

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Secretaria de Atenção à Saúde

Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004

5ª edição ampliada

Série E. Legislação de Saúde



Brasília – DF
2004

© 2000 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série E. Legislação de Saúde

Tiragem: 5ª edição ampliada – 2004 – 8.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Centro Cultural da Saúde/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

Praça Marechal Âncora, s/nº

CEP: 20021-200, Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 2240 5568

Telefax: (21) 2240 2813

E-mail: ccs@ccs.saude.gov.br

Área Técnica de Saúde Mental/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 6º andar, sala 606

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2313 315 2655

Fax: (61) 315 2313

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Organização: Jussara Valladares, Márcia Rollemberg, Karime da Fonseca Pôrto

Colaboração:

Instituto Franco Basaglia

Av. Venceslau Brás, nº 65, Botafogo

CEP: 22290-140, Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 2295 1857

E-mail: ifb@ifb.org.br

Ilustrações usadas na capa: Fernando Diniz (Acervo Museu de Imagens do Inconsciente/Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil* Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.

Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

340 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

ISBN 85-334-0802-1

I. Saúde mental – Legislação – Brasil. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva.

II. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WM 32

Catálogo na fonte - Editora MS

Títulos para indexação:

Em inglês: Mental Health Legislation – 1990-2004

Em espanhol: Legislación en Salud Mental – 1990-2004

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tel.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Preparação do original: Rogério Pacheco

Revisão: Denise Carnib, Mara Pamplona,

Rogério Pacheco, Mônica Quiroga

Normalização: Leninha Silvério

Capa, projeto gráfico e diagramação: Fabiano Bastos

ISBN 85-334-0802-1



9 788533 408029

SUMÁRIO

Apresentação	7
Introdução	9
Declaração de Caracas	11
Legislação Federal	
Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999	15
Comentário	16
Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001	17
Comentário	20
Decreto de 28 de maio de 2003	21
Comentário	22
Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003	23
Comentário	25
Legislação Estadual	
Comentário geral	27
CEARÁ	
Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993	28
DISTRITO FEDERAL	
Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995	31
ESPÍRITO SANTO	
Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996	34
MINAS GERAIS	
Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995	37
Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997	44
Decreto nº 42.910, de 26 de setembro de 2002	48
PARANÁ	
Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995	53

PERNAMBUCO	
Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994	57
RIO GRANDE DO NORTE	
Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995	61
RIO GRANDE DO SUL	
Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992	63

Portarias do Ministério da Saúde

Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002 (republicada)	67
Comentário	92
GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE	
Portaria GM nº 1.720, de 4 de outubro de 1994	93
Comentário	94
Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999	95
Comentário	99
Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000	100
Comentário	104
Portaria GM nº 799, de 19 de julho de 2000	105
Comentário	108
Portaria GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000	109
Comentário	116
Portaria GM nº 175, de 7 de fevereiro de 2001	117
Comentário	117
Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002	118
Comentário	124
Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002	125
Comentário	136
Portaria GM nº 626, de 1º de abril de 2002	137
Comentário	140
Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002	141
Comentário	150
Portaria GM nº 817, de 30 de abril de 2002	151
Comentário	155
Portaria GM nº 1.467, de 14 de agosto de 2002	156
Comentário	157

Portaria GM nº 1.635, de 12 de setembro de 2002	158
Comentário	165
Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002	166
Comentário	176
Portaria GM nº 457, de 16 de abril de 2003	177
Comentário	179
Portaria GM nº 1.455, de 30 de julho de 2003	180
Comentário	202
Portaria GM nº 1.946, de 10 de outubro de 2003	203
Comentário	205
Portaria GM nº 1.947, de 10 de outubro de 2003	206
Comentário	210
Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003	211
Comentário	224
Portaria GM nº 2.078, de 31 de outubro de 2003	225
Comentário	226
Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004	227
Comentário	233
Portaria GM nº 53, de 20 de janeiro de 2004	234
Comentário	236
Portaria de Cadastramento de CAPS	236
SECRETARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	
Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991	237
Comentário	242
Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992	243
Comentário	252
Portaria SAS nº 407, de 30 de junho de 1992 (republicada)	253
Comentário	255
Portaria SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992 (republicada)	256
Comentário	258
Portaria SAS nº 88, de 21 de julho de 1993	259
Comentário	262
Portaria SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994 (republicada)	263
Comentário	266
Portaria SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994	267
Comentário	268

Portaria SAS nº 111, de 3 de abril de 2001	269
Comentário	270
Portaria SAS nº 77, de 1º de fevereiro de 2002 (republicada)	271
Comentário	272
Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002 (republicada)	273
Comentário	290
Portaria SAS nº 305, de 3 de maio de 2002	291
Comentário	297
Portaria SAS nº 728, de 10 de outubro de 2002	298
Comentário	300
Portaria SAS nº 1.001, de 20 de dezembro de 2002	301
Comentário	310
Portaria SAS nº 150, de 18 de junho de 2003 (republicada)	311
Comentário	315
Portarias de Cadastramento de CAPS	316

Resoluções e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde

Resolução nº 93, de 2 de dezembro de 1993	319
Comentário	320
Resolução nº 298, de 2 de dezembro de 1999	321
Comentário	322
Recomendação nº 008, de 8 de maio de 2003	323
Comentário	324

Deliberações de Intergestores Bipartite

Deliberação CIB/RJ nº 54, de 14 de março de 2000	325
Comentário	326
Deliberação CIB/MG nº 68, de 4 de outubro de 2001	328
Comentário	331

Posfácio	333
--------------------	-----

APRESENTAÇÃO

A Política de Saúde Mental, em seu escorço teórico, no decorrer da última década, passou por importantes e significativas transformações, evoluindo em definitivo de um modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária.

É dever de honestidade conceitual e política reconhecer que esse consenso político ainda não se encontra plenamente refletido no conjunto da atenção em saúde mental do SUS, que permanece dispendendo parcela significativa de seus recursos com a área hospitalar.

Mas, o rumo da Política de Saúde Mental, refletido aqui no conjunto de normas legais reguladoras, é inequívoco, e aponta para a contínua expansão e consolidação desta rede de atenção extra-hospitalar.

