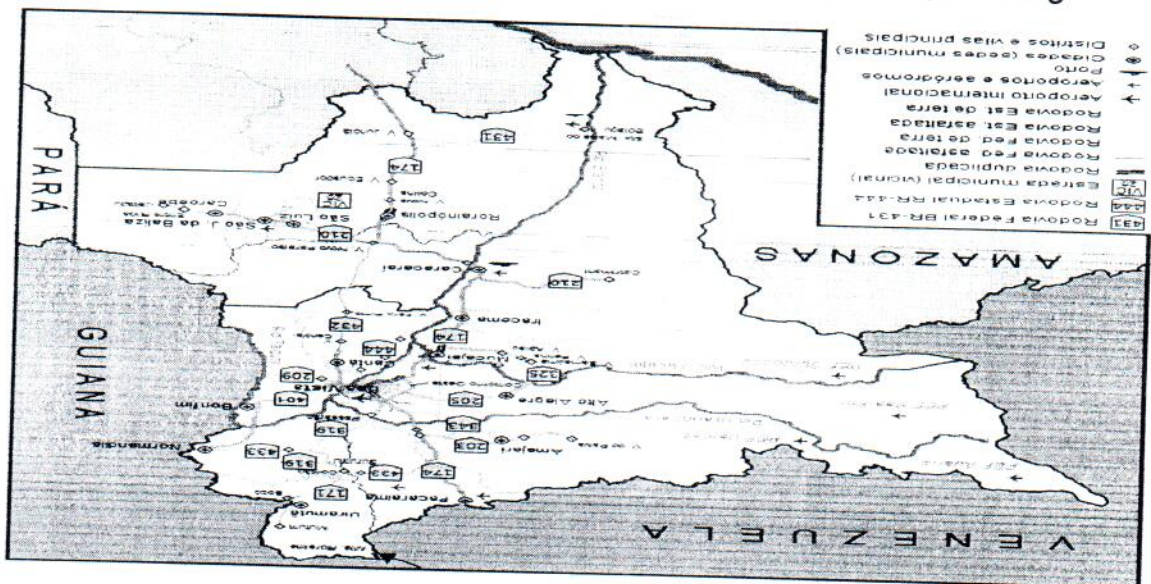
População Indígena***	2010	55.922
População com menos de 15 anos (%)	2010	33,10
População com 60 anos ou mais (%)	2010	5,50
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)*	2005	0,782
Taxa de analfabetismo população acima de 15 anos (%)	2010	10,3
Nível de abastecimento de água (%)**	2011	92,9
Nível de abastecimento de esgoto sanitário (%)**	2011	13,6
Nível de abastecimento de coleta de lixo (%)**	2011	83,1

Fonte: IBGE/2010

*PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/2005
 **PENAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio/2011.
 ***População declarada indígena, contabilizada pelo IBGE/2010.

2.2. Características Geográficas

Mapa 1 – Mapa Rodoviário de Roraima



Como podemos constatar nas informações abaixo, a extensão territorial de Roraima, aliada a falta de estrutura das estradas tem sido entraves no acesso a assistência a saúde quando consideramos a distância entre a capital Boa Vista e os municípios vizinhos. Esses fatores influenciam diretamente na condição de saúde da população por provocar o agravamento da doença ao invés de promover o cuidado.

Boa Vista – Alto Alegre.....89km
 Boa Vista – Amajari.....158km

Boa Vista - Bonfim.....	125km
Boa Vista - Cantá.....	32km
Boa Vista - Caracará.....	134km
Boa Vista - Caroebe.....	354km
Boa Vista - Iracema.....	93km
Boa Vista - Mucajaí.....	52km
Boa Vista - Normandia.....	183km
Boa Vista - Pacaraima.....	215km
Boa Vista - Rorainópolis.....	291km
Boa Vista - São João da Baliza.....	346km
Boa Vista - São Luiz do Anauá.....	350km
Boa Vista - Uiramutã.....	299km

O mapa acima nos mostra que o principal meio de ligação entre os municípios do Estado se dá por via terrestre, através de ônibus e vans (transporte alternativo), sendo as BRs 401, 174, 205 e 319 as principais rodovias que cruzam a capital do Estado. Boa Vista dispõe de um anel viário cujas obras terminaram em 2011, o contorno Oeste Ottomar de Souza Pinto, com extensão de aproximadamente 30 km. As principais pontes que cortam a cidade são: ponte macuxi e do rio cauaê, mas apesar da ligação histórica da cidade de Boa Vista com o Rio Branco, atualmente a cidade não conta com um porto fluvial expressivo, tendo apenas embarcações pesqueiras, turísticas ou de lazer. Também inexiste sistema ferroviário na capital. O acesso entre as regiões de saúde se dá especialmente pela BR 174.

O crescimento acentuado da frota de veículos no Estado, 139.344(2011) e 152.474 (2012) culminando em uma taxa de motorização da população de 33,85% aliado a precariedade do sistema de transporte público existente, acabam por estabelecer um verdadeiro caos no trânsito. Isso acaba refletindo na situação de saúde da população pelo número elevado de acidentes de trânsito, 3.785 (2012) e 2.668 (até Set/13), (DETRAN/RR, 2013).

3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE EM RORAIMA

3.1. As Regiões de Saúde em Roraima

O Ministério da Saúde, através do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, reorienta o modelo de atenção, estabelecendo a

organização do SUS em Regiões de Saúde - Definidas como espaço geográfico contínuo, constituídas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados no território com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e execução das ações e serviços de saúde, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com os municípios para garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações de Atenção Primária, Urgência e Emergência Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados, através do Contrato organizativo da ação pública na saúde - COAP e reduzir as desigualdades loco-regionais por meio da conjugação interfederativa de recursos. Essas ferramentas vem contribuir como estratégia na criação de um sistema de saúde mais eficiente, possibilitando um desenho regional abrangendo todos os níveis de complexidade, assegurando ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS e facilitando a implantação das redes de atenção à saúde no Estado.

Em Roraima as regiões de saúde foram criadas a partir da Resolução nº 016 de 27 de março de 2012 da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RR, sendo divididas em 02 (duas) regiões, contemplando os 15 municípios do Estado. A mesma resolução reconhece as Comissões Intergestores Regionais - CIR's, como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção, tornando efetivo o processo organizativo de regionalização no Estado. Os quadros a seguir demonstram como foram constituídas as regiões de saúde em Roraima com seus municípios, população e área territorial.

Quadro 2 - REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE - Municípios, extensão territorial e população.

