

---

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

JOUSE GLÓRIA DE ALMEIDA QUEIROZ

**A ATUAÇÃO DO CAPS III SAMAMBAIA NO HSVP**

---

## II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

JOUSE GLÓRIA DE ALMEIDA QUEIROZ

### A ATUAÇÃO DO CAPS III SAMAMBAIA NO HSVP

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof.

---

**„II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

JOUSE GLÓRIA DE ALMEIDA QUEIROZ

**A ATUAÇÃO DO CAPS III SAMAMBAIA NO HSVP**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa  
Coordenador Geral do II CESMAD

## **Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos**

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Para minha mãe, minha eterna gratidão.  
Ao meu pai querido que está junto do Pai.  
Ao meu esposo e aos meus filhos Igor e  
Anne.  
A minha sogra, que tanto me ajuda.*

---

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela dádiva da vida.

Ao coordenador desse curso.

A todos os professores.

A todos aqueles de alguma forma me ajudaram durante esse curso.

*"Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e se podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar".*

*Nelson Mandela*

## RESUMO

Esse trabalho tem o intuito de demonstrar os resultados positivos de uma parceria institucional entre o CAPS III Samambaia e o HSVP, por meio de uma pesquisa bibliográfica, refletir sobre a importância dessa parceria e com gráficos mostrar os resultados quantitativos. Em decorrência dessa parceria institucional em que o CAPS adentra no HSVP com o intuito de monitorar os pacientes que lá estão até sua inserção no CAPS, podemos perceber na prática um número expressivo de pacientes que passaram a ter continuidade no seu tratamento em um serviço substitutivo e que por isso evitaram a reinternação e ainda não procuram mais o HSVP como referência para o seu tratamento, como, consultas, troca de receitas e medicamentos. No primeiro capítulo, haverá um breve histórico acerca da reforma psiquiátrica, o cenário brasileiro, a criação dos serviços substitutivos e a organização da saúde mental no DF; no segundo haverá uma apresentação das duas instituições envolvidas no processo, bem como a diferença em relação aos modelos de atendimento dessas; no terceiro, como se deu o processo de parceria entre as duas instituições, e por último os resultados obtidos.

**Palavras-chave:** CAPS, HSVP, Tratamento

## ABSTRACT

This work has intention to demonstrate to the positive results of an institutional partnership between the CAPS III Samambaia and the HSVP, by means of a bibliographical research, to reflect on the importance of this partnership and with graphs to show the quantitative results. In result of this institutional partnership where the CAPS enter in the HSVP with intention to monitor the patients who are there until its insertion in the CAPS, we can perceive in practical a expressive number of patients that had started to have continuity of its treatment in a service substitute and that therefore they had prevented the revolving door and not yet they look more the HSVP as reference for its treatment, as, prescription consultations, exchange and medicines. In the first chapter, it will have a historical briefing concerning the psychiatric reform, the Brazilian scene, the creation of the services substitutes and the organization of the mental health in the DF; in as it will have a presentation of the two involved institutions in the process, as well as the difference in relation to the models of attendance of these; in the third, as the process of partnership between the two institutions was given, and finally gotten results.

**Word-key:** CAPS, HSVP, Treatment

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Número de pontos de atenção da RAPS no Brasil em 2011 e 2014.....	25
<b>Figura 2</b> - Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no DF.....	28
<b>Figura 3</b> - Evolução do investimento financeiro federal nos CAPS, no País, de 2002 a 2013 .....	29
<b>Figura 4</b> - Mapa de distribuição dos CAPS, em suas diferentes modalidades, no País, em 2002 e em 2014.....	34
<b>Figura 5</b> - Leitos existentes na emergência e na internação do HSVP .....	36
<b>Figura 6</b> - Serviços e Programas do HSVP e os prédios onde funcionam.....	37
<b>Figura 7</b> - Quantidade de consultas realizadas no ambulatório do HSVP.....	38
<b>Figura 8</b> - Relação entre a porcentagem do total de gastos da saúde mental/SUS com os hospitais psiquiátricos e com a atenção comunitária/territorial, de 2002 a 2013 .....	39

## LISTA DE ABREVIATURA

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
DAS – Diretoria de Assistência a Saúde  
DF – Distrito Federal  
ERD – Escolas de Redutores de Danos  
GAPI – Grupo de Acompanhamento Pós Internação  
GDF – Governo do Distrito Federal  
HG – Hospital Geral  
HPAP – Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico  
HSVP – Hospital São Vicente de Paulo  
ISM – Instituto de Saúde Mental  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio Saúde da Família  
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar  
PS Dia – Pronto Socorro Dia  
PSF – Programa Saúde da Família  
PTS – Plano Terapêutico Singular  
PVC – Programa Vida em Casa  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UPHG – Unidade de Psiquiatria em Hospital Geral

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1 REFORMA PSIQUIÁTRICA</b> .....	15
1.1 O CENÁRIO BRASILEIRO.....	15
1.2 A CRIAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS.....	20
1.3 A SAÚDE MENTAL NO DF.....	25
<b>2 AS INSTITUIÇÕES</b> .....	32
2.1 CAPS III SAMAMBAIA.....	32
2.2 HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO - HSVP .....	35
2.3 O MODELO DE TRABALHO.....	359
<b>3 A PARCERIA INSTITUCIONAL</b> .....	43
3.1 METÓDO DE TRABALHO .....	43
<b>RESULTADOS</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	52
<b>ANEXOS</b> .....	565

## INTRODUÇÃO

Cada vez mais os usuários dos serviços públicos de saúde se tornam exigentes quanto ao acesso e qualidade no atendimento, como também a atenção a ele dispensada, dessa forma é indispensável que os serviços prestem um atendimento cada vez mais eficiente, igualitário, de forma universal, no qual englobe as necessidades dos pacientes que fazem parte de um mesmo sistema, o Sistema Único de Saúde, que é organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

A articulação e parceria estabelecidas entre os diversos serviços que pertencem à organização do Sistema Único de Saúde é um tema para ser discutido, uma vez que, os usuários dos serviços públicos não pertencem à instituição, mas sim a rede de atendimento, da qual fazem parte as diversas instituições públicas pertencentes a um mesmo sistema. Por isso, a parceria que foi estabelecida entre o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III de Samambaia e o Hospital São Vicente de Paulo tem como objetivo proporcionar um atendimento globalizado ao usuário e garantir uma assistência de forma integralizada e um atendimento contínuo que assegure uma ação preventiva.

Este escrito se diferencia dos demais que já foram realizados sobre a reforma psiquiátrica ou sobre a saúde mental no DF, uma vez que ainda não foi divulgado nenhum outro, que demonstre a realização de um trabalho conjunto entre as duas instituições de saúde mental e que vem sendo desenvolvido de forma presencial e semanal em busca de um atendimento integral ao usuário do serviço. Por isso, o que se infere nesta monografia não se encerra com ela, mas continua ocorrendo na prática, como um marco importantíssimo na saúde mental do DF, pois vai de encontro com os pressupostos da reforma psiquiátrica.

Quem tiver acesso a este escrito aprofundará o conhecimento, acerca de como se deu o processo de reforma psiquiátrica brasileiro, como está organização a saúde mental no DF, e da importância de se articular em rede e se envolver com outras instituições buscando se articular e encontrar parcerias com a rede de atendimento do sistema em prol de um atendimento mais eficiente para o usuário do serviço público de saúde. Poderá também se apropriar da forma como é desenvolvido na prática esse trabalho para que seja possível sua propagação e ampliação para outros serviços.

A escolha desse tema deve-se a necessidade de escrever acerca de um trabalho desenvolvido na prática e seu êxito no tratamento aos pacientes do CAPS III de Samambaia, depois de ter sido estabelecido uma parceria entre o CAPS e o HSVP. Pois, até então não existia um acompanhamento presencial de forma contínua do CAPS III dentro do HSVP, o que enfraquecia o vínculo com os pacientes que se encontravam internados naquele hospital psiquiátrico, e dificultava sua inserção nas atividades do CAPS para continuar o tratamento.

Há valor deste assunto para toda a Secretaria de Saúde, como também para a Divisão de Saúde Mental, mas principalmente para os serviços de Saúde Mental que tenham pacientes pertencentes aos seus territórios internados dentro do HSVP. Pois, muitos pacientes que lá se encontram, devido à cultura instalada, têm apenas aquele hospital psiquiátrico como referência e infelizmente não procuram um serviço de assistência psicossocial, para darem continuidade em seu tratamento, mesmo tendo sido encaminhados para tal, antes de receberem alta do hospital.

Como garantir que a reforma psiquiátrica se consolide nos dias de hoje? Essa indagação pode ser compreendida a partir do que rege a lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, em seu art. 4º, a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

Essa monografia consiste em um trabalho de campo que ainda é realizado pelo CAPS III de Samambaia dentro do HSVP, no qual contempla a visita semanal aos pacientes que estão internados naquele hospital psiquiátrico e que fazem parte do território de abrangência do CAPS III de Samambaia. Durante a visita, procura-se o estabelecimento de vínculo com os pacientes, depois os servidores envolvidos no processo, monitoram o paciente até o seu acolhimento no CAPS. Esse monitoramento pode ser por meio de uma simples conversa com o paciente ainda internado, ou com a equipe que o acompanha, com a família antes ou depois de sua alta e até mesmo por meio de visita domiciliar.

Este trabalho tem como objetivo precípua demonstrar como é possível através do trabalho realizado em rede, garantir um atendimento de qualidade ao paciente do serviço público de saúde mental. Bem como elucidar a importância de um monitoramento do paciente desde a internação em um hospital psiquiátrico até sua inserção em um serviço substitutivo.

No primeiro capítulo, haverá um breve histórico acerca da reforma psiquiátrica, o cenário brasileiro, a criação dos serviços substitutivos e a organização da saúde mental no DF; no segundo haverá uma apresentação das duas instituições envolvidas no processo, bem como a diferença em relação aos modelos de atendimento dessas; no terceiro, como se deu o processo de parceria entre as duas instituições, e por último os resultados obtidos.

## 1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA

*“Por mais que aparentemente o discurso seja pouco importante, as interdições que o atingem logo e depressa revelam a sua ligação com o desejo e com o poder. E o que há de surpreendente nisso, já que o discurso - como a psicanálise nos demonstrou - não é simplesmente o que manifesta (ou oculta) o desejo; é também o que é o objecto do desejo; e já que - a história não cessa de nos indicar - o discurso não é simplesmente o que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, aquilo pelo que se luta, o poder do qual procuramos apoderar-nos”.*

*Michel Foucault*

A fim de compreender o tema em foco, é de vital importância situar-se no cenário brasileiro acerca da reforma psiquiátrica para que se possa compreender como se deu o processo de criação dos serviços substitutivos e a organização desses serviços no âmbito do Distrito Federal.

### 1.1 O CENÁRIO BRASILEIRO

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira foi iniciado por trabalhadores de instituições psiquiátricas, nas décadas de 1960 e 1970. Naquela época as reivindicações eram pelas péssimas condições de trabalho e de assistências às pessoas acometidas por transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica, busca banir com a estigmatização, abuso, exploração ou qualquer tipo de preconceito que possam ser acometidos as pessoas com sofrimento mental, lutar pela garantia e expansão da rede de assistência, como também lutar pela cidadania e direitos dos usuários.

A psiquiatria nasce vocacionada à promoção de higienização social, ao invés de especialidade médica, como demonstra Foucault (1975):

antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se pode assimilar direta ou indiretamente à doença pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou. (Foucault 1975 p. 148)

A história da saúde mental, segundo Rotelli (1990 in Zgiet 2006), tem como origem as indagações do pai da psiquiatria, Pilippe Pinel pela introdução de métodos que pretendiam a cura dos doentes mentais, e não apenas sua apartação da sociedade, por isso o mesmo fazia uma diferenciação de tratamento dos loucos em relação aos outros perturbadores da ordem, como mendigos e criminosos. O manicômio era o local da experimentação de técnicas que visassem à normalização do comportamento do louco.

A noção de hospital psiquiátrico surgiu por volta de 1793, quando o médico Philippe Pinel recebeu dos reformadores da Revolução Francesa a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais. A proposta implementada por Pinel foi a de desacorrentar os loucos, para que eles pudessem locomover-se de forma livre pelo espaço do hospital. O desejo do médico era implementar meios completamente diferentes na administração dos loucos, transformando o hospício em um lugar de ação terapêutica cujo objetivo era destruir a loucura, que passou a ser concebida como doença mental (Foucault 1978 in Carvalho 2006).

A partir daí as mudanças que ocorreram pela introdução dessa psiquiatria clínica no país, foi o marco para a reforma psiquiátrica brasileira, que teve como principal característica, segundo Amarante (1994), a utilização do modelo de hospitais-colônia. Esse modelo mantinha características manicomiais. Essas colônias eram construídas distantes das cidades e os internos trabalhavam, em sua maioria com serviços agrícolas, esse modelo dificultava a reintegração dessas pessoas na sociedade, devido à falta de contato com os familiares e o distanciamento dessas colônias a urbanização.

Nas décadas de 50/60 do século XX, vários movimentos que criticaram esse modelo se espalharam em algumas partes do mundo, como:

a desinstitucionalização italiana, a Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, a Psiquiatria Preventiva no Estados Unidos, entre outros. As idéias que guiavam essas iniciativas vinham de autores como Michael Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffman e Robert Castel, que questionavam o poder e o saber médicos impostos pelas pessoas com transtornos mental. (Oliveira, Alessi 2005 apud Zgiet 2010 p 41).

Alguns movimentos mantinham a crença de que a instituição psiquiátrica era o lugar de tratamento da loucura e consideravam a psiquiatria o saber competente para fazê-lo, por isso segundo, Amarante (2000 in Carvalho 2006) esses movimentos reformadores surgidos na Inglaterra, França, e Estados Unidos propunham mudanças na assistência aos pacientes com

transtornos psiquiátricos, no entanto, limitavam-se a propor e desenvolver reformas no modelo psiquiátrico já existente.

Contrário a essa proposta, segundo Carvalho (2006), surge um modelo desenvolvido por Franco Basaglia, psiquiatra Italiano, que era:

desinstitucionalizar, desmontar e desconstruir os saberes e práticas comprometidos com a objetificação da loucura e sua redução à doença, que tinham nos manicômios seu espaço privilegiado de atuação e desenvolvimento. Nesse sentido, a desinstitucionalização não se restringia à desospitalização, isto é, a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas significava também entender que essas instituições era (re)produtoras de práticas e saberes que determinavam uma forma específica de se perceber, entender e relacionar com o sujeito que enlouquece. Dessa forma, a desinstitucionalização significa também a desconstrução dos saberes e práticas desenvolvidos nessas instituições (Carvalho 2006 p 28).

Franco Basaglia, é um dos principais personagens na história da reforma pela fundação do Movimento da Psiquiatria Democrática e atuação no abandono do paradigma asilar, como em Gorizia e Trieste. Esse psiquiatra italiano dedicou-se de forma inovadora à implementação de estratégias e arranjos socioculturais na mudança do cuidado, igualmente balizado na produção de protagonismo e autonomia para criação de redes de serviços, promovendo uma revolução assistencial e política, tendo como marco a aprovação da lei 180, a chamada "Lei Basaglia", na extinção dos manicômios.

Em fins da década de 1960, a situação da assistência psiquiátrica no Brasil era a seguinte: mais de sete mil pacientes internados estavam lotados nos leitos-chão (sem cama), em média, casos agudos passavam sete meses internados e o índice de mortalidade era seis vezes e meia maior do que dos hospitais de doenças crônicas. De loucura não se morre, mas, mesmo assim, o nível de mortalidade nos manicômios era gigantesco (Paulin & Turato, 2004).