Desde sua primeira edição, em 2001, quando já se descortinava um cenário positivo decorrente da aprovação pelo Parlamento brasileiro da Lei nº 10.216, o Ministério da Saúde consolidou uma política de expansão continuada da rede de CAPS, em todo o território nacional, assegurando um mecanismo diferenciado de financiamento para esta rede.

Igualmente, deu-se início à formulação de uma política integrada de atenção ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas pelo SUS.

Em 2003, nosso governo elegeu a Saúde Mental como uma das prioridades da área social, ocorrendo o lançamento pelo Presidente da República do Programa De Volta Para Casa, que possibilitará o resgate da cidadania para um conjunto de pessoas que foram privadas, no correr de sua existência, do acesso a formas mais contemporâneas de atenção e cuidados em saúde mental.

Assim, é com imensa satisfação que apresentamos esta nova edição, revista e atualizada, da legislação em saúde mental do SUS.

Humberto Costa
Ministro da Saúde

INTRODUÇÃO

Desde o início de suas atividades, em junho de 2000, o Centro Cultural da Saúde (CCS), unidade da Coordenação-Geral de Documentação e Informação da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde, vem empreendendo ações para referenciar o valioso acervo da área de Saúde Mental, importante fonte de dados e informações para pesquisadores, professores, estudantes, público e profissionais da área de Saúde em geral.

No trabalho de pesquisa desenvolvido pelos técnicos do CCS, indispensável para colocar o acervo legislativo de Saúde Mental à disposição do público, verificou-se a dificuldade de acesso às normas brasileiras vigentes sobre assistência psiquiátrica. No intuito de atender a essa demanda, o Centro Cultural da Saúde, em parceria com o Instituto Franco Basaglia e a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, organizou a presente coletânea de atos normativos referentes à reestruturação da assistência em Saúde Mental no Brasil.

A contribuição desta publicação é reunir o conjunto de atos legais que norteiam esse processo, do período de 1990 a 2004, tornando-o acessível a todos os segmentos sociais e gestores da saúde envolvidos com o tema, buscando contribuir para a efetiva implementação dessas medidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Leis são de competência do Poder Legislativo, sancionadas pelo respectivo Poder Executivo. Decretos são atos administrativos da competência exclusiva do chefe do Executivo, para atender situações previstas em leis. Portarias são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades editam instruções sobre a organização e funcionamento de serviços. Resoluções e deliberações são diretrizes ou regulamentos emanados de órgãos colegiados, tais como os Conselhos de Saúde.

Esta publicação coloca à disposição do público a Lei Federal sobre a Reforma Psiquiátrica, a Lei Federal sobre as Cooperativas Sociais, leis

estaduais, portarias do MS, resoluções e deliberações acompanhadas de um breve comentário elucidativo, acrescentando-se, pela sua relevância, a Declaração de Caracas (1990), marco dos processos de reforma da assistência em Saúde Mental nas Américas.

DECLARAÇÃO DE CARACAS

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

Verificando,

1 Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;

2 Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:

- a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
- b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
- c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
- d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Considerando,

1 Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;

2 Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;

3 Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

Declararam

1 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3 Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

- a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
- b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
- c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4 Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

- a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
- b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5 Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6 Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que

Solicitam

Aos ministérios da Saúde e da Justiça, aos Paramentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

Aprovada por aclamação pela Conferência, em sua última sessão de trabalho no dia 14 de novembro de 1990.

LEGISLAÇÃO FEDERAL

Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999

Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme específica.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades:

- I – a organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos;
- II – o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços.

Art. 2º Na denominação e razão social das entidades a que se refere o artigo anterior, é obrigatório o uso da expressão "Cooperativa Social", aplicando-se lhes todas as normas relativas ao setor em que operarem, desde que compatíveis com os objetivos desta Lei.

Art. 3º Consideram-se pessoas em desvantagens, para os efeitos desta lei:

- I – os deficientes físicos e sensoriais;
- II – os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;
- III – os dependentes químicos;
- IV – os egressos de prisões;
- V – VETADO
- VI – os condenados a penas alternativas à detenção;

VII – os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

§ 1º VETADO

§ 2º As Cooperativas Sociais organizarão seu trabalho, especialmente no que diz respeito às instalações, horários e jornadas, de maneira a levar em conta e minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagens que nelas trabalharem, e desenvolverão e executarão programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social.

§ 3º A condição de pessoa em desvantagem deve ser atestada por documentação proveniente de órgãos da administração pública, ressaltando-se o direito à privacidade.

Art. 4º O estatuto da Cooperativa Social poderá prever uma ou mais categorias de sócios voluntários, que lhe prestem serviços gratuitamente, e não estejam incluídos na definição de pessoas em desvantagem.

Art. 5º VETADO

Parágrafo único. VETADO

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

Brasília, 10 de novembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Carlos Dias

Francisco Dornelles

Waldeck Ornêlas

Comentário

Esta lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas “empresas sociais” da experiência de reforma psiquiátrica italiana. O projeto original é de iniciativa do deputado Paulo Delgado (PT-MG).

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos porta-

dores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10 Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11 Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12 O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Comentário

Esse texto, aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil.

Tem como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e versão final modificada do substitutivo do senador Sebastião Rocha. Inclui proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original (dos senadores Beni Veras e Lúcio Alcântara) ou contrários a ele (do senador Lucídio Portella).

A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária.

Decreto de 28 de maio de 2003

Institui Grupo de Trabalho Interministerial para os fins que especifica e dá outras providências.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição, e

Considerando a necessidade da construção de um plano de atenção integral ao usuário de álcool, tomando como base os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, a desinstitucionalização, a ampliação da rede de cuidados e do acesso a ela, garantindo alternativas assistenciais ambulatoriais, semi-intensivas e de âmbito comunitário;

Considerando a necessidade de elaboração de propostas legislativas com vistas à restrição de propaganda de bebidas alcoólicas em todos os meios de comunicação, assim como de educação sanitária referente aos malefícios do álcool, em especial aos jovens, com vistas à redução da iniciação do hábito de consumo de bebidas alcoólicas;

Considerando a necessidade de se rever toda a legislação que envolve o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional, propondo alternativas para harmonização e aperfeiçoamento da citada legislação;

Decreta:

Art. 1º Fica instituído Grupo de Trabalho Interministerial para, no prazo de noventa dias contados a partir de sua instalação, avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional.