Microregião	Município	Extensão Territorial (KM²)	População	Densidade Demográfica (Hab/Km²)	Estimativa/2012
Norte	Amajari	28.472	9.327	0,33	9.936
	Pacaraima	8.028	10.433	1,30	10.953
REGIÃO CENTRO NORTE MONTE RORAIMA					

Secretaria de Estado da Saúde
Rua: Madri, 180 - Aeroporto
Boa Vista - RR





Secretaria de Estado da Saúde
Rua: Madri, 180 – Aeroporto
Boa Vista - RR

3.2. Indicadores de Morbimortalidade

Em relação às causas de mortalidade no Estado de Roraima, observa-se pelos dados encontrados que em 2010 as principais causas (CID-10) estão

Fonte: SIASI/SESA/MS/2012

TOTAL GERAL		
RORAIMA	CIR SUL	Caroebe
		Caracarái
		Uiramutã
		Pacaraima
		Normandia
	CIR CENTRO NORTE	Mucajai
		Iracema
		Cantã
		Bonfim
		Boa Vista
Amajari		
Alto Alegre		

53.864

780

961

8.820

8.476

7.748

609

611

3.072

4.114

2.858

6.315

9.500

Fonte: SIASI/SESA/MS/2012

Quadro 4 – População indígena cadastrada no SIASI por região de saúde e município.

Fonte: IBGE/2010.

Microregião	Município	Extensão Territorial (KM ²)	População	Densidade Demográfica (Hab/Km ²)	Estimativa/2012
Sul	Caracarái	47.411	18.398	0,39	19.019
	Rorainópolis	33.594	24.279	0,72	25.319
	Iracema	14.409	8.696	0,60	9.288
Sudeste	Caroebe	12.065	8.114	0,67	8.480
	São Luiz do Anauá	1.526	6.750	4,42	6.968
	São João da Baliza	4.284	6.769	1,58	7.023
REGIÃO SUL RIO BRANCO					
			73.006		76.097

Quadro 3 - REGIÃO DE SAÚDE SUL – Municípios, extensão territorial e população.

Fonte: IBGE/2010.

TOTAL					
Centro oeste	Uiramutã	8.065	8.375	1,04	8.764
	Bonfim	8.095	10.943	1,35	11.188
	Alto Alegre	6.966	8.940	1,28	9.364
Nordeste	Normandia	6.966	16.448	0,64	16.228
	Boa Vista	5.687	284.313	49,99	296.959
	Cantã	7.664	13.902	1,81	14.707
Sul	Mucajai	12.461	14.792	1,19	15.328
	Iracema	14.409	8.696	0,60	9.288
	Caracarái	47.411	18.398	0,39	19.019
REGIÃO SUL RIO BRANCO					
			377.473		402.715

relacionadas a causas externas, seguidas de doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

Gráfico 1 – Número de Óbitos por ocorrência segundo capítulo (CID 10), 2010.

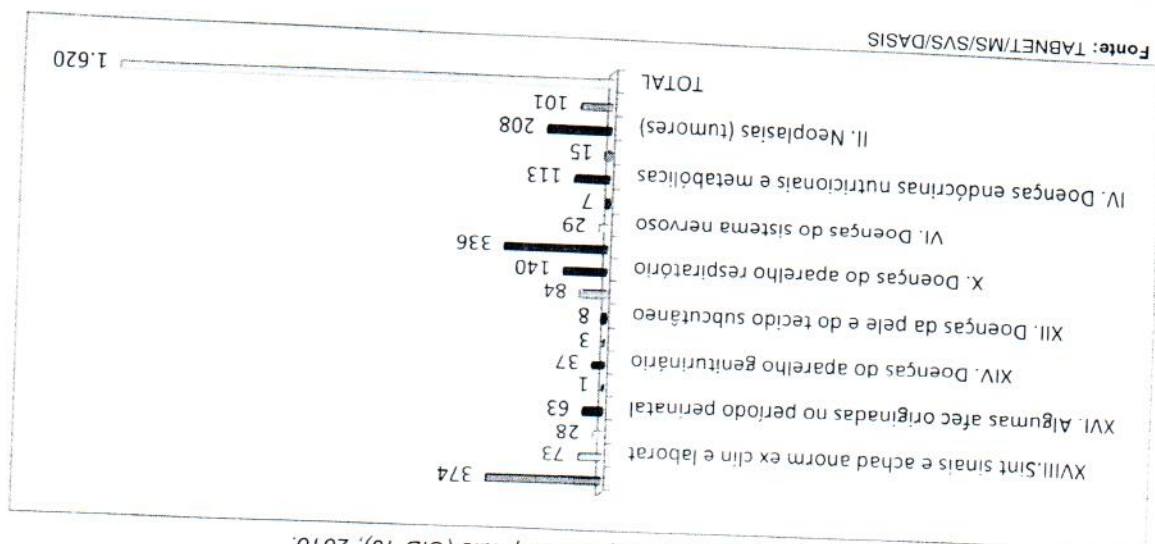
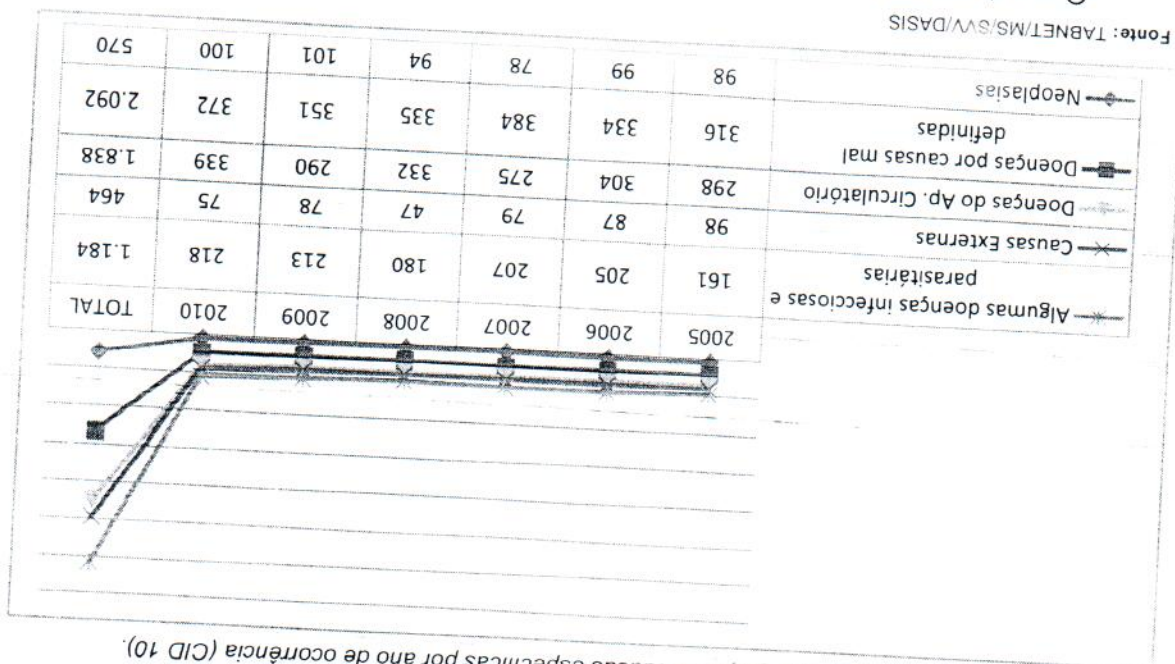