O processo de reforma psiquiátrica situa-se em quatro dimensões: epistemológica, trazendo novos referenciais para pensar a doença mental e as práticas vinculadas; técnico-assistencial, com o estabelecimento de novas práticas no cuidado à saúde mental, de forma a desenvolver o potencial dos sujeitos, respeitando as suas diferenças; político-jurídica, com vistas a eliminar o caráter de periculosidade e incapacidade associado aos doentes mentais, bem como garantir respaldo legal para a proteção dos direitos das Pessoas Portadores de Transtornos Mentais; e, sócio-cultural, visando transformar o imaginário social, fazendo emergir novas representações e práticas sociais, e recolocando a loucura em novos espaços sociais, junto à sociedade (Amarante 2003).

A Reforma Psiquiátrica insere-se no mesmo contexto da reforma sanitária brasileira da qual resultou a criação do Sistema Único de Saúde – SUS e, de forma mais ampla, participa das políticas públicas de promoção de direitos, de superação das desigualdades sociais e de desenvolvimento social.

Nos tempos atuais a implementação da reforma do modelo assistência médico-psiquiátrica no país tem sido realizada de forma desigual nos diversos estados: alguns têm conseguido criar uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, entretanto, em outros a atenção ainda ocorre de forma centralizada no hospital e há pouco avanço da criação de serviços substitutivos.

Esses pressupostos teóricos nos ajudam a entender o processo de transformação dos serviços psiquiátricos, que ocorreu ao longo da história brasileira. Derivado de uma série de mobilizações políticas nacionais e internacionais surge o movimento social historicamente conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial, comemorada até os dias atuais em 18 de Maio.

O CAPS III de Samambaia, todos os anos faz uma caminhada em prol dessa luta. Que integra profissionais, familiares e usuários da assistência psiquiátrica, uma luta pela humanização dos serviços em saúde mental, pela desinstitucionalização, pela implementação da rede de assistência, como também pela cidadania e direitos dos usuários.

Além disso, o Movimento da Luta Antimanicomial pretende desconstruir o paradigma da exclusão e segregação social que se institucionalizou sobre a loucura e a doença mental. Por isso, a caminhada que se faz anualmente junto ao território onde o CAPS III de Samambaia atua é na tentativa de reconstruir as relações de cidadania e pertencimento entre o usuário e a sociedade, bem como as representações sociais sobre a loucura e a doença mental. Neste sentido, é necessário extinguir as noções de incapacidade, que se sobrepõem às pessoas acometidas por transtornos mentais. Não são apenas os profissionais, gestores e médicos que participam dessa luta, mas os próprios usuários que atuam como sujeitos de suas próprias histórias, lutando para que o acesso aos serviços seja garantido e tenham os seus direitos preservados.

Conhecer o percurso histórico da luta antimanicomial, subsequente reforma assistencial indispensável após as mobilizações promovidas pelo movimento e, não menos importante, a estruturação técnica, política e ideológica fundamentada a partir desse processo,

faz-se imprescindível diante dos desafios que se interpõem ao processo de continuação pela consolidação da reforma psiquiátrica em nosso país. Outros momentos também marcaram o processo de reforma psiquiátrica, que será brevemente exposto a seguir.

Outro momento que perpassa a história da Reforma Psiquiátrica é consolidado em uma Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde onde é assinado o documento que marca o início das reformas na atenção à saúde mental na América Latina. A Declaração de Caracas, ocorrida em 14 de novembro de 1990, por profissionais de saúde mental, algumas autoridades de saúde, além de organizações e associações, bem como juristas e legisladores. Essa declaração tem como proposta o respeito pelos direitos das pessoas com doenças mentais e o reconhecimento da importância dos cuidados na comunidade. Após sua assinatura, alguns países, como o Brasil, comprometeram-se a melhorar a saúde mental de suas populações, lutar pela extinção dos abusos e da exclusão que recai sobre os doentes mentais, melhorar o modelo de atenção baseado no hospital psiquiátrico, e empreender uma atenção integral ao paciente.

A promulgação da Lei nº 10.216, em abril de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, institui a reforma psiquiátrica como política do Estado brasileiro e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, como também, assegura o direito de cidadania, em especial, o acesso ao tratamento na rede substitutiva e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental, busca garantir os avanços da reforma sanitária e psiquiátrica brasileira e fazer cumprir a lei 10.216. Além de não admitir nenhum tipo de retrocesso das conquistas alcançadas após sua aprovação.

Em 2010, foi realizado a IV Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, fundamental para a celebração de conquistas do movimento da luta anti-manicomial e do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil. Na ocasião, várias diretrizes, foram pactuadas e em seu processo de implantação, muitas mudanças vêm ocorrendo nos serviços de atenção à saúde mental e de mudanças de paradigmas do lugar social da loucura. Muitas mudanças ocorreram, conforme dados apresentados pela Comissão Organizadora da IV CNSM-I no Caderno Informativo da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Saúde Mental: Direito e Compromisso de todos - *Caderno Informativo da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Saúde Mental: Direito e Compromisso de Todos – Consolidar Avanços e Enfrentar Desafios* (27 de junho a 1º de julho – 2010, p. 5 e 6):

- Aumento ao acesso à atenção a saúde mental. Em 2002 havia 424 Centros de Atenção Psicossocial, que cobriam 21% da população (Parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes). Em Março de 2010, a cobertura alcançou 62% de cobertura assistencial, com 1502 serviços.
- Houve a redução do número de leitos psiquiátricos ficaram menores, 16.000 leitos foram fechados. Através do PNASH/ Psiquiatria e o PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica) o perfil dos hospitais psiquiátricos mudou. Em 2009 quase 46% dos leitos em hospitais psiquiátricos estavam situados em hospitais de pequeno porte – em 2002, apenas 24% dos leitos estavam nesses hospitais. O ano de 2009 fecha com 35.426 leitos.
- Várias ações de saúde mental na atenção básica foram implantadas. Dos 5.800 trabalhadores dos NASF cadastrados em 2009, 30% são profissionais de saúde mental.
- O problema do álcool e das outras drogas passou a ser enfrentado no campo da saúde pública.
- Pessoas com longo histórico de internação foram desinstitucionalizadas. O Programa de Volta para Casa fechou 2009 com 3445 beneficiários, que recebem uma bolsa mensal de R\$320,00. 550 Residências Terapêuticas estão em funcionamento no país.
- Os recursos empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares. Desde 2006 os gastos federais com ações, serviços e programas comunitários são maiores que os gastos hospitalares. No ano de 2008, 65,5% dos recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações extra-hospitalares.

## **1.2 A CRIAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS**

A reforma psiquiátrica no Brasil está em processo de consolidação e gradativamente se expande. Dentro desta perspectiva surgem os serviços substitutivos ao modelo de internação integral, propondo-se a serem espaços terapêuticos que acolham além do usuário, sua família e a comunidade. Alguns desses serviços são: os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência, Hospitais-dias, Ambulatórios dentre outros por todo o país.

De acordo com Machado (2006), os serviços substitutivos que vão se consolidando de forma global, é onde:

atores como psicólogos, assistentes sociais, músicos, artistas e outros começam a figurar, lado a lado, com os médicos e a equipe de enfermagem nestes espaços de tratamento que, aos poucos, passavam a focar o sujeito integral e seu sofrimento, e não mais apenas o doente e a remissão dos seus sintomas. Foi o início do repensar do espaço asilar como espaço legítimo de atenção à saúde mental e da sua desconstrução. Tal processo culminava com a estruturação de serviços substitutivos que favoreciam uma abordagem interdisciplinar de atenção à saúde e ainda privilegiavam a manutenção do convívio familiar e social para os usuários dos serviços como primeiros passos para a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental. (Machado, 2006 p. 16)

A Política Nacional de Saúde Mental, seguindo as diretrizes da reforma psiquiátrica de superação do modelo asilar e de garantia e promoção dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, transformou o cenário da atenção pública em saúde mental no País na última década. Dentre as principais inovações, vale destacar: a adoção do território como conceito organizador da atenção; a contínua expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades – CAPS I; CAPS II; CAPS III; Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAD); e Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSIJ).

Enquanto a "lei da saúde mental" surge como divisor de águas na garantia e direitos dos usuários, a portaria ministerial 336/2002 (Brasil 2002) serve de ordenador aos serviços de saúde mental ao definir diretrizes para o funcionamento das diversas modalidades de centros de atenção psicossocial. Dispõe sobre os possíveis tipos de CAPS a partir da constituição territorial, clientela e crescente complexidade face à abrangência populacional, devendo ser capaz de acompanhar prioritariamente pacientes com transtornos mentais severos e persistentes de sua área nos planos terapêuticos intensivos, semi-intensivo e não intensivo. Conforme abaixo:

- CAPS I: responsável pelo atendimento de todas as demandas de saúde mental em municípios entre 20 mil a 70 mil habitantes;
- CAPS II: atua em municípios entre 70 mil a 200 mil habitantes;
- CAPS III: serviço psicossocial de atenção contínua e funcionamento 24 horas, com capacidade operacional para municípios acima de 200 mil habitantes;
- CAPSIJ II: uma especialização do CAPS II, voltado à atenção psicossocial de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico grave, em municípios em torno de 200 mil habitantes;

- CAPSAD II: unidade responsável pela reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas, em territórios com 70 mil habitantes.

Atualmente, reduziram-se os parâmetros populacionais de referência para a implantação de CAPS, diferente dos publicados na portaria, com vistas a aumentar a densidade de serviços nos territórios, em particular CAPS I, CAPS III e CAPSIJ. Hoje, são considerados elegíveis. 15 mil habitantes para CAPS I; 70 mil para CAPS II, CAPSAD e CAPSIJ; e 150mil para CAPS III e CAPSAD III. (Brasil 2013).

A Portaria nº854, (Brasil 2012) enfatizou e ampliou as estratégias a serem desenvolvidas pelos CAPS e, cabe destacar, a inclusão de diversas ações de acompanhamento de usuários e de familiares nos cenários de vida cotidiana e de práticas nos territórios de ativação e articulação em rede como, por exemplo: promoção de contratualidade no território; ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento de protagonismo; matriciamento; e ações de redução de danos e de articulação de redes intra e intersetoriais.

Os CAPS são locais instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é busca integrar o paciente a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.

O CAPS, independentemente de sua modalidade, tem um papel fundamental como articuladores da rede de atenção à saúde mental, possibilitando que o usuário transite entre os vários dispositivos terapêuticos, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência ou Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral, quando for o caso.

A Portaria nº224, de 29 de janeiro de 1992, (Brasil 1992) aperfeiçoou sua regulamentação, dividindo o atendimento à saúde mental entre hospitalar e ambulatorial. Nesta portaria, o CAPS foi definido como unidade de saúde local/regional, cuja finalidade é oferecer ao paciente cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Essas unidades, em grupos (através de um ou vários tipos de terapias), visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, buscando a integração do doente mental à sua comunidade.

Descrita na Portaria 106, e alterada pela portaria 3.090 (Brasil 2011) os Serviços Residenciais Terapêuticos– SRT são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS.

O Programa de Volta para Casa – PVC tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (02 anos ou mais de internação ininterruptos). É parte integrante deste Programa o auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário no valor de R\$ 412,00 ao mês. Atualmente, são 4.339 beneficiários desse programa em todo o país.

Escola de Redutores de Danos – ERD as Escolas de Redutores de Danos do SUS tem como objetivo a qualificação da rede de serviços, por meio da capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e populacionais da comunidade.

Conquista da reforma psiquiátrica, os CAPS reinventam as práticas, de propósito curativo até então fundamentadas apenas no saber médico prescritivo e na assistência hospitalocêntrica, em ações de promoção de protagonismo social e garantia de direitos dos ditos loucos, esclarecendo e incentivando a sociedade atual a aceitar a diferença. Os CAPS possuem a missão de promover inclusão de seus usuários na comunidade, mesmo que tal inclusão deva ser a garantia de acesso a um serviço de saúde ou a uma política assistencial.

A proposta de reabilitação, segundo Amaral (2006), pauta-se em uma visão integralizadora do sujeito, tentando dar respostas, ou melhor, buscando com o usuário, a família e a comunidade, resposta para suas necessidades biopsicossociais, dessa forma:

O rompimento do paradigma científico moderno pelo paradigma pós-modernista vai influenciar diretamente a superação do paradigma manicomial pelo paradigma psicossocial, pois os aspectos que forjaram as transformações do primeiro são os mesmos que impulsionam as transformações do segundo. Eles falam de uma revolução não só das ciências, mas de uma revolução da postura do homem diante do mundo, de como ele agora se coloca com relação à sua dimensão subjetiva e com relação à sua dimensão social, cultural, econômica e política. Tendo como foco o campo da saúde, vemos que o fenômeno saúde/doença constitui-se enquanto uma das esferas da realidade social, e, como tal, participa da complexidade da dinâmica social exigindo abordagens próprias, não só das

ciências naturais como das ciências sociais para melhor compreender este fenômeno enquanto um processo que ocorre em um contexto de determinações sociais, econômicas, políticas e ideológicas. (Amaral, 2005, p 15)

Após os movimentos da reforma psiquiátrica, os profissionais envolvidos no tratamento dos usuários, passaram a focar o sujeito de forma integral e não mais como um doente. Essa mudança de pensamento, refletiu em um repensar do espaço asilar, para um espaço biopsicossocial. Momento também que novos serviços substitutivos eram criados com uma abordagem interdisciplinar de atenção à saúde, com a participação das famílias e favorecimento de um convívio social para os usuários dos serviços. Esse foi um importante passo para a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental.

De acordo com Amaral (2006), este modo de atenção em saúde mental ficou conhecido como Modo Psicossocial de Atendimento, “no qual as perspectivas de atenção voltavam-se para um investimento na maior autonomia e independência da pessoa portadora de sofrimento mental, com sua ressocialização e reabilitação psicossocial para sua efetiva inclusão social” (Amaral 2006, p. 16).

O paciente que está internado pode, aos poucos, perder suas capacidades e habilidades, cronificando-se muito mais por ação do contexto hospitalar do que propriamente em função de sua patologia. É por esta razão que a idéia da reabilitação psicossocial nasce junto com a idéia de desinstitucionalização, ambas vão representar a busca pelo resgate da autonomia dos sujeitos em sofrimento mental, sua reinserção no contexto da família e da comunidade.

Esse modelo de serviço de atenção à saúde mental tornou-se referência para a Política Nacional de Saúde Mental que foi estendido por todo o país. Os serviços substitutivos que foram implementados ampliou o acesso aos serviços e a redução significativa do número de leitos e de hospitais psiquiátricos. Em 2002, foram registrados em torno de 400 mil atendimentos de saúde mental pelo SUS; em 2010, esses registros ultrapassaram a marca de 20 milhões de atendimentos, isto é, uma expansão de 50 vezes em menos de 10 anos.

Mais recentemente, a Portaria GM, 3.088, de dezembro de 2011, republicada em maio de 2013 (Brasil 2013), institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O conceito de trabalho em rede, integrante histórico das proposições da reforma psiquiátrica, inseriu-se no novo cenário político-institucional da saúde. As ações de saúde mental passam a fazer parte do conjunto de exigências fundamentais para a instituição das regiões de saúde.

Abaixo o gráfico mostra um comparativo em relação ao número de atenção da RAPS no Brasil em 2011 e 2014, com ele é possível identificar a ampliação da atenção da RAPS até os dias atuais.

**Figura 1 – Número de pontos de atenção da RAPS no Brasil em 2011 e 2014**

Pontos de atenção da RAPS	jan/2011	set/2014
CAPS I	761	1035
CAPS II	418	475
CAPS III	55	82
CAPSAD	258	308
CAPSAD III	-	59
CAPSIJ	128	196
Leitos de saúde mental em hospital geral	-	800
Comunidade terapêutica	-	-
CAT*/Unidade de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil	-	60
Projetos de trabalho, geração de trabalho e renda, empreendimentos econômicos solidários e sociais	640	660**
Centros de Convivência	51	51

Fonte: Ministério da Saúde, 2014

\* Casa de Acolhimento Transitório (CAT): Edital 03/2010/GSIPR/SENAD/MS. Unidade de Acolhimento: Portaria nº 121 de 25/01/2012

\*\* Em atualização

Com esta perspectiva, compõem a RAPS sete componentes, com diversos pontos de atenção regulamentados por normativas específica, a saber: Atenção Básica; atenção psicossocial; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar em hospitais gerais; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial (Brasil 2013).