Art. 2º O Grupo será integrado por um representante de cada um dos seguintes órgãos:

- I – Ministério da Saúde, que o coordenará;
- II – Ministério da Justiça;
- III – Ministério das Cidades;
- IV – Ministério da Educação;

- V – Ministério da Assistência Social;
- VI – Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;
- VII – Ministério do Meio Ambiente;
- VIII – Ministério da Fazenda;
- IX – Secretaria Especial de Direitos Humanos, da Presidência da República;
- X – Secretaria Nacional Antidrogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República;
- XI – Advocacia-Geral da União.

§ 1º Os membros e respectivos suplentes serão indicados pelos titulares dos órgãos representados e designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º A participação no Grupo não ensejará remuneração e será considerada serviço público relevante.

§ 3º O Coordenador do Grupo poderá convidar representantes de outros órgãos ou entidades para colaborar com os trabalhos do colegiado.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de maio de 2003; 182ª da Independência e 115ª da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima

Comentário

Institui Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do governo federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional. Esse grupo tem caráter provisório e será destituído tão logo cumpra suas funções.

Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I – o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II – a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III – haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV – seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I – quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II – quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

Art. 6º Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica “incentivo-bônus”, ação 0591 do Programa Saúde Mental nº 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume

de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7º O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

Ricardo José Ribeiro Berzoini

Este texto não substitui o publicado no DOU de 1º/8/2003

Comentário

Lei do Programa De Volta Para Casa. Estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

LEGISLAÇÃO ESTADUAL

Comentário Geral

Desde 1992, existem nove leis estaduais em vigor, inspiradas no Projeto de Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado. Em todas, está prevista a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços. Há incentivo para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Quando sancionadas, as leis são assinadas pelo governador do estado, informando-se a seguir o nome do autor do projeto original.

CEARÁ

Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993

Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.

O Governador do Estado do Ceará,

Faço saber que a Assembléia Legislativa decretou e/ou sancionou a seguinte Lei:

Art. 1º Fica proibido no território do Estado do Ceará, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais.

§ 1º No prazo de cinco anos, contados da publicação desta lei, os hospitais psiquiátricos existentes deverão adaptar-se ao disposto na presente Lei.

§ 2º O Conselho Estadual de Saúde, quando da adaptação dos hospitais existentes, observará, sempre que possível, critérios de atendimento a que os hospitais psiquiátricos se destinavam.

Art. 2º A Secretaria Estadual de Saúde, as comissões interinstitucionais, o Conselho Estadual, as comissões municipais, locais e as secretarias municipais de saúde estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos de atendimento, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção, centros de convivência, lares, pensões protegidas, entre outros, bem como estabelecerão, conjuntamente, critérios para viabilizar o disposto no § 1º do artigo anterior, fixando a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos.

§ 1º O Conselho Estadual de Saúde constituirá uma Comissão Estadual de Reforma em Saúde Mental, no qual estarão representados os trabalhadores em saúde mental, familiares, poder público, Ordem dos

Advogados do Brasil e Comunidades Científicas, sendo da sua competência o acompanhamento da elaboração dos planos regionais e/ou locais da atenção à saúde mental; fiscalizar sua implantação bem como aprová-los ao seu tempo.

§ 2º É competência das secretarias estadual e municipais, a coordenação do processo de substituição de leitos psiquiátricos, bem como a fixação, ouvidas as entidades a que se refere o *caput* deste artigo, dos prazos e condições para a total extinção dos hospitais psiquiátricos no estado.

§ 3º Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) estabelecerão critérios objetivos para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios previstos nesta Lei, bem como fixará a base demográfica mínima para a atenção integral, em postos de saúde, na área de saúde mental.

§ 4º A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um vigésimo (1/20) do total de leitos existentes no estado, ao ano.

Art. 3º Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se ao desamparo dependendo do Estado para a sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art. 4º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

§ 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2º O Ministério Público procederá vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos para atendimentos psiquiátricos, para fim de verificação do correto cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 5º Todas as internações de caráter psiquiátrico, compulsória ou não, deverão ser confirmadas, no máximo em quarenta e oito horas da

internação respectiva, por laudo da junta interdisciplinar, composta por membros da comunidade, trabalhadores em saúde mental, e por representantes do Poder Público local.

Art. 6º Compete às secretarias municipais de saúde e aos Conselhos Municipais de Saúde a fiscalização sobre a aplicação das medidas necessárias à efetivação do disposto nesta Lei, bem como a correta observância do previsto no artigo anterior, sem prejuízo da competência reservada à Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 7º No prazo máximo de um ano, os órgãos competentes deverão apresentar à Assembléia Legislativa do estado os planos e os critérios objetivos que viabilizem, ao final do prazo previsto no § 1º do art. 1º, a total extinção dos hospitais psiquiátricos no território estadual, e a absorção da política determinada por este diploma, pelos hospitais gerais públicos e privados.

Art. 8º A Secretaria Estadual de Saúde poderá, para garantir a execução dos fins desta Lei, cassar licenciamento, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários para sua regulamentação.

Art. 9º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio do Governo do Estado do Ceará, em Fortaleza, aos 29 de julho de 1993.

Ciro Ferreira Gomes
Governador do Estado

Ana Maria Cavalcante e Silva
Secretária de Saúde do Estado

Mário Mamede
Deputado

DISTRITO FEDERAL

Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995

Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências.

O Governador do Distrito Federal

Faço saber que a Câmara Legislativa do Distrito Federal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão, enfatizando-se:

- I – tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;
- II – proteção contra qualquer forma de exploração;
- III – espaço próprio, necessário a sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis a sua recuperação;
- IV – integração a sociedade, através de projetos com a comunidade;
- V – acesso às informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamentos prescritos.

Parágrafo único. Poderá zelar pelo efetivo exercício dos direitos de que trata este artigo, nos casos de impossibilidade temporária do próprio usuário, pessoa legalmente constituída e/ou órgão competente.