Gráfico 2 – Número de Óbitos por grupo de causas específicas por ano de ocorrência (CID 10).



O quadro acima demonstra que as doenças por causas mal definidas foram responsáveis pelo maior número de óbitos no Estado no decorrer dos últimos 6 anos, a segunda causa de óbito de maior prevalência foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias.

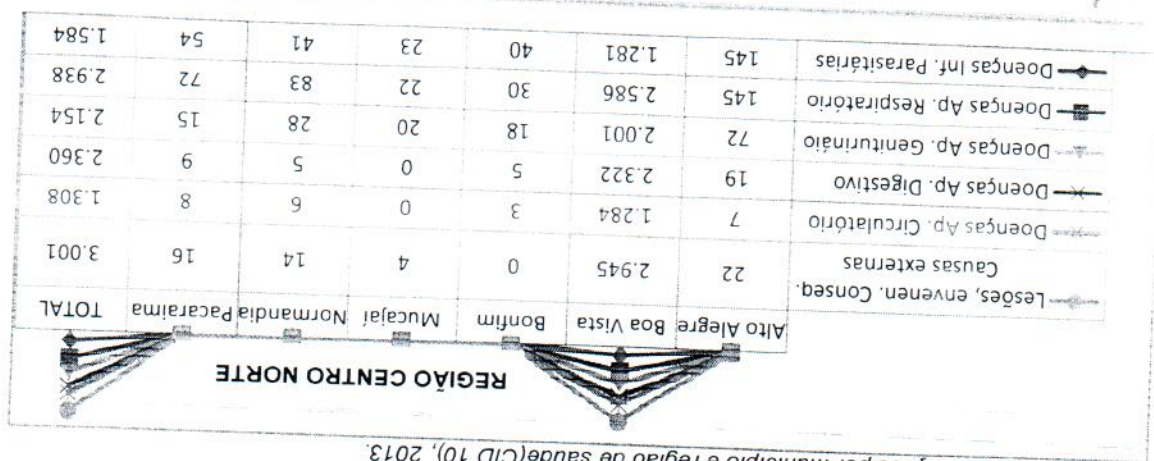
Os indicadores de morbidade demonstram a condição de saúde da população do Estado, indicando fatores para possíveis intervenções. O quadro a seguir mostra dados acerca das principais causas de internação por região de saúde em Roraima (CID 10) considerando o período entre Jan/12 à Jan/13.

Quadro 5 – Indicadores de Morbidade – Internação por Região de Saúde (CID 10).

Região	Município	Norte						Sul		* Total
		Alto Alegre	Boa Vista	Bonfim	Mucajai	Normandia	Pacaraima	S. Luiz do Anauá	* Total	
Doenças	Infec. e parasitárias	145	1.281	1.284	2.322	2.001	19	149	91	284
	Aparelho Circulatório	7	19	3	5	18	9	15	17	44
	Aparelho Digestivo						8	22	7	127
	Aparelho Geniturinário						5	103	51	247
	Aparelho Respiratório						15	32	199	330
Lesões, Enven. Conseq. causas externas		145	2.526	2.360	2.154	2.878	72	15	6	64
* Total		1.584	1.308	2.360	2.154	2.878	3.001	15	4	20
		26	4	94	57	22	7	3	14	4
		Caracarái								
		Caroebe								
		Rorainópolis								
		S. João da Baliza								
		S. Luiz do Anauá								
		* Total	284	44	127	247	330	64		

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
 *Dados referente ao período compreendido entre Jan/12 e Jan/13.

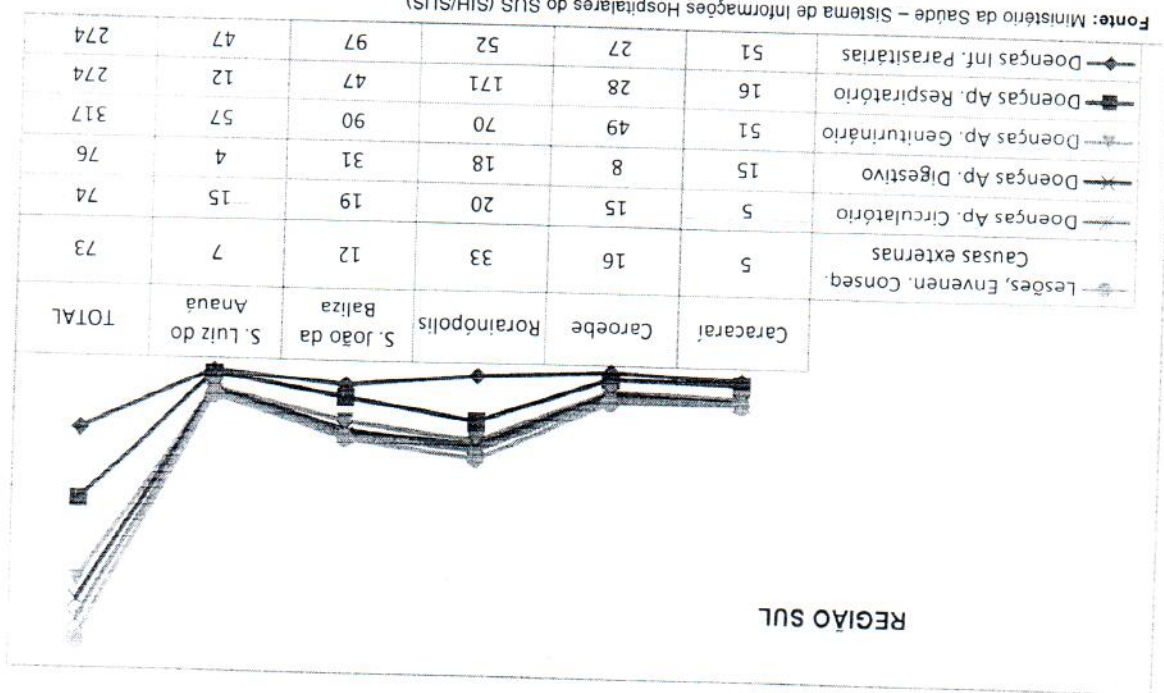
Gráfico 3 – Internações por município e região de saúde (CID 10), 2013.