### 1.3 A SAÚDE MENTAL NO DF

Para os novos serviços é um grande desafio a reabilitação psicossocial, pois esta surge em um cenário da reforma psiquiátrica que tenta superar a lógica manicomial em que há a valorização da doença e da medicalização, no entanto deve atuar em um sentido contrário onde o sujeito é valorizado em seu sofrimento e visa sua reintegração na vida social. Por isso, os serviços a cada dia, buscam ampliar as habilidades dos sujeitos, reabilitando-os para uma vida fora dos muros institucionais, para que ele encontre seu espaço na sociedade.

A reabilitação psicossocial, de acordo com (Machado 2006), pode trazer, também:

um foco na inserção dos usuários no mercado de trabalho, com vistas ao exercício da vida laborativa e à geração de renda. O investimento na dimensão do trabalho representa para os usuários um caminho para sua independência financeira e o alargamento do seu horizonte de pessoa participativa e cidadã (Machado 2006, p.21).

A reabilitação psicossocial é uma realidade possível quando se abre espaços para os serviços substitutivos, no entanto, estes serviços estão se consolidando no Distrito Federal de forma gradativa. Ao longo da história da saúde mental no DF muitas mudanças foram acontecendo, desde a inauguração da primeira unidade de psiquiatria.

Na década de 60, foi inaugurado a Unidade Psiquiátrica do Hospital de Base. O serviço atendia pessoas portadoras de transtorno mental que se encontrasse em crise. Os pacientes considerados crônicos e, por vezes, também os não crônicos, imigrantes de todas as partes do Brasil, eram encaminhados a clínicas psiquiátricas privadas na periferia do Distrito Federal.

Em 1976, o governo local, inaugura o HPAP, atual HSVP, que ainda hoje, funciona na cidade satélite de Taguatinga. Mesmo assim, não havia uma proposta de atenção à saúde mental para o DF, e nem uma preocupação de criação de dispositivos terapêuticos para o atendimento dessa clientela na cidade. Dessa forma, os pacientes crônicos eram encaminhados para clínicas conveniadas com o GDF, que funcionavam no entorno de Brasília. Tal situação perdurou até 2003, tempo durante o qual várias clínicas psiquiátricas privadas disponibilizaram leitos para o SUS/DF. Ao longo dos anos todas elas foram fechadas por denúncias de maus-tratos aos pacientes.

O cenário brasileiro ao final dos anos 80, reflete no cenário do DF; na época duas mobilizações importantes surgiram no Brasil, o Movimento pela Reforma Sanitária e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. O que desencadeou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação do SUS.

Em 1987, entra em cena o Instituto de Saúde Mental, unidade substitutiva ao hospital psiquiátrico, com serviço de hospital-dia e ambulatório, inclusive quando as clínicas do entorno foram fechadas, muitos pacientes que lá estavam foram para o ISM.

No entanto, alguns serviços substitutivos que compõe a Política Nacional de Saúde Mental para a criação da rede de atenção extra-hospitalar nunca foram instalados no DF, como o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Trata-se de moradias inseridas na comunidade,

destinadas aos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que enfrentam dificuldades de reintegração familiar, de moradia e de re-inserção social. O SRT substitui a internação psiquiátrica prolongada, com o compromisso de resgate da cidadania e reintegração social do paciente e não se configuram como serviço de saúde, mas como serviço residencial com função terapêutica.

Dentro do modelo da rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) que conta também com clínicas e hospitais psiquiátricos que prestam serviços seguindo o modelo institucionalizado de atenção à saúde mental. O Distrito Federal conta com apenas um hospital psiquiátrico e alguns leitos psiquiátricos no Hospital de Base.

No entanto, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, apresentou uma política de atenção à saúde mental que visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, ampliando e fortalecendo a rede extra-hospitalar por meio dos serviços substitutivos: CAPS, SRTs e UPHG, além de qualificar os profissionais de saúde mental para o trabalho que visa à atenção psicossocial.

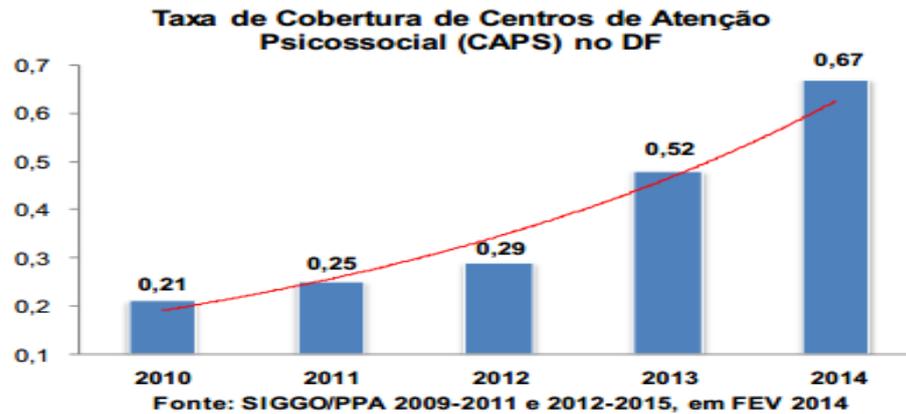
Diante dessa proposta diversas ações foram realizadas no DF objetivando uma melhoria na cobertura de saúde mental, dentre elas, podemos citar:

- Habilitação de 45 serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes ao uso de álcool, crack e outras drogas, pelo Ministério da Saúde;
- Elaboração do Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;
- Cobertura específica de CAPS Álcool e outras drogas do DF atual é de 0,40 CAPS AD para cada grupo de 100.000 habitantes, ou seja, a cobertura do DF é mais que o dobro da cobertura nacional (0,17);
- Contratação de 565 profissionais de saúde mental para implantação da rede de saúde mental/álcool e drogas;
- Acolhimento de mais de 9.000 novos usuários de álcool e outras drogas de agosto de 2011 a Fevereiro 2014;

- Lotação de 53 psiquiatras em todas as Regionais de Saúde, com a contratação por concurso e contrato temporário.

O gráfico a seguir demonstra o aumento da cobertura em saúde mental no DF, entre 2010 – 2014.

**Figura 2 – Taxa de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no DF**



 **Aumento de 219% na cobertura de CAPS no período de 2010 – 2014**

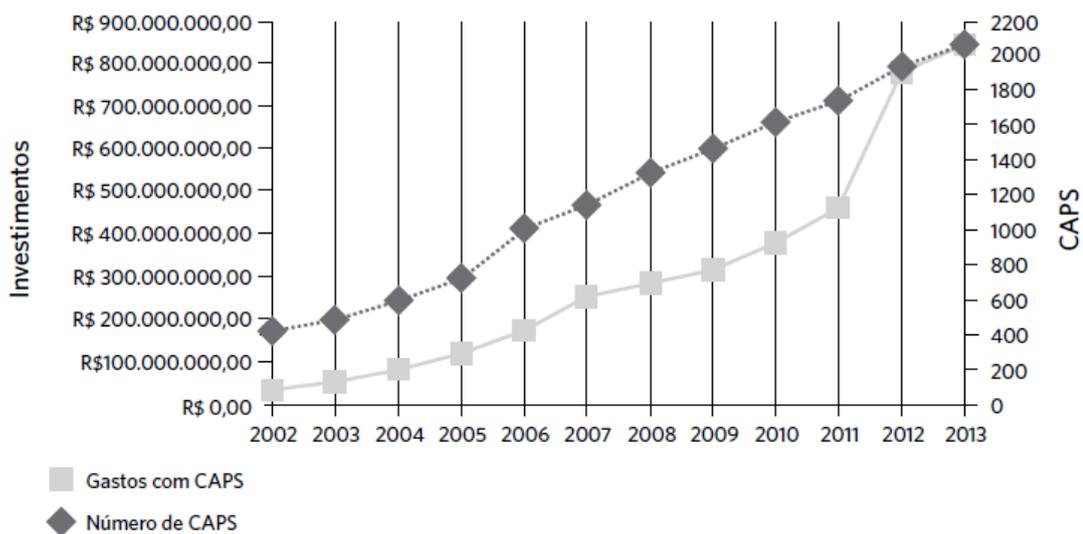
Atualmente o DF possui uma cobertura de 12 CAPS cadastrados junto ao MP, no entanto 17 em funcionamento, distribuídos entre as regiões administrativas, que contemplam CAPS I, II, III; CAPS AD II, III e CAPSi, conforme abaixo:

- 1)CAPSiI – COMPP – Brasília
- 2)CAPS AD III – Brasília
- 3)CAPS AD i - Brasília
- 4)CAPS AD III – Ceilândia
- 5)CAPS AD II – Guará
- 6)CAPS AD – Iapõa
- 7)CAPS II – Paranoá

- 8) CAPS I – ISM – Riacho Fundo
- 9) CAPS III – Samambaia
- 10) CAPS AD III – Samambaia
- 11) CAPS AD II – Santa Maria
- 12) CAPS AD II – Sobradinho
- 13) CAPS i - Sobradinho
- 14) CAPS II – Taguatinga
- 15) CAPS ADi- Taguatinga
- 16) CAPS II Planaltina
- 17) CAPS i – Recanto das Emas

Esse aumento dos CAPS nos últimos anos, representa o resultado do investimento financeiro federal no País, conforme demonstra o gráfico abaixo:

**Figura 3 - Evolução do investimento financeiro federal nos CAPS, no País, de 2002 a 2013**



Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)/SAS/MS, 2014

Durante o ano de 2014, algumas ocorreram algumas ações relacionadas à Atenção Psicossocial no DF, dentre algumas ações, podemos destacar:

- Inauguração da sede definitiva do CAPS III de Samambaia;
- Curso de Capacitação em Saúde Mental no Instituto de Saúde Mental;
- Criação do Subcolegiado de Matriciamento em Saúde Mental;
- Elaboração do Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio;
- Realização de visitas às equipes de saúde dos serviços demandando orientação, supervisão e formação na área de prevenção ao suicídio. Dentre os serviços visitados estão o Hospital Regional da Ceilândia, Instituto de Saúde Mental e Universidades;
- Articulação com escolas onde ocorreram suicídios e/ou tentativas para promoção de intervenção em crise;
- Planejamento da 3ª Jornada Distrital de Prevenção do Suicídio do DF e apoio ao Simpósio Internacional de Prevenção do Suicídio em parceria com o Centro de Valorização da Vida;
- Participação no Sarau Semeando Arte, iniciativa de inclusão social pelo trabalho dos usuários dos serviços de saúde mental do DF;
- Realização da Oficina de Desintoxicação para os CAPSad da Rede de Saúde Mental.
- Articulação para a realização de Oficinas de Horticultura Orgânica e Biojóia - adereço feito com materiais extraídos da natureza - promovidas pelo PRONATEC - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego, para os usuários dos CAPS de Taguatinga e Samambaia e HSVP;
- Elaboração do Plano de Contingenciamento de Saúde Mental para a Copa do Mundo.

A implantação das regiões e das RAPS dentro do novo quadro institucional exige que os três níveis de gestão do SUS – federal, estadual e municipal – estabeleçam mecanismos de pactuação adequados. Esses mecanismos promovem a aproximação entre federação, estados e

municípios e tem permitido a formação de uma visão geral da reforma psiquiátrica no Brasil e os debates que ocorrem dessas instâncias alimentam a compreensão da enorme diversidade institucional, cultural e social do país.

## 2 AS INSTITUIÇÕES

*“É curioso como os homens, que tão mal sabem viver isolados, se sentem, no entanto, pesadamente oprimidos pelos sacrifícios que a civilização espera deles a fim de lhes possibilitar que vivam em comum.*

*(...) A civilização é coisa imposta a uma maioria recalcitrante por uma minoria que descobriu como apropriar-se dos meios de poder e coacção”.*

*Sigmund Freud*

Para uma melhor compreensão acerca do trabalho que foi desenvolvido entre as duas instituições, é importante situar o leitor sobre o funcionamento das instituições.

### 2.1 - CAPS III DE SAMAMBAIA

O CAPS III Samambaia presta atendimento as pessoas com grave sofrimento psíquico, diminuindo e evitando internações psiquiátricas. É um serviço de referência aos familiares e usuários maiores de 18 anos que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, localizado na cidade satélite de Samambaia – DF. Apesar de ter sido inaugurado em Fevereiro de 2014, como tipo III, ainda não está funcionando na modalidade 24 horas, por falta de recursos humanos. No entanto, o serviço funciona de 7h às 18 h de forma ininterrupta, durante os cinco dias úteis da semana.

Suas ações foram iniciadas em maio de 2010, em atendimentos individuais realizados improvisadamente em salas disponibilizadas no Hospital Regional de Samambaia. Sendo credenciado como CAPS II junto ao Ministério da Saúde, em 15 de agosto de 2012.

O fluxo de atendimento consiste na recepção e acolhimento das pessoas, avaliação psicossocial, elaboração de plano terapêutico individualizado e/ou encaminhamento responsável para demais pontos de atenção da rede de saúde e rede social, de acordo com cada caso.

No que se refere ao acolhimento, nosso serviço recebe demandas advindas de encaminhamentos da rede de saúde de Samambaia, da rede social local, de outros serviços da RAPS e de demanda espontânea.

Os usuários são avaliados a partir de quatro grandes critérios de elegibilidade, quais sejam: funcionalidade, risco, rede social e histórico de doença psiquiátrica. Esses critérios surgiram da construção da equipe, por meio de debates de seus membros, consistindo nos princípios norteadores de todo o processo de cuidado. De acordo com o grau de comprometimento observado perante tais critérios, estabelece-se a inserção no serviço ou o plano terapêutico apropriado àquele usuário, bem como condições de alta, além de balizar os instrumentos utilizados.

Quanto ao critério funcionalidade, são observadas potencialidades, habilidades e limitações de cada usuário, compatibilizados aos seus gostos e interesses na construção de seu projeto terapêutico singular, bem como o grau de autonomia desde a realização de atividades de vida diária e prática, até ocupações de natureza mais complexa como trabalho e estudo.

Outro critério correspondente a um dos pilares assistenciais consiste na rede social. A partir da avaliação desse fator, verificam-se os principais vínculos sociais estabelecidos, relações familiares estreitas e/ou conflituosas, nível de vulnerabilidade social e grau de engajamento nas interações familiares e sociais.

Considera-se igualmente importante, porém sem sobreposição aos demais, o exame do grau de risco ao qual o usuário se expõe no momento, obedecendo a uma classificação de risco clínico e psicossocial em uma escala de quatro cores, conforme a tendência a ações auto ou heteroagressivas e necessidade de outros procedimentos e encaminhamentos.

Por fim, compreende-se como aspecto relevante o histórico psiquiátrico. O percurso terapêutico empreendido ou imposto ao usuário se mostra importante fator na eleição do CAPS como proposta de reabilitação. Sucessivas internações em hospitais psiquiátricos e/ou períodos prolongados de permanência em instituições de características manicomial indicam persistência e severidade de transtornos mentais, bem como seu agravamento pela iatrogenia promovida nesse percurso, como também pelo não acompanhamento longitudinal e psicossocial nesse (des) caminho.

As atividades do CAPS III Samambaia estão organizadas em: acolhimento, atendimento individual nos casos de avaliação psicossocial, construção de PTS, e atendimentos em circunstâncias específicas, além de grupos psicossociais, oficinas terapêuticas, avaliação e acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, avaliações e acompanhamento interdisciplinar, matriciamento, asseios e eventos, capacitação às equipes de

atenção primária, participação de voluntários da comunidade: Yoga e Oficina de Dança, práticas Integrativas: Yoga e Terapia Comunitária (espaço externo ao CAPS), participação de ações da comunidade.