Art. 2º Em caso de internação psiquiátrica involuntária, o médico e/ou a instituição fará a competente comunicação ao representante legal e à Defensoria Pública para adoção das medidas legais cabíveis.

§ 1º Entende-se por internação psiquiátrica involuntária aquela realizada sem o consentimento expresso do usuário.

§ 2º A comunicação disposta no *caput* do artigo deverá ser efetuada no prazo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da internação.

Art. 3º A assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante o redirecionamento de recursos, para concomitante desenvolvimento de outras modalidades médico-assistenciais, garantindo-se os princípios de integridade, descentralização e participação comunitária.

§1º Para efeito do disposto neste artigo, são consideradas modalidades médico-assistenciais, entre outras:

- I – atendimento ambulatorial;
- II – emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral;
- III – leitos psiquiátricos em hospital geral;
- IV – hospital-dia;
- V – hospital-noite;
- VI – núcleos e centros de atenção psicossocial;
- VII – centro de convivência;
- VIII – atelier terapêutico;
- IX – oficina protegida;
- X – pensão protegida;
- XI – lares abrigados.

§ 2º Os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar da publicação desta Lei.

Art. 4º Ficam proibidas, no Distrito Federal, a concessão de autorização para a construção ou funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializados e a ampliação da contratação de leitos hospitalares nos já existentes, por parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 5º A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais só se realizarão mediante prévio e expresso consentimento do usuário ou de pessoa legalmente instituída, após pronunciamento de junta médica solicitada ao Conselho Regional de Medicina atestando ser o que melhor atende às necessidades de saúde do próprio.

Art. 6º Para melhor cumprimento da ressocialização que se pretende, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal poderá firmar convênios

ou acordos com cooperativas de trabalho, associações de usuários, redes sociais de suporte e utilizar outros recursos comunitários.

Art. 7º A Secretaria de Saúde do Distrito Federal apresentará ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da publicação desta Lei, o Plano de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal e o Cronograma de Implantação, com a observância desta Lei.

Art. 8º O Governo do Distrito Federal promoverá campanhas de divulgação periódicas para esclarecimento dos pressupostos da reforma psiquiátrica de que trata esta Lei, nos meios de comunicação.

Art. 9º Todos os estabelecimentos de saúde deverão propiciar aos usuários pleno conhecimento do objeto desta Lei, bem como do Plano de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal previsto no art. 7º.

Art. 10 O Conselho de Saúde do Distrito Federal fica incumbido da fiscalização e acompanhamento do cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 11 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 12 Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 13 de dezembro de 1995. Publicada no DODE.

Cristovam Buarque
Governador do Distrito Federal

ESPÍRITO SANTO

Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996

Dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências.

O Governador do Estado do Espírito Santo,

Faço saber que a Assembléia Legislativa decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º São direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais:

- I – no ato da internação, serem informadas sobre seus direitos;
- II – VETADO
- III – VETADO
- IV – receberem visitas em particular;
- V – receberem e enviarem correspondências, resguardando o sigilo;
- VI – portarem ou receberem objetos essenciais à vida diária;
- VII – praticarem sua religião ou crença;
- VIII – comunicarem-se com as pessoas que desejarem;
- IX – terem acesso aos meios de comunicações disponíveis no local;
- X – terem acesso a seu prontuário e demais documentos a elas referentes.

Art. 2º Os casos de internação psiquiátrica compulsória deverão ser, obrigatoriamente, comunicados ao Ministério Público, à Comissão de Ética Médica da Instituição e ao Conselho Regional de Medicina, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

§ 1º Entenda-se como internação compulsória aquela realizada sem o expresse desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde.

§ 2º O membro do Ministério Público deverá visitar o paciente e ouvi-lo, assim como a seus familiares, médicos e equipe técnica, a fim de conferir a necessidade da internação.

§ 3º A internação considerada legal pelo membro do Ministério Público terá o prazo de validade de 20 (vinte) dias, após o qual deverá ser reavaliada, a partir de um relatório médico que justifique a permanência e indique o programa terapêutico a ser adotado, que deverá ser encaminhado ao Ministério Público.

Art. 3º O Poder Público adotará medidas para a implementação de serviços intermediários que garantam a extinção gradual de leitos manicomiais, transferindo a cada ano, e de forma progressiva, os recursos da modalidade de internação integral para a rede de serviços.

Art. 4º Será dada prioridade de recursos orçamentários, materiais e humanos, para o tratamento do paciente em:

- I – ambulatorios;
- II – centro de convivência;
- III – centros de atendimento psicossocial;
- IV – oficinas protegidas;
- V – lares protegidos;
- VI – hospital-dia;
- VII – hospital-noite;
- VIII – unidades psiquiátricas em hospital geral;
- IX – serviços de internação parcial;
- X – programas de saúde mental nos diversos serviços de saúde.

Art. 5º O Conselho Estadual de Saúde, de acordo com suas atribuições, fiscalizará o curso e o ritmo da mudança do modelo assistencial psiquiátrico, bem como as demais medidas propostas pela lei, analisando anualmente seus resultados e metas atingidas.

Art. 6º O Poder Executivo promoverá ampla campanha de divulgação desta lei.

Art. 7º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 6 (seis) meses.

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

Art. 9º Revogam-se as disposições em contrário.

Ordeno, portanto, a todas às autoridades que a cumpram e a façam cumprir como nela se contém.

O Secretário de Estado de Justiça e Cidadania faça publicá-la, imprimir e correr.

Palácio Anchieta, em Vitória, 10 de setembro de 1996.

Vitor Buaiz
Governador do Estado

Perly Cipriano
Secretário de Estado da Justiça e da Cidadania

Nélio Almeida Santos
Secretário de Estado da Saúde

Publicada no Diário Oficial de 13/9/96. A autoria do Dep. Estadual Lelo Coimbra (Projeto de Lei nº 285/95), vetado parcialmente através da mensagem nº 237/96.

MINAS GERAIS

Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995

Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.

O povo do Estado de Minas Gerais, por seus representantes, decretou e eu, em seu nome, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Toda pessoa portadora de sofrimento mental terá direito a tratamento constante de procedimentos terapêuticos, com o objetivo de manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e a dignidade, a vida familiar, comunitária e profissional.