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

Na região Centro Norte os indicadores apontam para lesões, envenenamentos em consequência de causas externas, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo como principais causas de internação.

Gráfico 4 - Internações por município e região de saúde (CID 10), 2013.



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

Já na Região Sul prevalecem os fatores relacionados a doenças do aparelho geniturinário, seguida de doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias. Os indicadores apontam a necessidade de intensificação das ações de atenção básica em todo o Estado, visto que, as patologias apresentadas podem ser resolvidas com ações preventivas na atenção primária.

3.3. Indicadores de Atenção

Atualmente a cobertura da assistência à saúde no Estado é de 71,76% (Unidades Básicas de Saúde), 51,85% (Estratégia Saúde da Família), segundo o DATASUS/MS, o que representa um aumento significativo em relação aos anos anteriores, sendo atendidos os 15 municípios. No que diz respeito a atenção

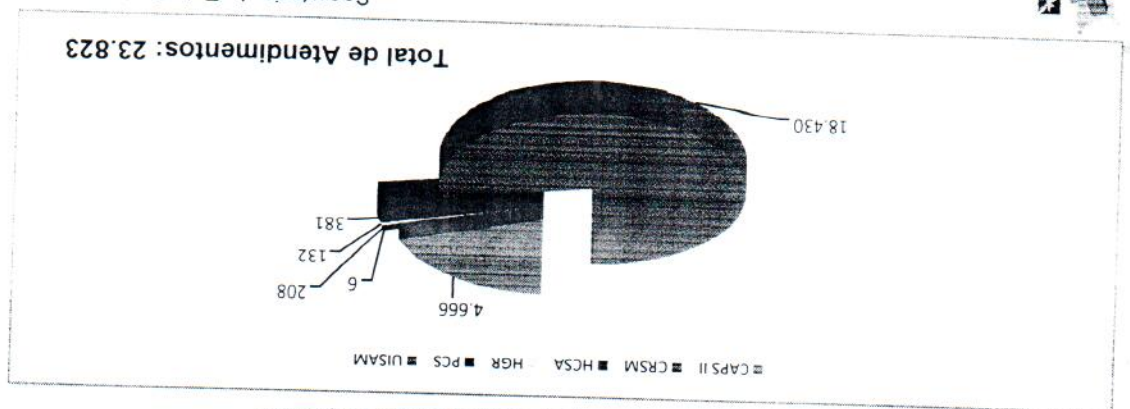
psicossocial a cobertura atual é de 0,96% (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS) representando um aumento considerável, quando comparado ao ano de 2011 em que a cobertura era de apenas 0,33% em todo o Estado.

Em relação à cobertura da assistência à saúde a populações indígenas, esta é ofertada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos em DSEI Leste, que agrega 13 etnias com predominância da etnia Makuxi e o DSEI Yanomami composto por 05 etnias onde a predominância é Yanomami. A assistência é prestada através dos pólos base pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) composta por Enfermeiros, técnicos de enfermagem e agente indígena de saúde (AIS). Atualmente em Roraima existem 57 pólos base.

Quanto aos atendimentos em saúde mental realizados no ano de 2012, foram contabilizados 305 no DSEI Leste e 55 pacientes fazem uso de psicotrópicos com diagnóstico de epilepsia, depressão e esquizofrenia no DSEI Yanomami, no entanto, não há registro de pessoas em acompanhamento por dependência química, visto que, os casos suspeitos são encaminhados para tratamento na rede de referência no próprio município ou em Boa Vista, segundo informações repassadas pelos DSEIS.

A capital Boa Vista por concentrar a maioria dos serviços de atenção à saúde, e consequentemente os serviços de referência em atenção psicossocial, realizou no ano de 2012, 24.856 atendimentos a pessoas com transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias químicas, conforme apresentados nos gráficos a seguir.

Gráfico 5 – Atendimentos em Transtornos mentais por Unidade de Saúde, 2012.