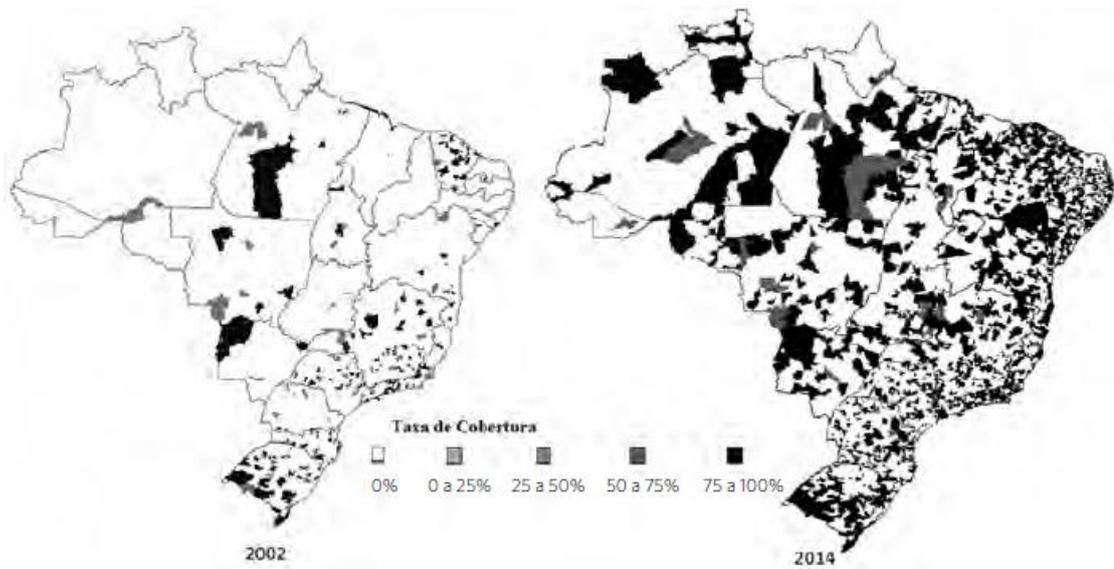
No contato cotidiano com o território, bem como diante da necessidade de relação estreita com o mesmo a fim de proporcionar trânsito e inserção social dos usuários, ao mesmo tempo solucionar problemas institucionais, o CAPS III Samambaia estabeleceu algumas parcerias. Uma das mais proeminentes corresponde à estabelecida com o Hospital São Vicente de Paulo em que é feita uma espécie de “matriciamento” com os pacientes que lá estão até sua inserção no serviço do CAPS. Dentre as pactuações firmadas destacam-se o contato direto e troca de informações com alguns de seus programas (Grupo de Acompanhamento Pós-Internação – GAPI, Programa Vida em Casa – PVC) e reserva de vagas psiquiátricas para demandas moderadas no ambulatório.

O trabalho desenvolvido pelo CAPS III de Samambaia, se remete ao cenário brasileiro, ao final da década de 1970, pois a partir das idéias da antipsiquiatria e da psiquiatria de tradição basagliana, o movimento de reforma psiquiátrica vai se constituindo com o objetivo de tornar o hospital psiquiátrico em um lugar de passagem, e não de permanência e re-inserir o paciente no seu lar e na comunidade. Por essa razão, que vai de encontro com as propostas da reforma psiquiátrica, que é da criação de uma infra-estrutura comunitária capaz de dar suporte e acompanhamento aos pacientes que recebem alta hospitalar, proporcionando melhor qualidade de vida e favorecendo as relações sociais e familiares dos usuários.

O CAPS como um serviço de atendimento psicossocial, desenvolve um trabalho junto ao HSVP, na tentativa de resgatar os pacientes que lá estão, com o objetivo de inseri-los na comunidade, com o tratamento adequado. Trata-se de um modelo de serviços de atenção a saúde mental voltado para a prevenção e centrado na participação ativa da comunidade.

Assim como no DF, no Brasil também houve um aumento em relação à quantidade de CAPS, conforme abaixo:

**Figura 4 . Mapa de distribuição dos CAPS, em suas diferentes modalidades, no País, em 2002 e em 2014**



Fonte: Ministério da Saúde, 2014

O aumento dos CAPS em todo o Brasil reflete de forma direta a realidade do DF e fortalece o trabalho que é desenvolvido no HSVP que será apresentado a seguir.

## 2.2 - O HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO - HSVP

O HSVP foi inaugurado em 18 de maio de 1976, onde era, anteriormente, o Hospital Maternidade de Taguatinga, uma instituição de saúde, mas com caráter assistencial e dirigida por freiras desde 1959. O HSVP, antes era chamado de Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico, mais conhecido pela sigla HPAP. A mudança no nome para Hospital São Vicente de Paula representava uma das estratégias para que fosse criada uma nova representação que iria de encontro com as propostas da reforma psiquiátrica.

O HSVP oferece, sob a coordenação da DAS, serviços e programas assistenciais que, apesar de não comporem a estrutura organizacional da instituição e de não terem chefias próprias, à exceção da Emergência e do Núcleo de Oficinas Terapêuticas, são verdadeiras unidades de produção assistencial. Estruturalmente, distribui suas atividades em quatro prédios: Prédio das internações e seus programas, incluindo a Emergência; Prédio do Ambulatório e seus programas; Prédio do Galpão Terapêutico, para atividades de terapia ocupacional, visitas familiares e eventos do Hospital; e o Prédio da Administração.

Possui leitos tanto na emergência, quanto na internação, conforme demonstra o quadro a seguir:

**Figura 5 - Leitos existentes na emergência e na internação do HSVP**

✓ LEITOS EXISTENTES NA EMERGÊNCIA E NA INTERNAÇÃO DO HSVP				
	LEITOS EFETIVOS EMERGÊNCIA	LEITOS EFETIVOS INTERNAÇÃO	TOTAL DE LEITOS EFETIVOS	LEITOS EXTRAS (EMERGÊNCIA)
Masculino	20	21	41	38
Feminino	21	21	42	38
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>83</b>	<b>76</b>
Fonte: CNES				
<b>LEGENDA:</b> <b>LEITOS EFETIVOS:</b> leitos cadastrados no CNES, correspondendo ao maior n° possível de camas dentro das enfermarias; <b>LEITOS EXTRAS:</b> leitos cadastrados no CNES, excedendo ao n° de leitos efetivos, no Serviço de Emergência, visando garantir o faturamento dessas internações. <b>Obs:</b> O Serviço de Internação trabalha com número fixo de leito				

Fonte: HSVP/SES, 2014.

O HSVP é o único hospital psiquiátrico público do DF. A estrutura organizacional compreende: Ambulatório, Programa de atendimento domiciliar Vida em Casa, Pronto Socorro, Unidade de Internação, Grupo de Atendimento Pós Internação, Pronto Socorro Dia.

O ambulatório é a unidade que realiza, além de outros, atendimento médico psiquiátrico e psicológico aos pacientes. O PVC é um programa que presta atendimento domiciliar para aqueles pacientes mais crônicos que possuem um elevado número de internações e que tem dificuldade de aderir ao tratamento. O GAPI é o elo de comunicação entre a hospitalização e a rede básica. Além de entrar em contato com os pacientes, informa aos CAPS de referência, por e-mail a alta do paciente. O PS Dia, atua junto ao Serviço de Emergência, com o objetivo de atender aos pacientes internados de algumas regionais, dentre elas Samambaia. Funciona desde Abril 2013, os paciente permanecem de 07h30 às 18h30 em atividades terapêuticas e outras atividades inerentes a equipe de enfermagem, médicos e psicólogas

Abaixo um resumo sobre os principais serviços que funcionam atualmente no HSVP

**Figura 6 - Serviços e Programas do HSVP e os prédios onde funcionam**

SERVIÇOS E PROGRAMAS DO HSVP E OS PRÉDIOS ONDE FUNCIONAM	
SERVIÇO	PROGRAMAS VINCULADOS AOS SERVIÇOS
<b>1 - EMERGÊNCIA:</b> psiquiatria, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional.	✓ Acolhimento com Classificação de Risco
	✓ Pronto Socorro-Dia ( <b>PS-Dia</b> )
	✓ Sala de Visita
	✓ Grupo de Acompanhamento-Pós-Internação ( <b>GAPI</b> )
<b>2- INTERNAÇÃO:</b> psiquiatria, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional.	✓ Sala de Visita
	✓ Grupo de Acompanhamento Pós-Internação ( <b>GAPI</b> )
<b>3- AMBULATÓRIO:</b> psiquiatria, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional.	✓ Neurolépticos de Ação Prolongada – <b>NAP</b>
	✓ Gerontopsiquiatria
	✓ Ambulatório de Transtornos do Humor e Afetivos – <b>ATHUA</b>
	✓ Núcleo de Oficinas Terapêuticas – <b>NOT</b>
<b>4- DE BASE TERRITORIAL</b>	✓ Programa de Apoio Matricial – <b>PAM</b>
	✓ Programa Vida em Casa – <b>PVC</b>
Fonte: GAB/HSVP	
<p>Legenda: <b>Identificação dos prédios do HSVP, com seus serviços e Programas:</b></p> <p> - Prédio das internações: Acolhimento, Emergência, Internação e PS-Dia .</p> <p> - Prédio do Ambulatório : NAP, Gerontopsiquiatria, Ambulatório de Nutrição e NOT.</p> <p> - Prédio da Administração do Hospital: Programas PVC e GAPI; NSS e NF.</p> <p> - Prédio do Galpão Terapêutico: Sala de Visita e atividades terapêuticas do NOT.</p>	

Fonte: HSVP/SES, 2014.

O HSVP conta ainda com o Acolhimento com Classificação de Risco, programa em funcionamento desde 23/03/2011, em consonância com a Política Nacional de Humanização - PNH do SUS, e que em setembro do ano em curso, adotou o Protocolo de Manchester, conforme padronização na SES-DF para a Classificação de Risco. O Acolhimento com Classificação de Risco, que havia ficado suspenso, por dois meses, no quadrimestre anterior, a partir de 15/11/2013, por insuficiência de servidores enfermeiros, voltou a funcionar normalmente. A Fisioterapia, serviço teve início em junho/2013, na Emergência, assistindo tanto pacientes com menos de 72 horas quanto pacientes com mais de 72 horas de internação.

É um equívoco pensarmos que a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental, a lei 10.216, é um fato que assegura a consolidação da Reforma Psiquiátrica no nosso país. Muito pelo contrário, ao invés de ter sido um fim, é, antes de tudo, o início de uma longa jornada. A reforma tem uma conotação dinâmica e ampla, pois vai além da mera implantação de serviços e fechamentos de hospitais, já que visa abolir conceitos arraigados na cultura há séculos, como a idéia de doença mental e a da própria internação psiquiátrica como modelo de tratamento (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001 in Jardim, K. & Dimenstein 2007).

Essa afirmação é comprovada quando vemos a quantidade de atendimentos que ainda são realizados dentro de um hospital psiquiátrico, conforme abaixo:

**Figura 7 - Quantidade de consultas realizadas no ambulatório do HSVP**

<b>CONSULTAS REALIZADAS NO AMBULATÓRIO POR ESPECIALIDADE 1º QUADRIMESTRE - 2014</b>			
<b>MESES</b>	<b>ESPECIALIDADES</b>		
	<b>Psiquiatria</b>	<b>Psicologia</b>	<b>Nutrição</b>
<b>Janeiro</b>	1.635	152	76
<b>Fevereiro</b>	1.240	96	74
<b>Março</b>	1.351	171	62
<b>Abril</b>	1.498	0	57
<b>Total</b>	5.724	419	269
<b>Média Mensal</b>	1.431	105	67.5

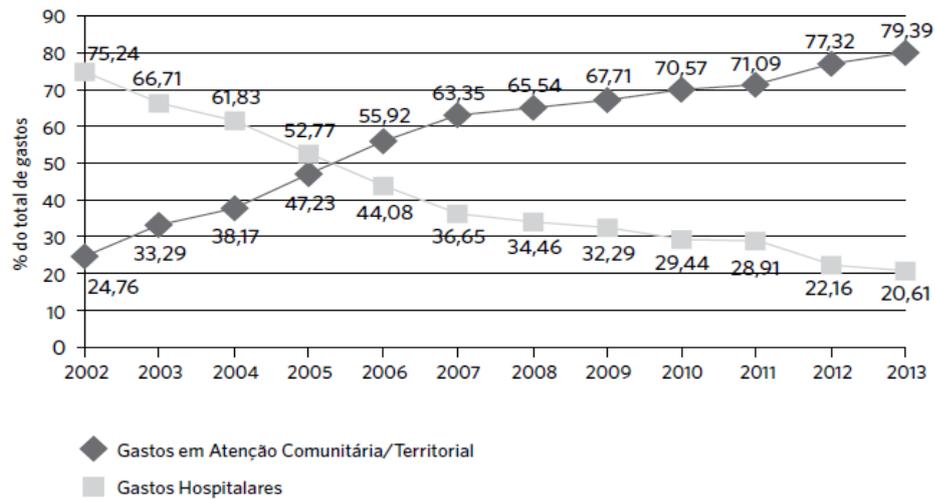
**Fonte: SIS/SIH - NUPROC/HSVP/2014.**

A lei aprovada no Brasil não conseguiu estabelecer a extinção dos hospícios, mas a superação do hospital psiquiátrico como unidade central de tratamento por meio da estruturação de uma rede diversificada de serviços baseada numa lógica de complexidade piramidal. Sendo assim, as equipes do programa de saúde da família (PSF) ficam na base, os centros de atenção psicossocial (CAPS) e demais serviços substitutivos logo acima, a urgência psiquiátrica em seguida e, por último, o hospital psiquiátrico. (Jardim, Kátia & Dimenstein, 2007).

Por essa razão é de fundamental importância que os trabalhadores de saúde mental se esforcem, para fazer avançar as propostas da reforma, a estruturação dessa rede de serviços, cuja função é evitar o hospitalismo e favorecer a reinserção social. Por isso a ênfase das intervenções deve se dá, também, fora desses espaços.

É o que se pode constatar quando analisamos o gráfico abaixo que demonstra o total de gastos da saúde mental com hospitais psiquiátricos e com a atenção comunitária, conforme abaixo:

**Figura 8 - Relação entre a porcentagem do total de gastos da saúde mental/SUS com os hospitais psiquiátricos e com a atenção comunitária/territorial, de 2002 a 2013**



Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)/SAS/MS, 2014

Apesar dos avanços nacionais, no DF ainda há certa precariedade da rede de atenção em saúde mental, especialmente dos CAPS tipo III e da falta de leitos em hospitais gerais, os serviços de urgência psiquiátrica continuam alimentando as internações psiquiátricas.

### 2.3 O MODELO DE TRABALHO

O modelo de trabalho de um hospital psiquiátrico se diferencia muito em relação ao Centro de Atenção Psicossocial, o primeiro baseia-se no modo asilar, enquanto o segundo no modo de psicossocial. A fim de elucidar ainda melhor essas diferenças, segue abaixo um comparativo que segue essa mesma lógica.

Defendida por Medeiros (2005) do trabalho de Costa-Rosa (2000 in Santiago 2009), comparando o modo psicossocial e o asilar:

#### a) **Concepções do processo saúde-doença e dos meios teóricos-técnicos:**

##### No modo asilar

- Ênfase nas determinações orgânicas da doença;
- Meio de intervenção: medicamento;
- Pouca ou nenhuma consideração da pessoa em sofrimento como sujeito. Não investe na sua participação no tratamento. Quem trabalha é o remédio;

- A loucura é vista como um fenômeno individual. Por isso, a intervenção se restringe ao indivíduo. A relação com a família, quando existe, se limita a questões pedagógicas e assistenciais;
- Utiliza recursos multiprofissionais enquadrados no modelo de divisão do trabalho corresponde à “linha de montagem”, onde tarefas e sujeito são fragmentados como em um processo de produção de mercadorias;
  - O prontuário é o elo de interconexão dos profissionais da equipe;
  - Psicose, alcoolismo, neurose e outras problemáticas são consideradas doenças para as quais deve-se buscar a cura de acordo com o modelo médico;
- O hospital psiquiátrico fechado é a instituição típica. No entanto, outros dispositivos também podem funcionar segundo os mesmos parâmetros.