Art. 2º Os poderes públicos estadual e municipais, de acordo com os princípios constitucionais que regem os direitos individuais, coletivos e sociais, garantirão e implementarão a prevenção, a reabilitação e a inserção social plena de pessoas portadoras de sofrimento mental, sem discriminação de qualquer tipo que impeça ou dificulte o usufruto desses direitos.

Art. 3º Os poderes públicos estadual e municipais, em seus níveis de atribuição, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos, os quais garantam a manutenção de pessoa portadora de sofrimento mental no tratamento e sua inserção na família, no trabalho e na comunidade, tais como:

- I – ambulatorios;
- II – serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e centros de referência;
- III – leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais;
- IV – serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite;

- V – centros de referência em saúde mental;
- VI – centros de conveniência;
- VII – lares e pensões protegidas.

Parágrafo único. Para os fins desta Lei, entende-se como centro de referência em saúde mental a unidade regional de funcionamento permanente de atendimento ao paciente em crise.

Art. 4º O uso de medicação nos tratamentos psiquiátricos em estabelecimentos de saúde mental deverá responder às necessidades fundamentais de saúde da pessoa portadora de sofrimento mental e terá exclusivamente fins terapêuticos, devendo ser revisto periodicamente.

Parágrafo único. São proibidas práticas terapêuticas psiquiátricas biológicas, salvo nas seguintes condições associadas:

- I – indicação absoluta quando não existirem procedimentos de maior ou igual eficácia;
- II – utilização, esgotadas as demais possibilidades terapêuticas, em ambiente hospitalar especializado;
- III – risco de vida iminente decorrente do sofrimento mental;
- IV – consentimento do paciente, caso o quadro clínico o permita, e de seus familiares, após o conhecimento do prognóstico e dos possíveis efeitos colaterais decorrentes da administração da terapêutica;
- V – manifestação por escrito e com assinatura dos membros da equipe de saúde mental do estabelecimento onde será ministrada a terapêutica;
- VI – exame e consentimento, por escrito, de equipe de médicos, sendo 1 (um) do estabelecimento, 1 (um) indicado pela autoridade sanitária estadual e 1 (um) indicado pela autoridade sanitária municipal.

Art. 5º Fica vedado o uso de celas-fortes, camisas-de-força e outros procedimentos violentos e desumanos em qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado.

Art. 6º Ficam proibidas as psicocirurgias, assim como quaisquer procedimento que produzam efeitos orgânicos irreversíveis, a título de tratamento de enfermidade mental.

Art. 7º Será permitida a construção de unidade psiquiátrica em hospital geral, de acordo com a demanda local e regional.

Parágrafo único. O projeto de construção de unidade psiquiátrica deverá ser avaliado e autorizado pelas secretarias, administrações e Conselhos Municipais de Saúde, seguido de parecer final da Secretaria de Estado da Saúde e do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 8º As unidades psiquiátricas de que trata o artigo anterior terão pessoal e estrutura física adequados ao tratamento de portadores de sofrimento mental e utilizarão as áreas e os equipamentos de serviços básicos do hospital geral.

Parágrafo único. As instalações referidas no *caput* deste artigo não poderão ultrapassar 10% (dez por cento) da capacidade instalada do hospital geral, até o limite de 30 (trinta) leitos por unidade operacional.

Art. 9º A internação psiquiátrica será utilizada como último recurso terapêutico, esgotadas todas as outras formas e possibilidades terapêuticas prévias, e deverá objetivar a mais breve recuperação, em prazo suficiente para determinar a imediata reintegração social da pessoa portadora de sofrimento mental.

§ 1º A internação psiquiátrica, nos termos deste artigo, deverá ter encaminhamento exclusivo dos serviços de emergências psiquiátricas dos prontos-socorros gerais e dos centro de referência de saúde mental e ocorrer, preferencialmente, em enfermarias de saúde mental em hospitais gerais.

§ 2º A internação de pessoas com diagnóstico principal de síndrome de dependência alcoólica dar-se-á em leito de clínica médica em hospitais e prontos-socorros gerais.

Art. 10 A internação psiquiátrica exigirá laudo de médico especializado pertencente ao quadro de funcionários dos estabelecimentos citados no § 1º do artigo 9º.

Parágrafo único. O laudo mencionado neste artigo deverá conter:

- I – descrição minuciosa das condições do paciente que ensejem a sua internação;
- II – consentimento expresso do paciente ou de sua família;
- III – as previsões de tempo mínimo e máximo de duração da internação.

Art. 11 A internação psiquiátrica de menores de idade e aquela que não obtiver o consentimento expresso do internado será caracterizada pelo médico autor do laudo como internação involuntária.

Art. 12 O laudo referido nos artigos 10 e 11 será remetido pelo estabelecimento que realizar a internação ao representante local da autoridade sanitária e do Ministério Público no prazo de 24 (vinte e quatro) horas a contar da internação.

Art. 13 Em qualquer caso, a autoridade sanitária local e o Ministério Público poderão requisitar complementos a informações do autor do laudo e da direção do estabelecimento, ouvir o internado, seus familiares e quem mais julgarem conveniente, incluídos outros especialistas autorizados a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito.

§ 1º A autoridade sanitária local ou, supletivamente, a regional criará junta técnica revisional de caráter multidisciplinar, que procederá à confirmação ou à suspensão da internação psiquiátrica involuntária, num prazo de até 72 (setenta e duas) horas após sua comunicação obrigatória pelo estabelecimento de saúde mental.

§ 2º A junta técnica revisional mencionada no parágrafo anterior efetuará, a partir do 15º (décimo quinto) dia de internação, a revisão técnica de cada internação psiquiátrica, emitindo, em 24 (vinte e quatro) horas, laudo de confirmação ou suspensão ao regime de tratamento adotado, remetendo cópia ao Ministério Público no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 14 No prazo de 30 (trinta) dias a contar da regulamentação desta lei, os hospitais gerais e psiquiátricos que mantiverem pessoas internadas desde a data anterior à sua vigência encaminharão à Secretaria de Estado de Saúde a relação dos pacientes, juntamente com cópia de toda a documentação de cada um, informando se a internação foi voluntária ou involuntária.