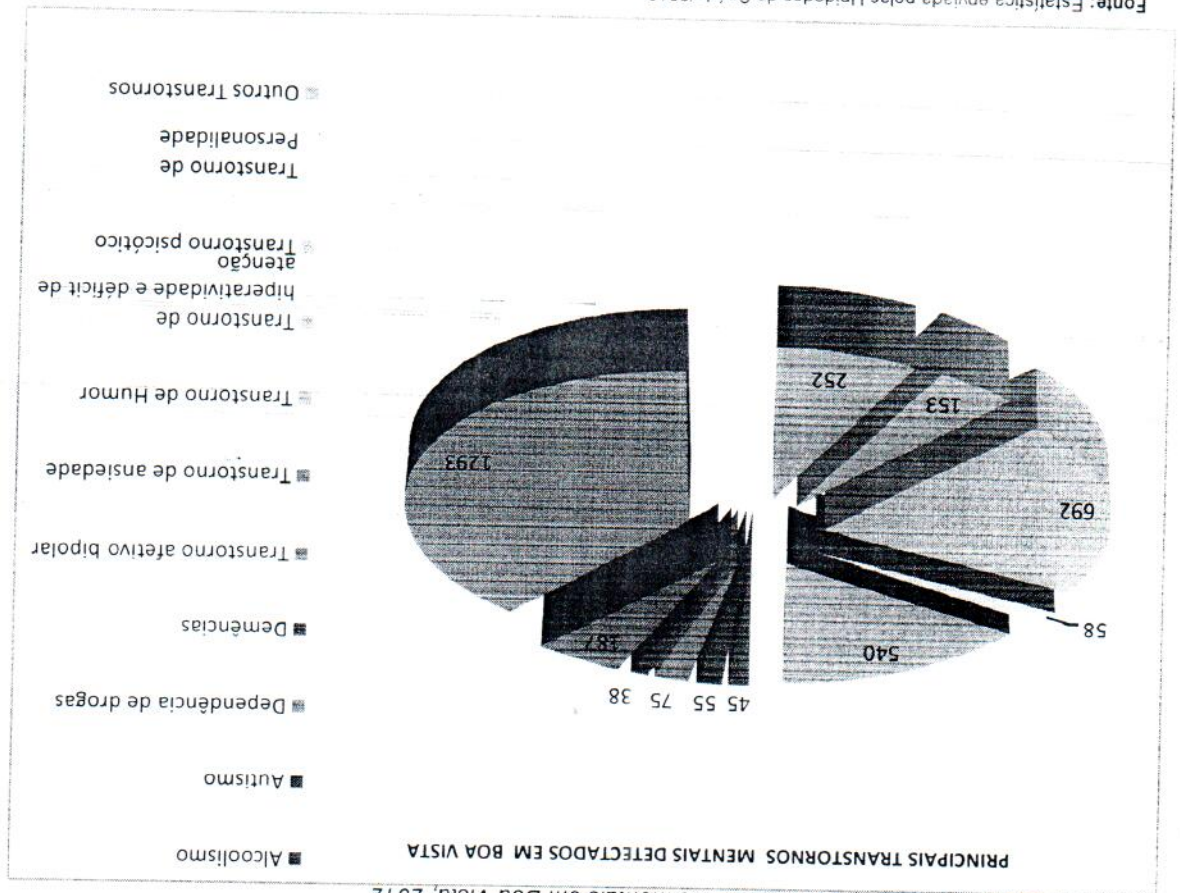


Fonte: Estatística enviada pelas Unidades de Saúde/2012.

A maioria dos atendimentos em saúde mental estão concentrados na Unidade Integrada de Saúde Mental – UISAM que funciona como o grande ambulatório de saúde mental do Estado, no entanto, todas as atividades da Unidade passam por adequações para funcionar na modalidade de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III.

Dos tipos de transtornos identificados em Boa Vista, através do atendimento realizado na UISAM os mais comuns são transtornos de ansiedade, seguido de transtorno psicótico, como demonstrado no gráfico abaixo:

Gráfico 6 – Principais Transtornos mentais em Boa Vista, 2012



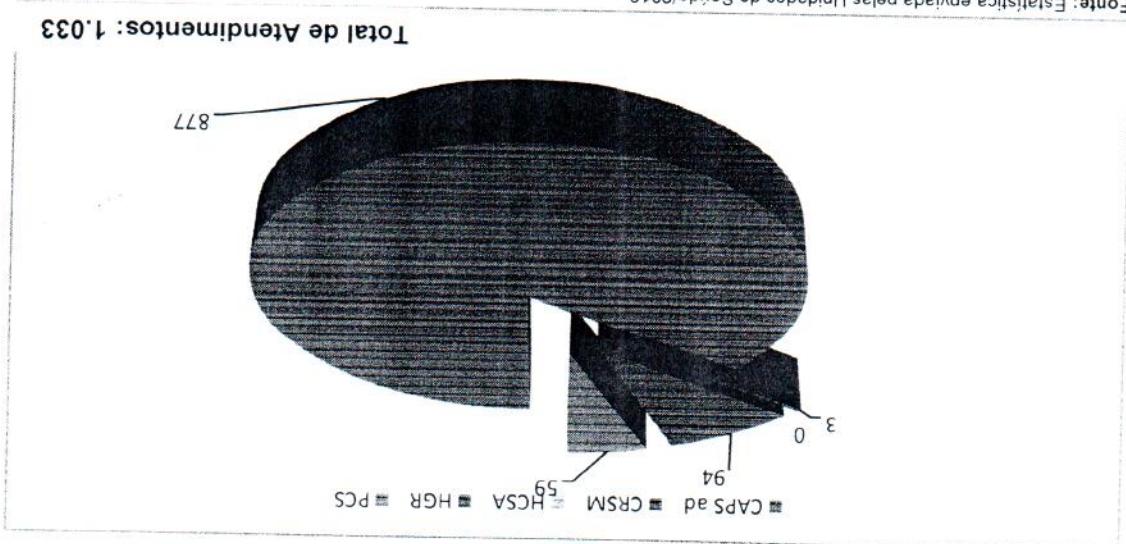
Em se tratando de atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias químicas o CAPS ad é a referência no Estado, isso justifica o



quantitativo de atendimento diferenciado em relação as outras Unidades de Saúde, dispostos no gráfico 7.

O Serviço também passa por adequações para funcionar na modalidade de CAPSad III, oferecendo atendimento 24h.

Gráfico 7 – Atendimento em Dependência em substâncias Químicas por Unidade de Saúde, 2012.

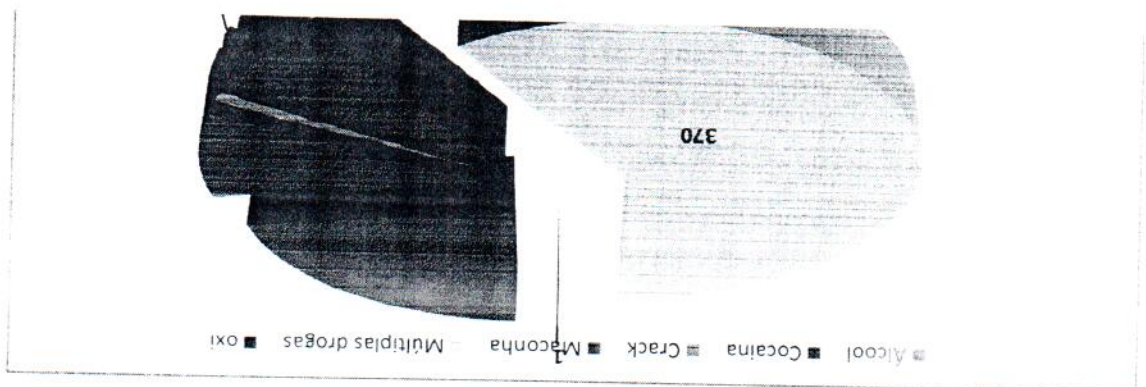


Fonte: Estatística enviada pelas Unidades de Saúde/2012.

Nas últimas décadas o número de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas tem crescido no Estado, somente em Boa Vista já passaram pelos CAPSad durante esse período um total de 625 pessoas. Dessas, a grande maioria faz uso de mais de uma substâncias entorpecente (múltiplas drogas) conforme demonstrado no gráfico 8.