#### No modo psicossocial

- Consideração dos aspectos biológicos, culturais, sociais, políticos e psicológicos;
- Meios de intervenção: psicoterapias, oficinas terapêuticas, socioterapia e ações reintegração sociocultural, como cooperativas de trabalho;
- Considera como decisiva a participação do sujeito no tratamento, considerando suas dimensões orgânicas e socioculturais;
- Não vê a loucura como fenômeno exclusivamente individual, mas social também; Procura-se incluir a família e o grupo próximo no tratamento (associações de usuários e familiares);
- Utiliza equipe interprofissional que busca superar a simples reunião de especialistas através de um intercâmbio das suas visões teórico-técnicas e das suas práticas;
- O objeto das práticas em saúde mental é entendido como existência-sofrimento. Critica o paradigma doença-cura;
- Dispositivos institucionais típicos: CAPS, ambulatórios de saúde mental, equipes multiprofissionais de saúde mental de centros de saúde e hospitais gerais.

#### **b) Concepções da organização das relações intra-institucionais e a divisão do trabalho interprofissional:**

##### No modo asilar

- O organograma típico é o vertical ou piramidal; com o fluxo do poder institucional em um só sentido (do topo para a base);
- A organização do serviço é percebida como indiferente ao processo terapêutico. Há campos ou espaços interditados ao usuário e a população, em geral. O poder e saber são estratificados;
- Indiferenciação entre o poder decisório, que se refere à esfera política; e o poder de coordenação, referente à esfera teórico-técnica.

#### No modo psicossocial

- O organograma típico apresenta um desenho mais achatado e horizontal, com o fluxo de poder institucional em vários sentidos;
- A organização do serviço é posta a serviço das práticas de atenção. Busca-se a participação dos usuários, familiares e comunidades, através da realização de assembléias e encontros;
- Distinção entre poder decisório e poder de coordenação. O primeiro é exercido pelo conjunto da instituição, através de reuniões; e o segundo – coordena as ações conjuntas e faz executar em suas dimensões particulares as decisões tomadas pelo coletivo.

#### **c) Concepção da forma das relações da instituição com a clientela e com a população em geral:**

##### No modelo asilar:

- A instituição é um espaço de relação entre loucos e são ou entre doentes e são;
- Para a população de referência, a instituição é o lócus depositário de seus elementos problemáticos para serem tratados ou excluídos do convívio social;
- Interdição do diálogo, produzindo um discurso que fixa o usuário à imobilidade e ao mutismo.

##### No modo psicossocial

- Organização programática em forma de equipamentos integrais tanto em relação ao território como ao ato terapêutico propriamente dito;
- Espaço de interlocução que possibilita a subjetividade e o diálogo;

- A instituição funciona como ponto de fala e de escuta da população; o que implica na sua capacidade para discriminar a demanda social.

**d) Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêutico e éticos:**

No modo asilar

- Defeitos do tratamento como cronificação e dependência de medicamentos, por exemplo;
- Supressão sintomática com remoção ou tamponamento dos sintomas

No modo psicossocial

- Além da supressão sintomática, procura-se o “reposicionamento do sujeito”, que leva em conta a dimensão subjetiva e sociocultural;
- Ao colocar a ética na perspectiva da singularização, da horizontalização e interlocução, da implicação subjetiva e sociocultural, o modo psicossocial procura, ao menos, interceptar a questão do individualismo, que obstaculiza as relações subjetivas horizontais, no seu espaço de ação.

Os serviços de emergência psiquiátrica impossibilitam a formação de vínculo, visto que são pontuais, ignoram a complexidade do sofrimento, simplificando-o por meio da atenção ao sintoma, retira do indivíduo a responsabilidade sobre o seu estado e a sua vida, desresponsabilizando-o pelo atestado de que o que está se manifestando é a doença e não ele próprio, o descontextualiza, insere-o em um cotidiano artificial isolado, roubam sua autonomia, desconsideram a potencialidade da crise enquanto movimento de mudança e transformação. (Jardim, Kátia & Dimenstein, 2007).

### **3 - A PARCERIA INSTITUCIONAL**

Desde as primeiras regulamentações que começaram a tratar do assunto, os leitos psiquiátricos em geral vem diminuindo ao longo dos anos, seguindo essa lógica o CAPS como um serviço substitutivo possui um papel fundamental para que a Reforma Psiquiátrica seja consolidada gradativamente. É a partir da vinculação dos pacientes, que encontram-se no HSVP, com os profissionais do CAPS que realizam esse trabalho que é feito o manejo adequado para que após receberem alta hospitalar possam ter o CAPS como referência, a fim de darem continuidade ao tratamento.

#### **3.1 – MÉTODO DE TRABALHO**

Quando o foco do tratamento se direciona ao paciente, é preciso desconstruir barreiras que porventura estejam impedindo ações que beneficiem o mesmo. A começar dos diversos serviços da rede que atenda o paciente. No caso em questão, de um serviço de emergência psiquiátrica com um serviço de atenção psicossocial.

A emergência psiquiátrica de acordo com Carvalho (2006) é marcada por uma situação de crise, de desestabilização, de ruptura, de perturbação, de conflitos, de desordem tanto em nível individual quanto coletivo. Trata-se de um evento que põe em relevo a dinâmica e o movimento de determinados saberes e práticas em relação à loucura. Assim, a análise da crise familiar e seu processo de resolução formam, de fato, uma importante temática no âmbito da emergência.

Ao longo da história brasileira, vários movimentos reformistas sempre buscaram questionar o modelo asilar existente, como forma de tratamento. Na segunda metade da década de 70 esses movimentos ganharam força, devido ao momento político que o país vivia.

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS, o processo de reforma psiquiátrica começa a acontecer e a partir daí as lutas do movimento tomam força, dá-se entrada no Congresso Nacional o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Após 12 anos de tramitação, em 2001, a lei Federal 10.216, que regulamenta o processo de reforma psiquiátrica no Brasil é sancionada e na medida em que foi sendo realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental, alinhada com as diretrizes da reforma psiquiátrica esta passa a se consolidar ganhando visibilidade e sustentação.

Diante desse cenário surgem novas políticas de saúde mental e atenção psicossocial, e uma reformulação começa a ser feita, dentre elas a redução de leitos psiquiátricos e a criação de novos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Diante dessa lógica, os serviços de atenção psicossocial precisam se articular com os outros serviços que prestam assistência a saúde mental, sendo um deles os hospitais psiquiátricos. No DF, temos apenas um hospital psiquiátrico, o Hospital São Vicente de Paulo – HSVP que absorve quase toda a demanda de emergência psiquiátrica do DF e regiões do entorno. Devido à cultura, ainda cristalizada, relacionada a esse Hospital, surgiu a necessidade da realização de um trabalho onde os profissionais do CAPS fossem até o HSVP, a fim de que os pacientes que se encontram internados naquela instituição e fazem parte do território do CAPS de Samambaia, deixassem de ter como referência apenas o HSVP e fossem inseridos no CAPS para serem assistidos pela equipe multiprofissional e continuem o seu tratamento, evitando novas crises e a reinternação em um hospital psiquiátrico.

Diante disso, foi designado servidores para que visitassem semanalmente os pacientes na instituição, a fim de estabelecer vínculo e monitorar sua ida ao CAPS após a alta hospitalar. Trabalho que vai de encontro a um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica que é a eliminação gradual de leitos psiquiátricos e conseqüentemente a eliminação de internações em Hospitais Psiquiátricos como forma de exclusão social e sua substituição por serviços territoriais de atenção psicossocial, visando à integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade. É por essa razão que hoje o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III de Samambaia em parceria com o Hospital São Vicente de Paulo HSVP desenvolve um trabalho que tem como objetivo a inserção do paciente em um serviço especializado.

Esse trabalho surgiu diante da necessidade de um acompanhamento ao paciente internado no HSVP após sua alta, já que muitos não continuavam o seu tratamento no serviço substitutivo, mesmo recebendo o encaminhamento para tal, o que acarretava no seu retorno para o HSVP, seja para a emergência em decorrência de uma crise, seja para uma tentativa de consulta de manutenção de tratamento, ou para renovação de receita, gerando sobrecarga daquele serviço. Por essa razão surgiu a necessidade de uma pactuação entre os serviços, a fim de que os servidores do CAPS pudessem ter acesso as suas dependências, para buscar a consolidação do trabalho que tem como objetivo a inserção do paciente no CAPS.

O trabalho começou a ser realizado em Junho de 2013, na ocasião foram designadas duas servidoras, uma psicóloga representada pela minha pessoa e uma enfermeira. Ficou

acordado que as visitas seriam realizadas todas as sextas-feiras pela manhã e contemplaria a emergência, incluindo o PS Dia, a internação, além da participação na reunião de equipe com os residentes que cuidam dos pacientes na internação.

Além disso, o GAPI envia para o e-mail do CAPS os dados daqueles pacientes que recebessem alta do HSVP, para que seja realizado um acompanhamento e monitoramento desses pacientes após a alta.

O trabalho realizado entre as duas instituições é dividido em duas etapas: a primeira onde o paciente ainda dentro do HSVP recebe a visita dos profissionais do CAPS e a segunda onde ele é monitorado por meio de ligação telefônica ou visitação até sua inserção no CAPS.

Semanalmente além das visitas é reservado um tempo para que possa ser feito o monitoramento aos pacientes.

As visitas no HSVP são realizadas todas as sextas-feiras pela manhã, primeiramente a visita é realizada ao PS Dia, serviço que funciona dentro do HSVP, onde os pacientes do PS que estão mais estáveis e organizados passam o dia com aquela equipe, desenvolvendo atividades de oficinas terapêuticas e de produção, o que aproxima a unidade aos princípios preconizados no Modo Psicossocial de Atenção à Saúde Mental.

Posteriormente, a equipe do CAPS visita a ala de internação, onde participa da reunião de equipe com os profissionais envolvidos no atendimento dos pacientes.

Cabe ressaltar que os pacientes elencados são aqueles que fazem parte do território de abrangência do CAPS III Samambaia, no entanto, sempre há aqueles pacientes que também são orientados a procurarem o seu CAPS de referência, já que durante a visitação é inevitável o contato com os demais pacientes.

A equipe do HSVP já está habituada a receber os profissionais do CAPS, há uma boa colaboração por todos da equipe em relação ao nosso trabalho, o que facilita a comunicação entre as instituições e o trabalho em rede.

Esse trabalho é muito importante, pois quando o paciente é inserido no CAPS ele não precisa mais continuar tendo consultas no HSVP o que desafoga o atendimento na instituição que atende toda a população do DF e entorno. Além do que, o paciente em acompanhamento

em um serviço substitutivo especializado evita uma nova crise e uma reinternação, o que contribui para que o HSVP fique menos sobrecarregado.

Quando a visita é realizada os profissionais do CAPS conversam com o paciente, tentando entender o motivo pelo qual ele foi internado, onde mora, com quem mora, quantas vezes já foi internado, quais atividades realizada fora da instituição. Também é falado sobre o trabalho que é realizado no CAPS, como o nosso serviço poderá ajudá-lo e é enfatizada a importância da continuidade do tratamento para que ele não venha a entrar em crise novamente, necessitando ficar internado.

Os servidores representam os recursos humanos que são indispensáveis para o trabalho em saúde mental. Esses trabalhadores são fundamentais para a efetiva mudança do paradigma assistencial e de acordo com Machado (2006):

ao se reconhecer a necessidade de superação do paradigma manicomial pela perspectiva psicossocial, é preciso reconhecer que a força deste paradigma não se aloja somente no manicômio – lugar concreto onde ocorrem práticas desumanas e desumanizadoras, ela se aloja, sobretudo, no manicômio interno – lugar subjetivo, onde sobrevivem as representações dos sujeitos acerca da loucura e de onde emergem posturas individuais ou coletivas que se aproximam do modo manicomial. Foi pelas mãos dos trabalhadores que novas práticas psicossociais foram aos poucos substituindo velhas práticas manicomiais e é pelas mãos dos trabalhadores que ainda mais avanços serão conquistados no contexto da saúde mental (Machado 2006 p.39).

A qualificação profissional é um fator agrega tanto a equipe quanto o atendimento aos pacientes, pois por meio de capacitações e supervisões técnicas os servidores poderão adquirir novas habilidades, que ajustarão suas condutas diante das experiências nos serviços.

Na nova configuração das RAPS, os hospitais psiquiátricos não constituem pontos de atenção e estão colocados como objeto do componente de desinstitucionalização.

Trata-se de assumir a responsabilidade pela saúde mental de um determinado território e desenvolver a RAPS de modo a desconstruir na prática a necessidade dos manicômios.

Dessa forma, a proposição de redes aponta para o conjunto de possibilidades de recursos e de respostas a serem conjugadas, associadas e coordenadas de modo a produzirem “transformações nas realidades dos territórios e transformar a experiência do sofrimento” na vida das pessoas. Ao mesmo tempo, implica a necessidade de superação do isolamento das práticas dos serviços, mobilizando saberes e recursos de usuários, familiares e instituições do território para se conjugarem em novas configurações pessoas-equipes-serviços-contextos em

torno de “projetos comuns”. A proposição de formar as redes visa promover um agir coordenado para produzir um “devir” comum.

A RAPS existe em função de projetos, seja um Projeto Terapêutico Singular (PTS), seja uma festa ou intervenção cultural em um determinado território.

A ampliação do acesso ao cuidado psicossocial de base comunitária/territorial sob a perspectiva de garantia de direitos segue como um dos principais desafios da atualidade, não obstante a crescente expansão das RAPS e de serviços territoriais no contexto da reforma psiquiátrica em curso no SUS.

### 3 - RESULTADOS

Apesar do objetivo inicial do trabalho realizado entre as instituições não ter tido um propósito quantitativo, no decorrer no processo foi realizada a tabulação de dados que pode posteriormente, ilustrar quantitativamente os dados já alcançados.

Desde que o trabalho começou a ser realizado foram alimentadas três planilhas, onde constam os seguintes dados:

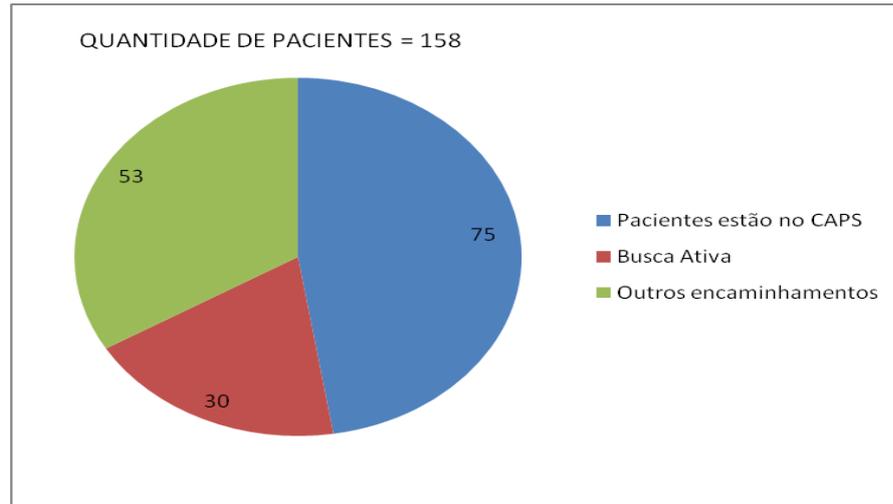
1ª planilha: mantém atualizado todos os pacientes que receberam alta do HSVP e que são da regional de Samambaia e que atualmente, são pacientes do CAPS. Nela constam o Nome, SES, Data de Nascimento, Endereço, Telefone, Data do Acolhimento, algumas perguntas para resposta com SIM ou NÃO, como: 1ª internação, Reinternação, Já tinha prontuário no CAPS, Aderiu ao tratamento, Observações.