Art. 15 VETADO

Art. 16 Ficam vetadas a criação de espaço físico e o funcionamento de serviços especializados em qualquer estabelecimento educacional, público ou privado que sejam destinados a pessoas portadoras de sofrimento mental e que impliquem segregação.

Parágrafo único. Deve-se garantir prioritariamente o acesso das pessoas portadoras de sofrimento mental à educação em classes comuns, em qualquer faixa etária, com assistência e o apoio integrados dos serviços de saúde e de educação.

Art. 17 Os hospitais psiquiátricos e similares, no prazo de 5 (cinco) anos contados da publicação desta lei, serão reavaliados para se aferir sua adequação ao modelo de assistência instituído por esta Lei, como requisito para a renovação do alvará de funcionamento, sem prejuízo de vistorias e outros procedimentos legais de rotina.

Art. 18 Os conselhos estadual e municipal de saúde, bem como as instâncias de fiscalização, controle e execução dos serviços públicos de saúde deverão atuar solidariamente pela reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento mental internadas em estabelecimentos ou deles desinternadas, tornando as providências cabíveis nas hipóteses de abandono, isolamento ou marginalização.

Art. 19 Aos pacientes que perderam o vínculo com o grupo familiar e se encontram em situação de desamparo social, o poder público providenciará a atenção integral de suas necessidades, visando, por meio de políticas sociais intersetoriais, a sua integração social.

§ 1º As políticas sociais intersetoriais a serem adotadas deverão propiciar a desinstitucionalização de todos os pacientes referidos no *caput* deste artigo no prazo do 3 (três) anos após publicação desta Lei, por meio, especialmente de:

I – criação de lares abrigados ou similares, fora dos limites físicos do hospital psiquiátrico;

II – reinserção na família de origem pelo restabelecimento dos vínculos familiares;

III – adoção por familiares que demonstrem interesse e tenham condições econômicas e afetivas de se tornarem famílias substitutas.

§ 2º As políticas sociais intersetoriais adotadas deverão criar condições para a autonomia social e econômica dos pacientes referidos no *caput* deste artigo, por meio, especialmente de:

I – regularização da sua situação previdenciária, assessorando-os na administração do seus bens;

II – VETADO

III – facilitação de sua inserção no processo produtivo formal ou cooperativo, proibindo-se qualquer forma de discriminação ou desvalorização do trabalho;

IV – inserção no processo educacional do sistema de ensino;

V – atenção integral à saúde.

Art. 20 Compete às instâncias de fiscalização, controle e avaliação dos serviços públicos de saúde proceder à vistoria, no mínimo anual, dos estabelecimentos de saúde mental, tomando as providências cabíveis nos casos de irregularidades apuradas.

Art. 21 Os conselhos estadual e municipais de saúde constituirão comissões de reforma psiquiátrica no âmbito das secretarias estadual e municipais de saúde, com vistas ao acompanhamento das medidas de implantação do modelo de atenção à saúde mental previsto nesta Lei, bem como do processo de desativação gradual dos atuais hospitais psiquiátricos existentes no Estado.

Parágrafo único. As comissões de reforma psiquiátrica serão compostas por representantes dos trabalhadores da área de Saúde Mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares dos pacientes, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil – Seção Minas Gerais – e da comunidade científica.

Art. 22 Os poderes públicos estadual e municipais, em sua esfera de atuação, disporão de 1 (um) ano contado a partir da publicação desta lei, para passar a executar o planejamento e o cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento apresentados pelas comissões de reforma psiquiátrica e aprovados pelos respectivos conselhos de saúde.

Art. 23 A implantação do modelo alternativo de atenção à saúde mental de que trata esta Lei dar-se-á por meio da reorientação progressiva dos investimentos financeiros, orçamentários e programáticos utilizados para a manutenção da assistência psiquiátrica centrada em leitos psiquiátricos e instituições fechadas.

Art. 24 O poder público destinará verba orçamentária para campanhas de divulgação e de informação periódica de estabelecimento dos pressupostos da reforma psiquiátrica de que trata esta Lei, em todos os meios de comunicação.

Art. 25 Os serviços públicos de saúde deverão identificar e controlar as condições ambientais e organizacionais relacionadas com a ocorrência de sofrimento mental nos locais de trabalho, especialmente mediante ações referentes à vigilância sanitária e epidemiológica.

Art. 26 Todo estabelecimento de saúde deverá afixar esta Lei em lugar de destaque e visível aos usuários dos serviços.

Art. 27 O cumprimento desta Lei cabe a todos estabelecimentos públicos ou privados, bem como aos profissionais que exercem atividades autônomas que se caracterizam pelo tratamento de pessoas portadoras de sofrimento mental, ou àqueles que, de alguma forma, estejam ligados a sua prevenção e ao tratamento ou à reabilitação dessas pessoas.

Art. 28 O descumprimento desta Lei, consideradas a gravidade da infração e a natureza jurídica do infrator, sujeitará os profissionais e os estabelecimento de saúde às seguintes penalidades, sem prejuízo das demais sanções prevista na Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977:

- I – advertência;
- II – inquérito administrativo;
- III – suspensão do pagamento dos serviços prestados;
- IV – aplicação de multas no valor de 1 (um) a 100 (cem) salários mínimos;
- V – cassação de licença e do alvará de funcionamento.

Art. 29 O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 30 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 31 Revogam-se as disposições em contrário.

Dada no Palácio da Liberdade, em Belo Horizonte, aos 18 de janeiro de 1995.

Eduardo Azeredo
Governador do Estado

Amilcar Vianna Martins Filho
José Rafael Guerra Pinto Coelho
Anésio A. de Almeida D. e Silva

Antônio Carlos Pereira
Deputado

Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997

Altera a Lei nº 11.802, de 19 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências.