Diante desse contexto, defende-se a implantação da Rede de Atenção Psicossocial com oferta de linhas de cuidado para as doenças mais prevalentes, com prioridade para as atividades preventivas e de projetos terapêuticos que atendam as necessidades singulares da população mais vulnerável.

Gráfico 8 – Tipo de Dependência em substâncias Químicas em Boa Vista, 2012.



serviços de referências como ambulatórios, hospitais, centros de atendimento especializados, Unidades Básicas de Saúde dentre outros.

A Rede de Atenção Psicossocial instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, através de Portaria Ministerial nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, "consiste numa rede de cuidados que visa assegurar a pessoa com transtorno mental e/ou necessidade decorrentes do uso de substâncias psicoativas o direito ao acesso e tratamento humanizado no Sistema de Saúde de acordo com as suas necessidades, tendo como princípio o respeito e a proteção dos direitos humanos, sem qualquer forma de discriminação.

A RAPS em Roraima ainda em fase de construção, conta hoje com alguns dispositivos em funcionamento o que permite o atendimento às demandas apresentadas, no entanto, considerando o aumento crescente da população, os indicadores apresentados e ao estilo de vida próprio de uma região fronteiriça sujeita ao stress do dia a dia, fatores que influenciam direta ou indiretamente no processo de adoecimento psíquico, os pontos de atenção tem se mostrado insuficientes. Além desses fatores há que ser considerado o fato da capital Boa Vista dispor da maior parte dos dispositivos da rede e a distância dos municípios que não dispõe de serviço especializado tendo que recorrer aos serviços da capital, configurando a dificuldade no acesso aos serviços.

As informações apresentadas vem confirmar a necessidade urgente de implantação da RAPS com reorganização dos serviços em todo o Estado de forma regionalizada a fim de garantir a integralidade no acesso as ações e serviços de saúde das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de substâncias químicas, efetivando assim a Política de Atenção à Saúde Mental preconizada pelo Ministério da Saúde.

Como forma de sanar as deficiências encontradas na assistência à saúde mental a SES através do Departamento de Políticas de Saúde Mental – DPSM tem



Secretaria de Estado da Saúde
Rua: Madri, 180 – Aeroporto
Boa Vista - RR

trabalhado no sentido de suprir as necessidades assistenciais no que diz respeito à insuficiência de dispositivos de atenção e qualificação de seus componentes. Nessa lógica foram realizadas as seguintes ações:

- **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II** no município de **Boa Vista**, implantado no ano de 2012, habilitado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 649 – 13 de Julho de 2012;
- **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I** no município de **Rorainópolis**, implantado no ano de 2012, habilitado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.105 – 04 de Outubro de 2012;
- **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I** no município de **Bonfim**, implantado no ano de 2012, habilitado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.432 – 19 de Dezembro de 2012.
- **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I** no município de **Alto Alegre**, implantado no ano de 2013, habilitado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 101 – 08 de Fevereiro de 2013;
- **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I** no município de **Pacaraima**, implantado no ano de 2013, habilitado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 227 – 01 de Março de 2013;
- Além dos serviços implantados, foi solicitado ao Ministério da Saúde a readequação dos serviços existentes visando oferecer a atenção integral às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias químicas, cumprindo assim o disposto na portaria nº 3.088 de 23.12.2011.
- **Centro de Atenção Psicossocial Alcool e outras Drogas - CAPS AD-Em** processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde para modalidade CAPS AD III, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana;
- **Unidade Integrada de Saúde Mental – UISAM** – Em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde para modalidade CAPS III com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana;
- **Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Geral de Roraima**—atualmente com 11





Secretaria de Estado da Saúde
Rua: Madri, 180 – Aeroporto
Boa Vista - RR

18

leitos. Em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Qualificação de componentes:

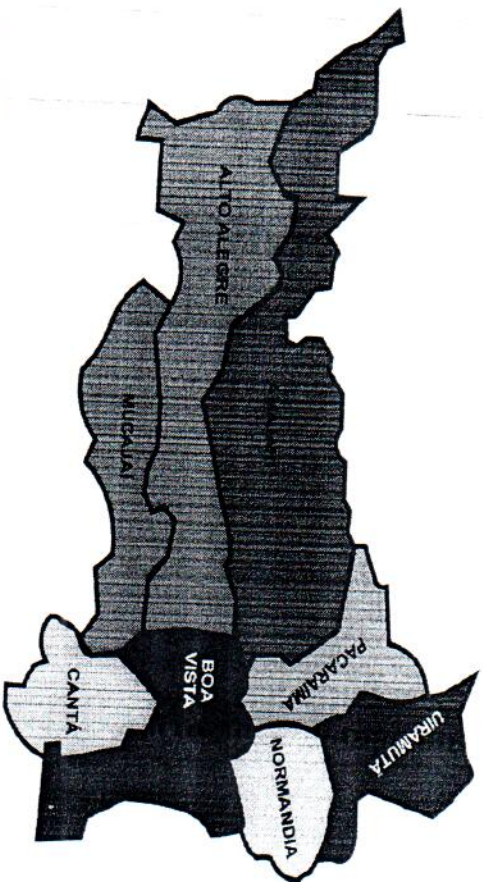
Como parte da política de atenção à saúde mental ocorreram ações de qualificação dos componentes da RAPS, dentre elas as constantes na portaria 4252/10 com oficinas de capacitação aos profissionais atuantes na ESF e NASF, Hospitais gerais, Agentes de Saúde e redutores de danos, rede SUS e SUAS e familiares de usuários de álcool, crack e outras drogas abrangendo os 15 municípios do Estado, atingindo um total de 314 pessoas qualificadas.

Com a implantação dos novos serviços e a troca de gestão em razão da conjuntura política, novas capacitações foram realizadas *in loco* acerca do processo de trabalho em CAPS e sistemas de informação RAAS e BPA. No que diz respeito às ações de articulação intersetorial, foram realizadas reuniões com integrantes da saúde mental do município (SAB, SAE e SM) com o intuito de fortalecer o processo de implantação da RAPS através da definição de fluxos, papéis e conscientização/sensibilização acerca da co-responsabilidade dos diversos atores na assistência psicossocial no Estado.

3.4. Capacidade Instalada

Para melhor visualização, será apresentada a seguir a oferta de serviços de saúde em Roraima, considerando as regiões de saúde.