2ª planilha: relaciona aqueles pacientes que ainda não fizeram o acolhimento após a alta do HSVP e que a equipe está tentando o contato, ou seja, que estão em busca ativa, por meio de ligação telefônica ou visita domiciliar. Nessa planilha, contam o Nome, SES, Data de Nascimento, Endereço, Telefone, Observação.

3ª planilha: relacionam aqueles pacientes que tiveram outro tipo de encaminhamento, ou seja, que por algum motivo não irão fazer o acolhimento no CAPS, pois mudaram de endereço, ou, estão fazendo acompanhamento particular, são pacientes apenas do CAPSAD, entre outros. Nessa planilha contém o Nome, SES, Data de Nascimento, Endereço, Telefone, Observação.

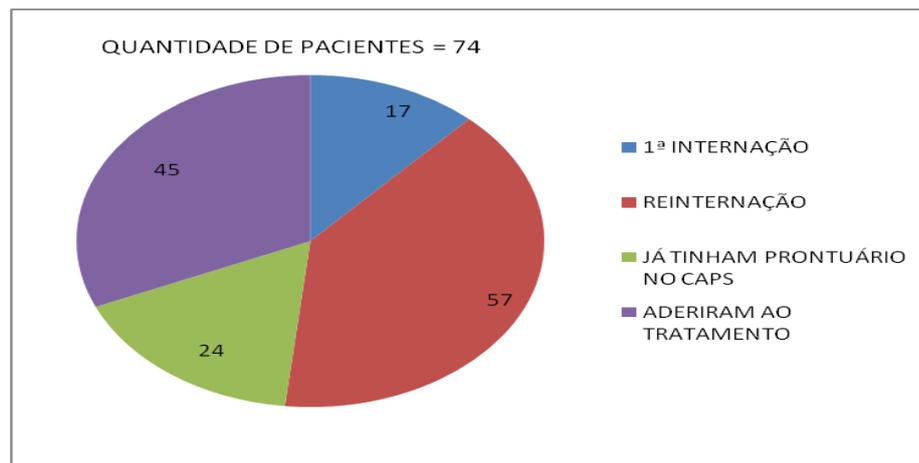
Após a alimentação desses dados pode-se organizar dois gráficos, o primeiro contém a quantidade total de pacientes do território de Samambaia que receberam alta do HSVP, após a parceria entre os dois serviços. Do total de 158 pacientes que receberam alta do HSVP, 75 pacientes foram inseridos no CAPS, 30 pacientes estão na busca ativa, 53 pacientes estão com outros tipos de encaminhamento.

**Gráfico 1 – Quantidade total de pacientes pós alta**



O segundo gráfico demonstra algumas informações acerca daqueles pacientes que são do CAPS. Do total de 74 pacientes, 17 eram de 1ª internação, 57 já eram reinternação, 24 já tinham prontuário no CAPS e 45 aderiram ao tratamento.

**Gráfico 2 – Quantidade total de pacientes que estão no CAPS**



Por meio desses resultados constata-se a quantidade de pacientes que foram inseridos no CAPS depois de receberem alta do HSVP e que acaso não tivesse sido por meio do trabalho realizado, poucos iriam procurar o CAPS.

Muitos desses pacientes tiveram a alta no HSVP mais rápida, pois o médico sente-se mais seguro em dar alta ao ter a certeza que o paciente será acompanhado por uma equipe fora do hospital, inclusive dando continuidade aos medicamentos, caso haja necessidade.

## CONCLUSÃO

Um dos desafios centrais da política nacional de saúde mental, a desinstitucionalização, assumiu uma nova institucionalidade ao ser inserida como componente da RAPS. A articulação dos serviços substitutivos com o hospital psiquiátrico é um dos motores dos processos de desinstitucionalização e também da implantação da RAPS. A articulação entre o CAPS III Samambaia e o HSVP, vem sendo conduzido de forma pró-ativa na intensificação e consolidação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal.

Recomenda-se a continuidade desse processo de articulação com os demais serviços da rede, uma vez que, o território é um lugar privilegiado para a superação da lógica manicomial, pois é nele que acontece a vida cotidiana das pessoas; ao adentrar no HSVP o profissional do CAPS começa, de certa forma, a construção do Projeto Terapêutico Singular que irá se perpetuar quando começar de fato o seu tratamento no território.

A disponibilidade dos profissionais da atenção em saúde mental é condição para atuar em todas as esferas no qual o paciente está inserido, nos seus grupos, nas instituições, comunidade, família. Por isso, um profissional engajado com a luta antimanicomial buscará ferramentas que vão ao encontro do usuário.

A continuidade desse trabalho vai de encontro com as práticas relacionadas à produção de saúde mental, pois envolvem ações, que vão além de um diagnóstico e que não reduzem a uma medida curativa. Essa forma de trabalho, além de ser benéfico ao paciente é também à instituição hospitalocêntrica que receberá menor sobrecarga de trabalho, quando aqueles que por lá passaram terem a certeza de uma continuidade de tratamento assistida por uma equipe multiprofissional em um Centro de Atendimento Psicossocial.

O paciente institucionalizado pode, aos poucos, perder suas capacidades e habilidades, cronificando-se muito mais por ação do contexto hospitalar do que propriamente em função de sua patologia. Por esta razão que a idéia da reabilitação psicossocial nasce junto com a idéia de desinstitucionalização, ambas vão representar a busca pelo resgate da autonomia dos pacientes em sofrimento mental, sua reinserção no contexto da família e da comunidade.

Os novos serviços devem prestar-se principalmente a ampliar capacidades e habilidades dos pacientes e elevar sua qualidade de vida; devem reabilitá-los para uma vida fora dos muros institucionais, abandonando a prática do tratamento massificador, serializado, para promover a expressão de subjetividade singularizada.

Por meio do trabalho de articulação entre as instituições, está sendo possível a desinstitucionalização e ressocialização psicossocial no território de abrangência do CAPS III Samambaia. No entanto, sabemos que o desafio ainda continua, considerando que ainda restam em torno de 26 mil leitos em hospitais psiquiátricos no País e 159 no DF.

Neste sentido, o recurso aos leitos em hospitais gerais (HG) deve ser acionado para um momento de crise, de ruptura, mas necessita estar em um fluxo contínuo com as ações dos CAPS, de modo que a permanência em HG seja o mais breve possível.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo D. C. (org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, Paulo D. C. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ªed., 2000. In CARVALHO Janaína C. **Controle Social e Responsabilização Familiar**: a administração da emergência psiquiátrica em Brasília e na cidade do México. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

AMARANTE, Paulo D. C. (coord.) **Saúde Mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, VOL. 3, 2003.

AMARAL, Marcela. C. M. **Narrativas da reforma psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal**. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)> Acesso em: 12 de out de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=838](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=838)> Acesso em: 21 de out de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 21 maio 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 21 de out de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)> Acesso em: 21 de dez de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012.** [Sem descrição]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 ago. 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html)> Acesso em: 12 de nov de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm)> Acesso em: 21 de jan de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** [alterada pela Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 21 de out de 2014.

BRASIL. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório de Atividades Quadrimestral - RAQ - 1º Quadrimestre 2014** / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, maio de 2014. Disponível em: <<http://www.cl.df.gov.br/documents/5744484/d0dc4927-8ee5-4c6d-bc69-318290d37d9f>> Acesso em: 04 de jan de 2015.

CARVALHO Janaína. C. **Controle Social e Responsabilização Familiar:** a administração da emergência psiquiátrica em Brasília e na cidade do México. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva 1978. In CARVALHO Janaína. C. **Controle Social e Responsabilização Familiar:** a administração da emergência psiquiátrica em Brasília e na cidade do México. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

Jardim, Katita; Dimenstein, Magda. **Risco e crise:** pensando os pilares da urgência psiquiátrica. Belo Horizonte: Psicologia em Revista, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun, 2007 Disponível em <[www.pucminas.br](http://www.pucminas.br)> Acesso em 23 de dez de 2014.

MACHADO, Daniela. M. **A Desconstrução do Manicômio Interno como determinante para a Inclusão Social da pessoa em Sofrimento Mental.** Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

OLIVEIRA, Alice G.; ALESSI, Nery P. **Cidadania:** instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005. In ZGIET, Jamila **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal:** um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. Brasília: Universidade de Brasília, 2010.

PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970.** Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)> Acesso em 22 de nov de 2014.

**Revista Divulgação em Saúde para Debate.** Número 52 – ISSN 0103 – 4383 – p. 88 a 103. Rio de Janeiro, Outubro 2014.

ROTELLI, Franco. (Org) et alii. **Desinstitucionalização.** São Paulo: 2001. In Jardim, Katita; Dimenstein, Magda. **Risco e crise:** pensando os pilares da urgência psiquiátrica. Belo Horizonte: *Psicologia em Revista*, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun, 2007 Disponível em <[www.pucminas.br](http://www.pucminas.br)> Acesso em 23 de dez de 2014.

ROTELLI, Franco. **O inventário das subtrações.** 1990 In ZGIET, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal:** um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. Brasília: Universidade de Brasília, 2010

SANTIAGO, Marina A. **Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007:** um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

ZGIET, Jamila **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal:** um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. Brasília, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

## **ANEXOS**

**Anexo A** – Portaria nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011

**Anexo B** – Portaria nº 224/MS, de 29 de Janeiro de 1992

**Anexo C** – Portaria nº 854, de 22 de Agosto de 2012

**Anexo D** – Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011

**Anexo E** – Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002

## ANEXO A

## PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(\*)

***Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Portarias nº 52/GM/MS e 53/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, que estabelecem a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país;

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, 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 que os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização, sendo estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internados nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia; e

Considerando a necessidade de acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à Saúde Mental em todas as unidades da Federação, com a implementação de diretrizes de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, resolve:

Art. 1º A Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), passa a vigorar acrescida dos seguintes arts. 2º A e 2º B e do anexo I desta Portaria:

"Art. 2º A Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

Parágrafo único. Para fins desta Portaria, será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos.

Art. 2º B Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no anexo I desta Portaria.

§ 1º São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.

§ 2º São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

§ 3º Para fins de repasse de recursos financeiros, os Municípios deverão compor grupos de mínimo quatro moradores em cada tipo de SRT.

§ 4º Os SRT tipo II deverão contar com equipe mínima composta por cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem, observando-se as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria.

§ 5º As duas modalidades de SRT se mantem como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados a rede pública de serviços de saúde.

## "ANEXO I

### DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

#### SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

O SRT tipo I deve acolher no máximo 8 (oito) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.

#### SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número. O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com conseqüente inserção deles na rede social existente. O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria 106/GM/MS, de 2000, levando

em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam as necessidades dos moradores.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência."

Art. 2º Fica estabelecido incentivo financeiro de custeio, no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), para implantação de SRT Tipo I e Tipo II, observadas as diretrizes da Portaria nº 106/GM/MS, de 2000.

§ 1º Para que o repasse do incentivo financeiro seja efetivado, o gestor responsável pelo SRT deverá encaminhar à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) os documentos descritos no Anexo I desta Portaria.

§ 2º O incentivo financeiro para implantação de que trata o caput deste artigo será transferido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), em parcela única, aos respectivos fundos de saúde dos Estados, dos Municípios e Distrito Federal, devendo ser aplicados na implantação e/ou implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

§ 3º Após o recebimento dos recursos de que trata o caput deste artigo, o gestor local deverá implantar o SRT no prazo de três meses, podendo ser prorrogado uma única vez por igual período, conforme Termo de Compromisso do gestor local descrito no anexo I desta Portaria.

§ 4º Caso haja o descumprimento do prazo de implantação do SRT referido no § 3º deste artigo, os recursos recebidos deverão ser devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 5º Os recursos de que trata o caput deste artigo não serão aplicados nos SRT existentes que já tenham recebido recursos para implantação nos termos da Portaria nº 246/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2005.

Art. 3º Fica estabelecido recurso financeiro de custeio mensal no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), para cada grupo de oito moradores de SRT Tipo I e R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada grupo de dez moradores de SRT Tipo II, conforme aplicação de gastos descritos na Tabela 1 constante do anexo II desta Portaria.

§ 1º Os repasses não serão destinados a módulos residenciais, mas a grupos de moradores.

§ 2º Nos casos em que não houver possibilidade de formação de grupos com oito moradores para SRT Tipo I e dez moradores para SRT Tipo II, o repasse do recurso de custeio mensal poderá ocorrer observando as orientações descritas nas Tabelas 2 e 3 do anexo III desta Portaria.

§ 3º Os recursos descritos no caput deste artigo serão incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos respectivos Estados, Municípios e do Distrito Federal para o custeio do procedimento realizado pelo SRT, com redução das AIHs previstas no teto referente a cada grupo de moradores que receberão custeio mensal.

§ 4º Os SRT existentes, bem como os novos SRT, deverão ser cadastrados na modalidade Tipo I ou II junto ao Ministério da Saúde mediante apresentação da documentação especificada nos Anexos IV e V desta Portaria.

§ 5º A habilitação dos serviços já existentes, bem como dos novos serviços, será objeto de Portaria específica a ser publicada no Diário Oficial da União após análise da documentação enviada ao Ministério da Saúde.

§ 6º Os repasses dos recursos de que trata o caput deste artigo será realizada a contar da habilitação do serviço pelo Ministério da Saúde.

Art. 4º Caberá às Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos SRT.

Art. 5º Os recursos financeiros para o custeio das atividades de que trata esta Portaria são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para procedimentos de Média e Alta Complexidade para os repasses referentes ao custeio mensal; e

II - 10.302.1220.20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental, para o repasse referente ao incentivo de implantação/implementação.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Fica revogada a Portaria nº 246/GM/MS, de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, do dia 18 seguinte, página 51.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA  
IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DE SRTs TIPO I E II

Documentação necessária para fins de repasse do incentivo:

I) Ofício assinado pelo gestor solicitando o incentivo financeiro, informando o número de Residências que pretende implantar, bem como o tipo (I ou II) e situação de cada serviço (se estão em implantação ou funcionamento). Para os serviços em funcionamento o anexo IV deverá ser preenchido;

II) Termos de Compromisso de gestor local assegurando o início do funcionamento do SRT em até 3 (três) meses a partir da data de recebimento do recurso, podendo esse prazo ser prorrogado uma única vez por igual período;

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa.

IV) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT;

V) Proposta Técnica de aplicação do recurso.

ANEXO II

Tabela 1

Nº de Moradores	SRT tipo I			SRT tipo II		
	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	12.000,00	8.000,00	20.000,00

ANEXO III

Tabela 2

Nº de Moradores	SRT tipo I		
	Serviço	Profissional	Total

4	4.000,00	1.000,00	5.000,00
5	4.625,00	1.625,00	6.250,00
6	5.250,00	2.250,00	7.500,00
7	5.875,00	2.875,00	8.750,00
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00

Tabela 3

Nº de Moradores	SRT tipo II		
	Serviço	Profissional	Total
4	5.000,00	3.000,00	8.000,00
5	6.000,00	4.000,00	10.000,00
6	7.000,00	5.000,00	12.000,00
7	8.000,00	6.000,00	14.000,00
8	9.000,00	7.000,00	16.000,00
9	10.000,00	8.000,00	18.000,00
10	12.000,00	8.000,00	20.000,00

## ANEXO IV

#### CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO I

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo I deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar à Área Técnica de Saúde Mental a seguinte documentação:

I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado/Distrito Federal;

II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço (Conforme a Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;

IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico (anexo V).

#### CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO II

Os SRTs tipo II deverão seguir as diretrizes estabelecidas nesta portaria no que tange ao repasse do incentivo financeiro para implantação.