O Povo do Estado de Minas Gerais, por seus representantes, decretou e eu, em seu nome, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 3º da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, fica acrescido dos seguintes § 2º e 3º, passando o seu parágrafo único a § 1º;

"Art. 3º

§ 2º Ficam vedadas a instalação e a ampliação de unidade de tratamento psiquiátrico, pública ou privada, que não se enquadre na tipificação descrita neste artigo."

§ 3º Ficam vedadas novas contratações, pelo setor público, de leitos psiquiátricos em unidade de tratamento que não se enquadre na tipificação descrita neste artigo."

Art. 2º O art. 4º da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 4º A medicação para tratamento psiquiátrico em estabelecimento de saúde mental deverá observar:

- I – as necessidades do paciente, no que refere à sua saúde;
- II – a finalidade exclusivamente terapêutica ou diagnóstica da medicação;
- III – a eficácia reconhecida e demonstrada da medicação.

§ 1º A eletroconvulsoterapia será realizada exclusivamente em unidade de internação devidamente aparelhada, por profissional legalmente habilitado, observadas as seguintes condições:

- I – indicação absoluta do tratamento, esgotadas as demais possibilidades terapêuticas;
- II – consentimento informado do paciente ou, caso seu quadro clínico não o permita, autorização de sua família ou representante legal, após o conhecimento do prognóstico e dos possíveis efeitos colaterais decorrentes da administração do tratamento;

III – autorização do supervisor hospitalar e, na falta deste, da autoridade sanitária local, emitida com base em parecer escrito dos profissionais de nível superior envolvidos no tratamento do paciente.

§ 2º Inexistindo ou não sendo encontrada a família ou o representante legal de paciente clinicamente impossibilitado de dar seu consentimento informado, a autorização de que trata o inciso II do § 1º será substituída por autorização fundamentada do diretor clínico do estabelecimento, sem prejuízo dos demais requisitos estabelecidos neste artigo.”

Art. 3º O art. 5º da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, fica acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 5º.....

Parágrafo único. Os procedimentos de restrição física não vedadas neste artigo serão utilizados, obedecendo-se às seguintes condições:

I – constituírem o mais disponível meio de prevenir dano imediato ou iminente a si próprio ou a outrem;

II – restringirem-se ao período estritamente necessário;

III – serem registradas, no prontuário médico do paciente, as razões da restrição, sua natureza e extensão;

IV – realizarem-se em condições técnicas adequadas, sob cuidados e supervisão permanentes dos profissionais envolvidos no atendimento.”

Art. 4º Fica revogado o art. 6º da Lei nº 11.002, de 10 de janeiro de 1995.

Art. 5º O art. 9º da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, fica acrescido do seguinte:

§ 2º Transformando-se seu § 2º em § 3º e passando seu *caput* e § 1º a vigorar com a redação que segue.

Art. 9º A internação psiquiátrica será utilizada após a exclusão das demais possibilidades terapêuticas, e sua duração máxima corresponderá ao período necessário para que possa ser iniciado, em ambiente extra-hospitalar, o processo de reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental.

§ 1º A internação em leitos públicos ou conveniados com o poder público terá encaminhamento exclusivo dos centros de referência de saúde

de mental públicos ou dos serviços públicos de emergência psiquiátrica e ocorrerá, preferencialmente, em estabelecimento escolhido pelo paciente.

§ 2º Inexistindo serviço psiquiátrico na localidade onde foi atendido, o paciente será encaminhado pelo médico responsável pelo atendimento para o centro de referência de saúde mental ou para o serviço de urgência psiquiátrica mais próximo, a expensas do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 3º

Art. 6º O art. 10 da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, fica acrescido do seguinte § 2º, transformando-se seu parágrafo único em § 1º, e passando o inciso III deste dispositivo a vigorar com a redação que segue:

"Art. 10.....

§ 1º

III - previsão aproximada de duração da internação.

§ 2º Inexistindo ou não sendo encontrada a família ou o representante legal do paciente clínico impossibilitado de dar seu consentimento informado, a autorização de que trata o inciso II deste artigo obedecerá ao dispositivo no § 2º do art. 4º "

Art. 7º O art. 12 da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12 O laudo das internações de que trata o art. 11 será remetido, pelo estabelecimento onde forem realizadas, aos representantes locais da autoridade sanitária e do Ministério Público, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas a contar da data da internação."

Art. 8º O art. 13 da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, fica acrescido do seguinte § 3º, passando o seu § 1º a vigorar, com a redação que segue:

"Art. 13

§ 1º Junta técnica revisora, criada pela autoridade sanitária local ou, supletivamente, pela regional e composta por 1(um) psiquiatra, 1(um) clínico geral, 1(um) profissional de nível superior da área de Saúde Mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento em que o paciente esteja internado, procederá à confirmação ou à suspensão da internação

psiquiátrica involuntária no prazo de até 72 (setenta e duas) horas após a comunicação obrigatória da internação.

§ 2º

§ 3º Caso não haja, na localidade, psiquiatra nas condições referidas no § 1º deste artigo, integrará a junta técnica revisora, em seu lugar, um clínico geral."

Art. 9º O art. 26 da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 26 O estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento a portador de sofrimento mental afixará cópia desta lei em local de destaque visível aos usuários dos serviços."

Art. 10 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11 Revogam-se as disposições em contrário.

Dada no Palácio da Liberdade, em Belo Horizonte, ao 1º de dezembro de 1997.

Eduardo Azeredo
Governador do Estado

Decreto nº 42.910, de 26 de setembro de 2002

Contém o Regulamento da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências.

O Governador do Estado de Minas Gerais, no uso de atribuição que lhe confere o artigo 90, inciso VII da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto na Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, modificada pela Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997.

Decreta:

Art. 1º Este Regulamento dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental, determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos dos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes e regulamenta as internações, especialmente a involuntária.

Parágrafo único. As disposições deste Decreto aplicam-se aos estabelecimentos públicos e privados e aos profissionais que exerçam atividade autônoma que se caracterize pelo tratamento de pessoas portadoras de sofrimento mental, ou de alguma forma estejam ligados à sua prevenção ou ao tratamento ou à reabilitação dessas pessoas.

Art. 2º Para efeito do disposto no artigo 1º, consideram-se sofrimento mental as patologias e condições relacionadas no capítulo sobre transtornos mentais e de comportamento do Código Internacional de Doenças (CID), publicados pela Organização Mundial da Saúde.