REGIÃO CENTRO-NORTE

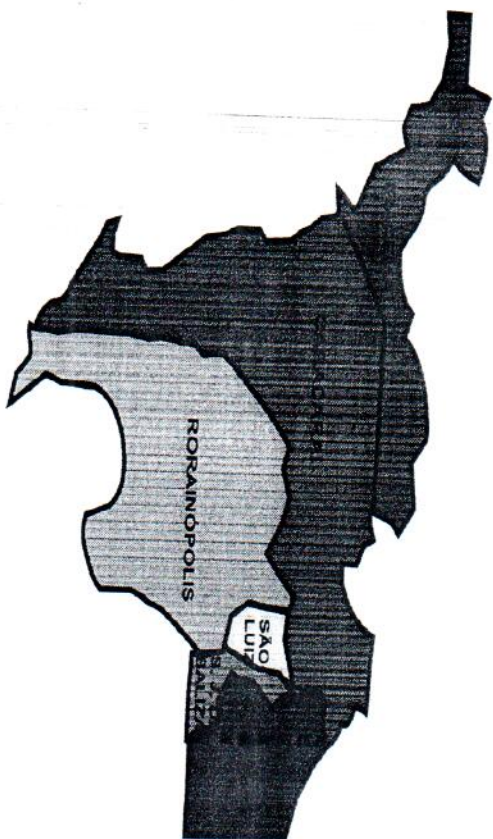


LEGENDA:

	AMAJARI	A.ALEGRE	BONFIM	B. VISTA	CANTÁ	MUCAJAI	NORMANDIA	PACARAIMA	UIRAMUTÃ
◆ CAPS	-	1	1	3	-	-	-	1	-
▲ ESF	4	12	9	55	6	12	6	8	4
🏥 H. GERAL	-	1	1	1	-	-	-	1	-
■ NASF	-	1	1	-	-	1	-	1	-
✳️ SAMU 192	1	2	1	5	2	1	2	1	-
⊕ UBS	3	2	6	40	1	3	2	1	2

Fonte: CNES/DATASUS/2013





LEGENDA:

	CARACARAI	CAROEBE	IRACEMA	RORAINÓPOLIS	S.J. BALIZA	S.L. ANAUA
◆ CAPS	1	-	-	1	-	-
▲ ESF	12	4	8	8	4	5
✚ H. GERAL	1	-	-	1	-	-
■ NASF	1	-	1	-	-	-
★ SAMU 192	1	2	1	2	2	2
⊕ UBS	7	2	1	1	2	1

Fonte: CNES/DATASUS/2013.



3.5. Indicadores de Gestão

O percentual de investimento estadual no setor de saúde em 2012 foi de 14,16% (SEPLAN).

Plano Estadual de Saúde 2012-2015, em fase de atualização.

3.6. Sistema de Financiamento

O SUS tem financiamento tripartite com maior aporte financeiro cabendo a União ficando sob responsabilidade do Estado a parcela de 12% e 15% ao município, obedecendo normativa constitucional: § 3º, art. 198 e Lei Complementar 141 de 13.01.12.

Quanto à transferência dos recursos da RAPS/RR do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual e fundos municipais ocorre mensalmente através dos blocos de financiamento, sendo estabelecidos na Portaria 3.099 de 23.12.11. Embora em Roraima, 9 municípios tenham aderido ao pacto pela saúde, os mesmos detêm a gestão somente dos serviços de Atenção Básica, sendo o Estado o gestor das ações de média e alta complexidade.

3.7. Dimensionamento das Necessidades de Saúde

Diante do diagnóstico apresentado, foram identificados pontos considerados críticos na atenção psicossocial:

- Baixa capacidade da atenção básica em ser o ordenador do fluxo no sistema de saúde, tanto pela baixa cobertura, quanto pela capacidade reduzida em acolher o usuário, solucionando as situações menos complexas;
- Concentração dos serviços de maior complexidade na capital Boa Vista;
- Extensão territorial de grande proporção, provocando vazios assistenciais e dificuldade no acesso aos serviços;
- Falta de articulação/comunicação entre outros pontos, redes de atenção e intersectorialidade;
- Inexistência de fluxos estabelecidos para agilidade no acesso e integralidade da atenção;
- Baixa capacitação dos profissionais de saúde para atender as situações primárias em saúde mental.



Ao analisar a realidade dos serviços de atenção psicossocial no Estado de Roraima, observa-se, que apesar do aumento de cobertura dos CAPS, conforme demonstrado no quadro a seguir, existem vazios assistenciais, quando consideradas a área geográfica e singularidade da região, aliada ao número insuficiente de leitos em Hospital Geral e inexistência de outros dispositivos da rede, especialmente os de atenção residencial de caráter transitório.

Quadro 6 - Cobertura dos serviços de Saúde Mental em Roraima (2011-2013).

ANO	CAPS I	CAPS II	CAPSad	Leitos HG	Cobertura (%)*
2011	1		1		0,33
2012	1	1	1		0,78
2013	5	1	1		0,96

*DAPE/SAS/MS, Junho/2013.

4. PLANO DE AÇÃO ESTADUAL

4.1. Rede de Atenção Psicossocial/RAPS em Roraima

A proposta da Rede de Atenção Psicossocial foi formulada à luz das portarias ministeriais, tendo como referência o Decreto 7508/11 que regulamenta a Lei 8080/90 para dispor sobre a organização do SUS definindo entre outros, as Regiões de Saúde e as Redes de Atenção como instrumentos principais na reorganização dos serviços de saúde no território.

O desenho da RAPS no Estado considera as Regiões de Saúde, além de observar os critérios de base populacional, localização geográfica de cada município, perfil epidemiológico, acesso aos serviços de saúde e distância entre os municípios da região de saúde.

A Região Centro Norte é composta por 09 (nove) municípios com uma população estimada de 402.715 habitantes (IBGE/2012)*, distribuídos em uma área territorial de 111.008,5 km².

Quadro 7 - Oferta e proposição de serviços por região de saúde.

Município	Serviço existente	Quant.	Serviço Proposto	Justificativa
Alto Alegre	CAPS I	1	4 leitos em Hospital Geral	Servir de retaguarda para o CAPS I
Amajari	-	-	-	Referência os pacientes para Boa Vista

Secretaria de Estado da Saúde
Rua: Madri, 180 - Aeroporto
Boa Vista - RR



Boa Vista	CAPS II CAPS AD III CAPS III CAPS I	1 1 1 11	01 CAPS I 01 U.A.A 01 U.A.I 01 Consultório na Rua 06 NASF tipo II 02 Leitos HC SA	Complementação dos pontos de atenção da RAPS
Bonfim	CAPS I	1	4 leitos em Hospital Geral	Servir de retaguarda para o CAPS I de Bonfim e Normandia
Cantá		-	01 CAPS I	Referência os pacientes para Boa Vista, quando necessitar de internação.
Mucajai			01 CAPS I	Referência os pacientes para Boa Vista, quando necessitar de internação.
Normandia		-	01 CAPS I	Referência os pacientes para Bonfim, quando necessitar de internação.
Pacaraima	CAPS I	1	4 leitos em Hospital Geral	Servir de retaguarda para o CAPS I e Amajari
Uiramutã		-	01 CAPS I	Referência os pacientes para Pacaraima, quando necessitar de internação.