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo II novos deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar à Área Técnica de Saúde Mental a seguinte documentação:

I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado / Distrito Federal;

II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com a apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço, (Conforme Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;

IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico (Anexo V);

V) Envio de relatório circunstanciado que justifique a necessidade de cuidados específicos pelos moradores.

ANEXO V

CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICO										
MUNICÍPIO:				UF:		() TIPO I () TIPO II				
Nome do Gestor responsável pelo SRT:										
Endereço Completo do SRT:										
Telefone :										
Número de moradores:										
Nome do técnico responsável:										
Telefone:				E-mail:						
Serviço de Saúde Mental de Referência:										
CNES										
DADOS PESSOAIS DOS MORADORES										
Nº	Nome do morador	Data de nascimento	de	Sexo	CPF	Data de entrada no SRT	Procedência	Benefícios que possui		
1								( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
2								( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
3								( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
4								( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
5								( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
6								( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
7								( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
8								( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
9								( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
10								( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria

(\*) Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 233/234, com incorreção no original.

## ANEXO B

### PORTARIA N° 224/MS, DE 29 DE JANEIRO DE 1992.

**item 4.2 alterada(o) por: Portaria nº 147, de 25 de agosto de 1994**

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto N° 99244 de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4 da Portaria 189/91, acatando Exposição de Motivos (17/12/91), Coordenação à Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

Resolve:

#### 1 - DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente. Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

#### 2 - NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

##### 1 - Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório

1.1 - O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2 - Os critérios de hierarquização e regionalização da rede bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3 - A atenção aos pacientes nestas unidade de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

##### 1.4 - Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar,;
- atividades comunitárias.

A equipe técnica de Saúde Mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios ao órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo Órgão Gestor Local.

## 2 - NÚCLEOS / CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (NAPS / CAPS):

2.1- Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 - Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 - São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas, por dia, durante os sete dias da semana durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00h, segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 - A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros);
- atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- Os pacientes que frequentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que frequentam por um período de 8 horas (2 turnos) terão direito a três refeições.

### 2.5 - Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização aos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6 - Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime até 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

## 3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPILARES DO SUS)

### 1. Hospital - dia

1.1. - A instituição de hospital dia na assistência em saúde mental representa um recurso

intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de 2º feira à 6º feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2. - O hospital dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço de hospital dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial, Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3 - A assistência ao paciente em regime de hospital dia incluirá as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros;
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras;)
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- Os pacientes em regime hospital dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4 - Recursos Humanos

A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes /dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos :
- profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.5 - Para fins de financiamento pelo SIH-SUS . Os procedimentos realizados no hospital /dia serão remunerados por AIH - para um máximo de 30 pacientes /dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos. Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 hab., o credenciamento de vagas em hospital /dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

2. serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral

2.1. - Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2. - Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3. - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médica , psicológica e social;
  - b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros;
  - c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- atendimento á família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a

continuidade do tratamento próximo a sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais, hospital dia, hospital geral , e hospital especializado .

#### 2.4 - Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima, período diurno serviço até 10 leitos para internações breve):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.5 - Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares SIH, o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos pront-socorros gerais.

#### 3. Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

3.1. - O estabelecimento de leitos/unidade psiquiátricas em hospitais Geral ou especializado, que seja referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente Portaria, será de competência das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

3.2 - O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo terapias, grupo operativo, dentre outros. Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades sócio terapêicas.

3.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional , dentre outros;
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio terapêica);
- d) abordagem a família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referencia para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com, sua necessidade ambulatorial, hospital dia, núcleo/centro de atenção psicossocial, visando prevenir a ocorrência de outras internações.

#### 3.4 - Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;
- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

3.5 - Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS): o procedimento 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital Geral ) será remunerado apenas nos hospitais gerais.

#### 4. Hospital Especializado em Psiquiatria

4.1 - Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação. -

4.2 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico psicológica e social;
- b) atendimento individual medicamentos , psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros ;
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas ;
- d) abordagem á família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade ao tratamento;
- e) preparação ao paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade da tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade ambulatorial, hospital dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3 - Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados o parâmetros das Normas Especificas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor expedidas pelo Ministério da Saúde,

4.4. - O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermeira para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m2/leito é número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5. - O hospital psiquiátrico especializado deverá ter salas de estar, jogos, etc., comum mínimo de 40m<sup>2</sup>, mais 20m<sup>2</sup> para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

#### 4.6. - Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo: -

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7:00 às 19:00 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

- para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro.
- Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:
- 1 assistente social;
- 1 psicólogo;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes.
- 1 nutricionista. Farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos, três outros dias da semana.

#### 4 . DISPOSIÇÕES GERAIS

1)- Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania aos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos ,celas fortes;
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;
- os hospitais terão prazo máximo de 1 um 1 ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo Órgão Gestor Local.

2)- Em relação ao atendimento em regime de internação em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotar todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional.

RICARDO AKEL

## ANEXO C

### PORTARIA Nº 854, DE 22 DE AGOSTO DE 2012

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, 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 do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando as orientações contidas na Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que define e caracteriza as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na rede SUS;

Considerando a Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24h (CAPS AD III);

Considerando a Portaria nº 3.089/GM, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento e adequação do modelo de atenção oferecida pelo SUS aos usuários de da rede de saúde mental, álcool e outras drogas e de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social;

Considerando a necessidade de informar no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) os procedimentos resultantes de ações de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e

Considerando a necessidade de qualificar a informação relativa aos atendimentos realizados nos CAPS, resolve:

Art. 1º Ficam alterados, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes atributos dos procedimentos a seguir especificados, a partir da competência Outubro de 2012:

Procedimento:	03.01.08.002-0 ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	AÇÃO DE HOSPITALIDADE NOTURNA REALIZADA NOS CAPS COMO RECURSO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE USUÁRIOS JÁ EM ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO, QUE RECORRE AO SEU AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES CONFLITUOSAS E VISE AO MANEJO DE SITUAÇÕES DE CRISE MOTIVADAS POR SOFRIMENTO DECORRENTE DE TRANSTORNOS MENTAIS - INCLUÍDOS AQUELES POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E QUE ENVOLVEM CONFLITOS RELACIONAIS CARACTERIZADOS POR RUPTURAS FAMILIARES, COMUNITÁRIAS, LIMITES DE COMUNICAÇÃO E/OU IMPOSSIBILIDADES DE CONVIVÊNCIA E QUE OBJETIVE A RETOMADA, O RESGATE E O REDIMENSIONAMENTO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS, O CONVÍVIO FAMILIAR E/OU COMUNITÁRIO. NÃO DEVE EXCEDER O MÁXIMO DE 14 DIAS.
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial	R\$ 0,00

Total:	
Atributo Complementar:	
Quantidade Máxima	14
Especialidade do Leito:	84 - Leito de Acolhimento Noturno
CBO:	Excluir: 2231F9, 223905, 225124, 225125, 225133, 225142, 225170, 251510, 251530, 251545, 251605; Incluir: 322230, 322205
CID:	Incluir: F0630, F0631, F0632, F0633, F10, F100, F1000, F1001, F1002, F1003, F1004, F1005, F1006, F1007, F1020, F1021, F1022, F1023, F1024, F1025, F1026, F104, F1040, F1041, F1050, F1051, F1052, F1053, F1054, F1055, F1056, F1070, F1071, F1072, F1073, F1074, F1075, F110, F1100, F1101, F1102, F1103, F1104, F1105, F1106, F1107, F1120, F1121, F1122, F1123, F1124, F1125, F1126, F114, F1140, F1141, F1150, F1151, F1152, F1153, F1154, F1155, F1156, F1170, F1171, F1172, F1173, F1174, F1175, F120, F1200, F1201, F1202, F1203, F1204, F1205, F1206, F1207, F1220, F1221, F1222, F1223, F1224, F1225, F1226, F124, F1240, F1241, F1250, F1251, F1252, F1253, F1254, F1255, F1256, F1270, F1271, F1272, F1273, F1274, F1275, F130, F1300, F1301, F1302, F1303, F1304, F1305, F1306, F1307, F1320, F1321, F1322, F1323, F1324, F1325, F1326, F134, F1340, F1341, F1350, F1351, F1352, F1353, F1354, F1355, F1356, F1370, F1371, F1372, F1373, F1374, F1375, F140, F1400, F1401, F1402, F1403, F1404, F1405, F1406, F1407, F1420,
	F1421, F1422, F1423, F1424, F1425, F1426, F144, F1440, F1441, F1450, F1451, F1452, F1453, F1454, F1455, F1456, F1470, F1471, F1472, F1473, F1474, F1475, F150, F1500, F1501, F1502, F1503, F1504, F1505, F1506, F1507, F1520, F1521, F1522, F1523, F1524, F1525, F1526, F154, F1540, F1541, F1550, F1551, F1552, F1553, F1554, F1555, F1556, F1570, F1571, F1572, F1573, F1574, F1575, F160, F1600, F1601, F1602, F1603, F1604, F1605, F1606, F1607, F1620, F1621, F1622, F1623, F1624, F1625, F1626, F164, F1640, F1641, F1650, F1651, F1652, F1653, F1654, F1655, F1656, F1670, F1671, F1672, F1673, F1674, F1675, F170, F1700, F1701, F1702, F1703, F1704, F1705, F1706, F1707, F1720, F1721, F1722, F1723, F1724, F1725, F1726, F174, F1740, F1741, F1750, F1751, F1752, F1753, F1754, F1755, F1756, F1770, F1771, F1772, F1773, F1774, F1775, F180, F1800, F1801, F1802, F1803, F1804, F1805, F1806, F1807, F1820, F1821, F1822, F1823, F1824, F1825, F1826, F184, F1840, F1841, F1850, F1851, F1852, F1853, F1854, F1855, F1856, F1870, F1871, F1872, F1873, F1874, F1875, F190, F1900, F1901, F1902, F1903, F1904, F1905, F1906, F1907, F1920, F1921, F1922, F1923, F1924, F1925, F1926, F194, F1940, F1941, F1950, F1951, F1952, F1953, F1954, F1955, F1956, F1970, F1971, F1972, F1973, F1974, F1975, F28, F29, F4320, F4321, F4322, F4323, F4324, F4325, F4328, F4480, F4481, F4482, F4488, F4530, F4531, F4532, F4533, F4534, F4538, F510, F511, F512, F513, F514, F515, F518, F519, F520, F521, F5210, F5211, F522, F523, F524, F525, F526, F527, F528, F529, F530, F538, F539, F54, F550, F551, F552, F553, F554, F555, F556, F558, F559, F59, F6030, F6031, F610, F611, F640, F641, F642, F648, F649, F650, F651, F652, F653, F654, F655, F656, F658, F659, F660, F661, F662, F668, F669, F680, F681, F688, F730, F731, F738, F739, F800, F801, F802, F803, F808, F809, F810, F811, F812, F813, F818, F819, F82, F83, F88, F89, F900, F901, F908, F909, F910, F911, F912, F913, F918, F919, F920, F928, F929, F930, F931, F932, F933, F938, F939, F940, F941, F942, F948, F949, F950, F951, F952, F958, F959, F980, F981, F982, F983, F984, F985, F986, F988, F989

Habilitação	Incluir: 06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III
Procedimento:	03.01.08.003-8 ACOLHIMENTO EM TERCEIRO TURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	CONSISTE NO CONJUNTO DE ATENDIMENTOS DESENVOLVIDOS NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE 18 E 21 HORAS.
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Quantidade Máxima	30
CBO:	Excluir: 234410 Incluir: 251530, 251545, 223915, 515310, 515305, 322230, 322205, 7 9 11 *

CID:	<p>Incluir: F000, F001, F002, F009, F010, F011, F012, F013, F018, F019, F020, F021, F022, F023, F024, F028, F03, F04, F050, F051, F058, F059, F060, F061, F062, F063, F0630, F0631, F0632, F0633, F064, F065, F066, F067, F068, F069, F070, F071, F072, F078, F079, F09, F10, F100, F1000, F1001, F1002, F1003, F1004, F1005, F1006, F1007, F1020, F1021, F1022, F1023, F1024, F1025, F1026, F104, F1040, F1041, F1050, F1051, F1052, F1053, F1054, F1055, F1056, F1070, F1071, F1072, F1073, F1074, F1075, F110, F1100, F1101, F1102, F1103, F1104, F1105, F1106, F1107, F1120, F1121, F1122, F1123, F1124, F1125, F1126, F114, F1140, F1141, F1150, F1151, F1152, F1153, F1154, F1155, F1156, F1170, F1171, F1172, F1173, F1174, F1175, F120, F1200, F1201, F1202, F1203, F1204, F1205, F1206, F1207, F1220, F1221, F1222, F1223, F1224, F1225, F1226, F124, F1240, F1241, F1250, F1251, F1252, F1253, F1254, F1255, F1256, F1270, F1271, F1272, F1273, F1274, F1275, F130, F1300, F1301, F1302, F1303, F1304, F1305, F1306, F1307, F1320, F1321, F1322, F1323, F1324, F1325, F1326, F134, F1340, F1341, F1350, F1351, F1352, F1353, F1354, F1355, F1356, F1370, F1371, F1372, F1373, F1374, F1375, F140, F1400, F1401, F1402, F1403, F1404, F1405, F1406, F1407, F1420, F1421, F1422, F1423, F1424, F1425, F1426, F144, F1440, F1441, F1450, F1451, F1452, F1453, F1454, F1455, F1456, F1470, F1471, F1472, F1473, F1474, F1475, F150, F1500, F1501, F1502, F1503, F1504, F1505, F1506, F1507, F1520, F1521, F1522, F1523, F1524, F1525, F1526, F154, F1540, F1541, F1550, F1551, F1552, F1553, F1554, F1555, F1556, F1570, F1571, F1572, F1573, F1574, F1575, F160, F1600, F1601, F1602, F1603, F1604, F1605, F1606, F1607, F1620, F1621, F1622, F1623, F1624, F1625, F1626, F164, F1640, F1641, F1650, F1651, F1652, F1653, F1654, F1655, F1656, F1670, F1671, F1672, F1673, F1674, F1675, F170, F1700, F1701, F1702, F1703, F1704, F1705, F1706, F1707, F1720, F1721, F1722, F1723, F1724, F1725, F1726, F174, F1740, F1741, F1750, F1751, F1752, F1753, F1754, F1755, F1756, F1770, F1771, F1772, F1773, F1774, F1775, F180, F1800, F1801, F1802, F1803, F1804, F1805, F1806, F1807, F1820, F1821, F1822, F1823, F1824, F1825, F1826, F184, F1840, F1841, F1850, F1851, F1852, F1853, F1854, F1855, F1856, F1870, F1871, F1872, F1873, F1874, F1875, F190, F1900, F1901, F1902, F1903, F1904, F1905, F1906, F1907, F1920, F1921, F1922, F1923, F1924, F1925, F1926, F194,</p> <p>F1940, F1941, F1950, F1951, F1952, F1953, F1954, F1955, F1956, F1970, F1971, F1972, F1973, F1974, F1975, F4320, F4321, F4322, F4323, F4324, F4325, F4328, F4480, F4481, F4482, F4488, F4530, F4531, F4532, F4533, F4534, F4538, F5210, F5211, F550, F551, F552, F553, F554, F555, F556, F558, F559, F6030, F6031, F610,</p> <p>F611, F640, F641, F642, F648, F649, F650, F651, F652, F653, F654, F655, F656, F658, F659, F660, F661, F662, F668, F669, F680, F681, F688, F700, F708, F709, F711, F718, F719, F721, F728, F729, F730, F731, F738, F739, F781, F788, F789, F791, F798, F799, F800, F801,</p> <p>F802, F803, F808, F809, F810, F811, F812, F813, F818, F819, F82, F920, F928, F929, F980, F981, F982, F983, F984, F985, F986, F988, F989</p>
------	---

Art. 2º Ficam incluídos, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, os procedimentos a seguir especificados, a partir da competência Outubro de 2012:

Procedimento:	03.01.08.019-4 ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
---------------	---

Descrição:	AÇÃO DE HOSPITALIDADE DIURNA REALIZADA NOS CAPS COMO RECURSO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR, QUE RECORRE AO AFASTAMENTO DO USUÁRIO DAS SITUAÇÕES CONFLITUOSAS, QUE VISE AO MANEJO DE SITUAÇÕES DE CRISE MOTIVADAS POR SOFRIMENTOS DECORRENTES DE TRANSTORNOS MENTAIS - INCLUÍDOS AQUELES POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E QUE ENVOLVEM CONFLITOS RELACIONAIS CARACTERIZADOS POR RUPTURAS FAMILIARES, COMUNITÁRIAS, LIMITES DE COMUNICAÇÃO E/OU IMPOSSIBILIDADES DE CONVIVÊNCIA - E QUE OBJETIVÉ A RETOMADA, O RESGATE E O REDIMENSIONAMENTO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS, O CONVÍVIO FAMILIAR E/OU COMUNITÁRIO.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Tipo de Financiamento	Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar	
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima	30
Idade Mínima:	0 Mes(s)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Especialidade do Leito:	

CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220
CID:	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20,

	F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39; F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III
Procedimento:	03.01.08.020-8 -ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Descrição:	ATENDIMENTO DIRECIONADO À PESSOA, QUE COMPORTE DIFERENTES MODALIDADES, RESPONDA ÀS NECESSIDADES DE CADA UM -INCLUINDO OS CUIDADOS DE CLÍNICA GERAL -QUE VISAM À ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR OU DELE DERIVAM, PROMOVAM AS CAPACIDADES DOS SUJEITOS, DE MODO A TORNAR POSSÍVEL QUE ELES SE ARTICULEM COM OS RECURSOS EXISTENTES NA UNIDADE E FORA DELA.	
Complexidade:	MC - Média Complexidade	
Modalidade:	01 – Ambulatorial	
Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)	
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)	
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00	
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00	
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00	
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00	
Valor Hospitalar Total :	R\$ 0,00	
Atributo Complementar:		

Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima	
Idade Mínima:	0 Mes(s)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 5153-05, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220

CID:

F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09, F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29, F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39;

	F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115 - Serviço de Atenção Psicossocial/ 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil -CAPSi, 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III
Procedimento:	03.01.08.021-6 -ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Descrição:	AÇÕES DESENVOLVIDAS COLETIVAMENTE QUE EXPLOREM AS POTENCIALIDADES DAS SITUAÇÕES GRUPAIS COM VARIADAS FINALIDADES, COMO RECURSO PARA PROMOVER SOCIABILIDADE, INTERMEDIAR RELAÇÕES, MANEJAR DIFICULDADES RELACIONAIS, POSSIBILITEM EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA, VIVÊNCIA DE PERTENCIMENTO, TROCA DE AFETOS, AUTOESTIMA, AUTONOMIA E EXERCÍCIO DE CIDADANIA.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial

Instrumento de Registro:	09 - RAAS (Atenção Psicossocial)
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	
Sexo:	Ambos
Quantidade Máxima	
Idade Mínima:	0 Mes(s)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Especialidade do Leito:	
CBO:	2231F9, 2251*, 223505, 223905, 251510, 251530, 251545, 223810, 251605, 515310, 515305, 322230, 322205, 7911*, 239415, 516220

CID:

F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F03, F04, F05.0, F05.1, F05.8, F05.9, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.30, F06.31, F06.32, F06.33, F06.4, F06.5, F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, F07.9, F09; F10, F10.0, F10.00, F10.01, F10.02, F10.03, F10.04, F10.05, F10.06, F10.07, F10.1, F10.2, F10.20, F10.21, F10.22, F10.23, F10.24, F10.25, F10.26, F10.4, F10.40, F10.41, F10.5, F10.50, F10.51, F10.52, F10.53, F10.54, F10.55, F10.56, F10.6, F10.7, F10.70, F10.71, F10.72, F10.73, F10.74, F10.75, F10.8, F10.9, F11.0, F11.00, F11.01, F11.02, F11.03, F11.04, F11.05, F11.06, F11.07, F11.1, F11.2, F11.20, F11.21, F11.22, F11.23, F11.24, F11.25, F11.26, F11.4, F11.40, F11.41, F11.5, F11.50, F11.51, F11.52, F11.53, F11.54, F11.55, F11.56, F11.6, F11.7, F11.70, F11.71, F11.72, F11.73, F11.74, F11.75, F11.8, F11.9, F12.0, F12.00, F12.01, F12.02, F12.03, F12.04, F12.05, F12.06, F12.07, F12.1, F12.2, F12.20, F12.21, F12.22, F12.23, F12.24, F12.25, F12.26, F12.4, F12.40, F12.41, F12.5, F12.50, F12.51, F12.52, F12.53, F12.54, F12.55, F12.56, F12.6, F12.7, F12.70, F12.71, F12.72, F12.73, F12.74, F12.75, F12.8, F12.9, F13.0, F13.00, F13.01, F13.02, F13.03, F13.04, F13.05, F13.06, F13.07, F13.1, F13.2, F13.20, F13.21, F13.22, F13.23, F13.24, F13.25, F13.26, F13.4, F13.40, F13.41, F13.5, F13.50, F13.51, F13.52, F13.53, F13.54, F13.55, F13.56, F13.6, F13.7, F13.70, F13.71, F13.72, F13.73, F13.74, F13.75, F13.8, F13.9, F14.0, F14.00, F14.01, F14.02, F14.03, F14.04, F14.05, F14.06, F14.07, F14.1, F14.2, F14.20, F14.21, F14.22, F14.23, F14.24, F14.25, F14.26, F14.4, F14.40, F14.41, F14.5, F14.50, F14.51, F14.52, F14.53, F14.54, F14.55, F14.56, F14.6, F14.7, F14.70, F14.71, F14.72, F14.73, F14.74, F14.75, F14.8, F14.9, F15.0, F15.00, F15.01, F15.02, F15.03, F15.04, F15.05, F15.06, F15.07, F15.1, F15.2, F15.20, F15.21, F15.22, F15.23, F15.24, F15.25, F15.26, F15.4, F15.40, F15.41, F15.5, F15.50, F15.51, F15.52, F15.53, F15.54, F15.55, F15.56, F15.6, F15.7, F15.70, F15.71, F15.72, F15.73, F15.74, F15.75, F15.8, F15.9, F16.0, F16.00, F16.01, F16.02, F16.03, F16.04, F16.05, F16.06, F16.07, F16.1, F16.2, F16.20, F16.21, F16.22, F16.23, F16.24, F16.25, F16.26, F16.4, F16.40, F16.41, F16.5, F16.50, F16.51, F16.52, F16.53, F16.54, F16.55, F16.56, F16.6, F16.7, F16.70, F16.71, F16.72, F16.73, F16.74, F16.75, F16.8, F16.9, F17.0, F17.00, F17.01, F17.02, F17.03, F17.04, F17.05, F17.06, F17.07, F17.1, F17.2, F17.20, F17.21, F17.22, F17.23, F17.24, F17.25, F17.26, F17.4, F17.40, F17.41, F17.5, F17.50, F17.51, F17.52, F17.53, F17.54, F17.55, F17.56, F17.6, F17.7, F17.70, F17.71, F17.72, F17.73, F17.74, F17.75, F17.8, F17.9, F18.0, F18.00, F18.01, F18.02, F18.03, F18.04, F18.05, F18.06, F18.07, F18.1, F18.2, F18.20, F18.21, F18.22, F18.23, F18.24, F18.25, F18.26, F18.4, F18.40, F18.41, F18.5, F18.50, F18.51, F18.52, F18.53, F18.54, F18.55, F18.56, F18.6, F18.7, F18.70, F18.71, F18.72, F18.73, F18.74, F18.75, F18.8, F18.9, F19.0, F19.00, F19.01, F19.02, F19.03, F19.04, F19.05, F19.06, F19.07, F19.1, F19.2, F19.20, F19.21, F19.22, F19.23, F19.24, F19.25, F19.26, F19.4, F19.40, F19.41, F19.5, F19.50, F19.51, F19.52, F19.53, F19.54, F19.55, F19.56, F19.6, F19.7, F19.70, F19.71, F19.72, F19.73, F19.74, F19.75, F19.8, F19.9, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28, F29; F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4, F33.8, F33.9, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39;

	F40.0, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9, F43.0, F43.1, F43.2, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23, F43.24, F43.25, F43.28, F43.8, F43.9, F44.0, F44.1, F44.2, F44.3, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, F44.8, F44.80, F44.81, F44.82, F44.88, F44.9, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.30, F45.31, F45.32, F45.33, F45.34, F45.38, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F51.0, F51.1, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9, F52.0, F52.1, F52.10, F52.11, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, F54, F55.0, F55.1, F55.2, F55.3, F55.4, F55.5, F55.6, F55.8, F55.9, F59, F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61.0, F61.1, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F63.0, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F64.0, F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.4, F65.5, F65.6, F65.8, F65.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9, F68.0, F68.1, F68.8, F69, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9, F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, F88, F89, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.0, F98.1, F98.2, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9, F99
Serviço/Classificação	115- Serviço de Atenção Psicossocial / 002- Atendimento Psicossocial
Habilitação	06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II -CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial

\* Os procedimentos poderão ser realizados por qualquer CBO da família

§ 1º Os procedimentos descritos neste Artigo destinam-se ao atendimento de pessoas com transtornos mentais incluindo aqueles com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

§ 2º Estes procedimentos somente poderão ser realizados em estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES, como Tipo de estabelecimento: 70 - Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e habilitados como: 06.16 Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, 06.17 Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II, 06.18 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III, 06.19 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPSad, 06.20 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi ou 06.35 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III - CAPSad III.

§ 3º Os estabelecimentos habilitados nas modalidades acima descritas receberão incentivo financeiro de custeio anual de acordo com o disposto no Art. 1º da Portaria nº 3.089/GM, de 23 de dezembro de 2011.

§ 4º As APACS registradas pelos estabelecimentos 70 - Centro de Atenção Psicossocial serão automaticamente encerradas por versão obrigatória do SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais), com o motivo de encerramento 51-Encerramento Administrativo, na competência Setembro de 2012.

§ 5º Os procedimentos objeto desta portaria deverão ser registrados a partir da competência Outubro de 2012, posterior à publicação de portaria específica de normatização dos novos Instrumentos de Registro apontados.

Art. 3º Fica definido que, em acordo com §2º do Artigo 2º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, os tipos de estabelecimentos: 70 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) preenchem obrigatoriamente Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde (FCES) Complementar número 35, no SCNES e atualizem as informações de endereço e de equipe vinculada à unidade, a partir da competência Agosto de 2012, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexos I e II desta Portaria.

Parágrafo único. Caberá às SES, SMS e ao Distrito Federal efetivarem a adequação dos cadastros dos estabelecimentos de saúde: 70 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no SCNES que se enquadrem no disposto deste artigo, nas competências Agosto e Setembro de 2012. Após este período os cadastros que não forem adequados ficarão com "status" de inconsistentes/pendentes na base de dados do SCNES local e nacional.

Art. 4º Ficam excluídos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes procedimentos, a partir da competência Outubro de 2012:

\*\*\*\*\*TABELA\*\*\*\*\*TABELA\*\*\*\*\*

Art. 5º Fica definida a utilização do instrumento de registro RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) da Atenção Psicossocial, que tem por objetivo registrar mensalmente as ações de saúde realizadas durante o período de atendimento ao usuário do SUS.

§ 1º Os procedimentos que serão registrados no RAAS estão especificados na Tabela de Procedimentos, Medicamento e OPM do SUS com o instrumento de registro: 09 - RAAS (Atenção Psicossocial).

§ 2º Os procedimentos objeto desta portaria passarão a ser registrados nos instrumentos de registro indicados a partir da competência Outubro/2012.

§ 3º Os formulários, manuais, orientações técnicas e o aplicativo RAAS estão disponíveis no endereço eletrônico <http://sia.datasus.gov.br>.

Art. 6º Caberá à Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde, adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS/SGEP/MS, para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 7º Os recursos orçamentários relacionados à implantação desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

## ANEXO D

### PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(\*)

***Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento 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 favoreça 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 crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, 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, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
  1. Equipe de Consultório na Rua;
  2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de 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, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;

2. pessoas com transtornos mentais;

3. 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;

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

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência 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 crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes

do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool 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.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial 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 crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo 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.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;

e) contratualização dos Pontos de Atenção;

f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua -Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua  Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório  1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs.2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				

II. Atensão Psicossocial Especializada	Centro de Atensão Psicossocial			
	CAPS I			Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II			Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III			Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD			Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII			Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i			Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atensão de Urgência e Emergência	UPA / SAMU			Conforme orientações da Portaria da Rede de Atensão às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atensão Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO			1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL			Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.  Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso

					de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				Portaria nº 1.101/02
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC				A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				

(\*) Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

(\*) Republicada por ter saído, no DOU nº 251, de 30-12-2011, Seção 1, págs. 50/60, com incorreção no original.

(\*) Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

## ANEXO E

### **PORTARIA/GM Nº 336 - DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002** **Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.**

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;  
Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;  
Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;  
Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

**Art.1º** Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

**§ 1º** As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

**§ 2º** Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

**Art. 2º** Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

**Art. 3º** Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

**Parágrafo único.** Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

**Art. 4º** Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

**4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:**

**a -** responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

**b -** possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

**c -** coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

**d -** supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

**e -** realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24

de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;  
**f** - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

**4.1.1** - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- a** - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b** - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c** - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d** - visitas domiciliares;
- e** - atendimento à família;
- f** - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g** - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

**4.1.2** - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a** - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
- b** - 01 (um) enfermeiro;
- c** - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d** - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

**4.2** - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a** - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b** - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c** - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d** - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e** - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f** - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

**4.2.1** - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a** - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b** - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c** - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d** - visitas domiciliares;
- e** - atendimento à família;

**f** - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

**g** - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

#### **4.2.2 - Recursos Humanos:**

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

**a** - 01 (um) médico psiquiatra;

**b** - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

**c** - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

**d** - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

**4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:**

**a** - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

**b** - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

**c** - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

**d** - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

**e** - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

**f** - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

**g** - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

**4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:**

**a** - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

**b** - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

**c** - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

**d** - visitas e atendimentos domiciliares;

**e** - atendimento à família;

**f** - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

**g** - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

**h** - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

**i** - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

#### **4.3.2 - Recursos Humanos:**

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

**a** - 02 (dois) médicos psiquiatras;

**b** - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

**c** - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

**d** - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

**4.3.2.1** - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

**a** - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

**b** - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

**4.3.2.2** - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

**a** - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

**b** - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

**c** - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

**4.4** – CAPS I e II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

**a** - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

**b** - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

**c** - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

**d** - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

**e** - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

**f** - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

**g** - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

**4.4.1** - A assistência prestada ao paciente no CAPS I e II inclui as seguintes atividades:

**a** - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

**b** - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

**c** - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

**d** - visitas e atendimentos domiciliares;

**e** - atendimento à família;

- f** - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g** - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h** - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

#### **4.4.2 - Recursos Humanos:**

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a** - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b** - 01 (um) enfermeiro.
- c** - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d** - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

**4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:**

- a** - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b** - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c** - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d** - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e** - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f** - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g** - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
- h** - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

**4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:**

- a** - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b** - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c** - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d** - visitas e atendimentos domiciliares;
- e** - atendimento à família;
- f** - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g** - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
- h** - atendimento de desintoxicação.

**4.5.2 - Recursos Humanos:**

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

**a** - 01 (um) médico psiquiatra;

**b** - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

**c** - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

**d** - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

**e** - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

**Art.5º** Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

**Parágrafo único.** Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

**Art. 6º** Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

**Art.7º** Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

**Art.8º** Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5o, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

**Art.9o** Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

**Art.10** Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

**ASS. JOSÉ SERRA**