* Estimativa da população residente com data de referência de 1º de julho/2012.

A Região Sul é composta por 06 (seis) municípios com uma população estimada de 66.809 habitantes (IBGE/2012)*, distribuídos em uma área territorial de 113.292,6 km².

Quadro 8 – Oferta e proposição de serviços por região de saúde.

REGIÃO SUL RIO BRANCO				
Município	Serviço existente	Quant.	Serviço Proposto	Justificativa
Caracará	CAPS I	1	4 leitos em Hospital Geral.	Servir de retaguarda para o CAPS I e Iracema
Carobebe		-	-	Referência os pacientes para S. João Baliza
Iracema		-	01 CAPS I	Referência os pacientes para Caracará
Rorainópolis	CAPS I	1	4 leitos em Hospital Geral.	Servir de retaguarda para o CAPS I
São Luiz do Anauá		-	4 leitos em Hospital Geral.	Servir de retaguarda para o CAPS I (REGIONAL)
São João da Baliza		-	01 CAPS (REGIONAL)	Atender aos municípios de Carobebe/S.Luiz do Anauá e S. João da Baliza.

* Estimativa da população residente com data de referência de 1º de julho/2012.

- Reestruturação da Área Técnica de Saúde Mental, álcool e outras drogas com a seguinte composição:
 - Coordenação Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas;
 - Gerência de Acompanhamento Intersectorial e Articulação da RAPS;
 - Gerência de Supervisão e Monitoramento da RAPS;



- Gerência de Matriciamento, Ensino e Pesquisa.
- Criação de programa de Educação Permanente para qualificação dos componentes da RAPS nos seguintes níveis:
 - Residência Médica em Psiquiatria;
 - Cursos de Especialização para equipe multiprofissional;
 - Cursos de aperfeiçoamento/atualização em saúde mental, álcool e outras drogas.

- Implantação do Programa Telessaúde Brasil Redes, Portaria 2.546 de 27/10/11 nos serviços de saúde que integram a RAPS em todo o Estado;
- Estreitamento das relações com as Comunidades Terapêuticas existentes para melhor oferta do cuidado;

- Implantação do sistema HORUS- Programa Nacional de Assistência Farmacêutica em todas as farmácias dos CAPS do Estado;
- Fortalecimento das equipes básicas de saúde e Equipes multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), tendo os CAPS como matriciador para oferta do cuidado em saúde mental no território;

- Promover maior articulação intersetorial, estabelecendo parcerias que venham fortalecer o serviço em rede e o protagonismo do usuário.

4.2. Sistema de Referência

A comunicação entre os serviços dar-se-á de forma a promover a continuidade do cuidado e facilitar o acesso aos serviços da Rede assistencial. Na capital Boa Vista a atenção básica é constituída de 6 macroáreas. Cada macroárea é responsável por 5 ou 6 bairros. Para que os serviços estejam melhor estruturados de forma a promover o cuidado em sua integralidade optou-se por organizar a demanda considerando os serviços existentes. Nesse sentido, a demanda das macroáreas (1, 2 e 4) compreendendo os seguintes bairros: **Macro 2** (São 1 Jd. Floresta, Caranã, Jd. Caranã, Cauamê, União e cidade satélite) **Macro 3** (Cambará, Canaã, Asa Branca, Vicente, Micejana, Bairro dos estados, 31 de março, São Francisco, São Pedro e Centro) **Macro 4** (Burtis, 13 de Setembro, Pricumã, Cinturão Verde e Centenário) será referenciada ao CAPS II, enquanto a demanda das macroáreas (3, 5 e 6) compreendendo os seguintes bairros: **Macro 3** (Cambará, Canaã, Asa Branca,



Joquei Clube, Tancredo Neves, Psicultura e Santa Tereza-1ª parte) **Macro 5** (Santa Tereza-2ª parte, Jd. Primavera, Silvio Leite, Equatorial, Alvorada e Santa Luzia) **Macro 6** (Pintolândia, Hélio Campos, Silvio Botelho, Nova Cidade, Raiar do Sol, Bela Vista e Conj. Cidadão) será referenciada ao CAPS III. Em se tratando de usuários com necessidades em decorrência de uso de álcool e outras drogas proveniente de qualquer macroárea do município de Boa Vista e demais municípios que não dispõe de CAPS em seu território o ponto de referência será o CAPad III. Os serviços com funcionamento 24hs (CAPS III e CAPSad III) serão referência para os outros pontos de atenção da rede, inclusive CAPS I, quando estes necessitarem de retaguarda clínica para usuários com demanda de cuidados contínuos, sendo o CAPS III na área de transtorno mental e o CAPSad III na área de álcool e outras drogas.

Para os casos de crise aguda ou surto psicótico o componente de referência a ser acionado será a urgência/emergência com os pontos de atenção SAMU 192 e Enfermaria Psiquiátrica no Hospital Geral de Roraima/HGR. O SAMU 192 ao atender uma ocorrência que envolva atenção psicossocial, **havendo necessidade de apoio técnico**, deverá acionar o CAPS de referência da área de abrangência.

O fluxo estabelecido teve como base os serviços da RAPS existentes no Estado sem considerar outros pontos de atenção propostos neste Plano e nas outras redes de atenção a serem criados posteriormente.

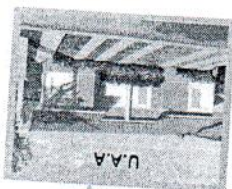




URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



CRISE AGUDA / SURTO PSICÓTICO



U.A.A

Vulnerabilidade Social

COMUNIDADE / TERRITÓRIO



CAPSad III

A.D

Ac. Noturno (A.D)

Estável (Macro 3,5,6)

Estável (Macro 1,2,4)

Estável (CAPS I)



CAPS III

Ac. Noturno (A.D)

Ac. Noturno (T.M)

Ac. Noturno (T.M)



CAPS II



CAPS I

A.D

Macro (3,5,6)

Macro (1,2,4)



U.B.S