Art. 3º São vedadas, nos termos dos §§ 2º e 3º do artigo 3º da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterados pela Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997, a instalação e ampliação de estabelecimentos, públicos ou privados, que abriguem, em regime fechado, portadores de sofrimento mental, bem como a contratação, pelo setor público, desses estabelecimentos, ressalvados os serviços que se enquadrem na tipificação descrita no artigo 3º da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995.

Art. 4º O consentimento informado de que trata o inciso II do § 1º do artigo 4º da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, com a redação

dada pela Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997, é aquele obtido livremente, sem ameaça ou coação, mediante informações inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao usuário, sendo imprescindível o esclarecimento sobre:

I – avaliação diagnóstica;

II – o propósito, método, duração estimada e benefício esperado do tratamento proposto;

III – as outras possibilidades de tratamento, inclusive aquelas menos invasivas que o tratamento proposto;

IV – possíveis dores ou desconfortos, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto;

V – as terapêuticas tentadas sem eficácia.

Art. 5º Internação psiquiátrica é aquela feita a pessoa portadora de sofrimento mental, como definido no artigo 2º deste Decreto realizada em estabelecimento psiquiátrico, estabelecimento similar, hospital geral, ou em outra instituição que se habilite a tratar ou acolher pessoa nessa condição.

§ 1º Toda internação psiquiátrica, em estabelecimentos públicos ou privados, exige a emissão de laudo de médico especializado, o qual deverá atender ao disposto nos §§ 1º e 2º do artigo 10 da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterado pelo artigo 6º da Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997.

§ 2º Os requisitos e critérios para a instalação organização e fiscalização dos Centros de Referência de Saúde Mental e dos Serviços de Emergência Psiquiátrica, bem como de sua indicação pelo SUS, serão normatizados pela SES/SUS/MG.

§ 3º Os procedimentos para internação em leitos públicos ou conveniados com o poder público serão estabelecidos por Resolução da Secretaria de Estado da Saúde e deverão observar o disposto no artigo 9º da Lei nº 11.802/95, alterado pelo artigo 5º da Lei nº 12.684/97.

§ 4º A internação de que trata o § 3º do artigo 9º da Lei nº 11.802/95, alterado pela Lei nº 12.684/97, dar-se-á em Centro de Atenção Psicossocial ad II (CAPS ad II), definido na Portaria Ministerial MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e em leito de clínica médica em hospitais e prontos-socorros gerais e será definida em função da patologia orgânica verificada quando da avaliação diagnóstica.

Art. 6º As internações psiquiátricas se caracterizarão como:

I – internação voluntária: é a internação realizada com o consentimento expresso do paciente, assinando pessoalmente o consentimento informado para internação psiquiátrica;

II – internação involuntária: é a internação cujo consentimento expresso do paciente é substituído pelo consentimento expresso da família, ou do representante legal do paciente clinicamente impossibilitado, ou do diretor clínico do estabelecimento onde ocorrerá a internação; ou, ainda, a internação de menores de idade.

Art. 7º Os laudos de internação, com ou sem o consentimento expresso do paciente, emitidos pelos estabelecimentos mencionados no artigo 5º deste Decreto, deverão ser remetidos por estes aos representantes locais da autoridade sanitária, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas a contar da internação.

Art. 8º A Secretaria de Estado da Saúde, mediante resolução, estabelecerá as normas de organização e funcionamento das Juntas Técnicas Revisoras, cabendo às autoridades sanitárias de cada município instituir a Junta Técnica Revisora no âmbito local.

Parágrafo único. Compete à Junta Técnica Revisora local ou, supletivamente, à Junta Técnica Revisora Regional, dentre outros, os seguintes atos:

I – confirmação ou suspensão da internação psiquiátrica involuntária no prazo de 72 (setenta e duas) horas após a comunicação obrigatória da internação;

II – revisão técnica de cada internação psiquiátrica, ou seja, das internações voluntárias e involuntárias, a partir do 15º (décimo quinto) dia de internação emitindo, em 24 (vinte e quatro) horas, laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado, remetendo cópia ao Ministério Público no prazo de 24 (vinte e quatro) horas;

Art. 9º No prazo de 30 (trinta) dias contados da vigência deste Decreto, os hospitais gerais e psiquiátricos, públicos e privados, que mantiverem pessoas internadas, encaminharão aos gestores locais e a SES/MG a relação dos pacientes, juntamente com cópia da seguinte documentação referente a cada um:

I – dados pessoais do paciente: nome, filiação, sexo, idade, ocupação, naturalidade, procedência e endereço;

II – data do início da internação, não sendo considerada como início a data da renovação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH);

III – diagnóstico de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID);

IV – informação sobre tratar-se de internação voluntária ou involuntária.

Parágrafo único. Os dados referidos neste artigo deverão ser utilizados pelos gestores para fundamentar a planificação epidemiológica a ser desenvolvida pelo Estado e municípios.

Art. 10 Os hospitais psiquiátricos e similares, no prazo de 5 (cinco) anos contados da data da vigência deste Decreto, serão reavaliados, visando verificar a sua adequação ao modelo de assistência instituído pela Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, como requisito para a renovação do alvará de funcionamento, sem prejuízo de vistorias e outros procedimentos legais de rotina.

Art. 11 A representação dos usuários dos serviços e familiares dos pacientes nas Comissões de Reforma Psiquiátrica, no âmbito das secretarias estadual e municipais de saúde, deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 12 Os procedimentos e os critérios para a aplicação de penalidades aos profissionais e aos estabelecimentos de saúde, em virtude do descumprimento da Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997, serão estabelecidos por resolução da Secretaria de Estado da Saúde, que, nos termos do artigo 28 da Lei nº 11.802/95, deverá observar:

I – a gravidade da infração;

II – a natureza jurídica do infrator;

III – a sua capacidade financeira;

IV – a reincidência.

Parágrafo único. O inciso III deste artigo é considerado somente para aplicação da pena de multa.

Art. 13º A Secretaria de Estado da Saúde baixará normas complementares a este Decreto, em especial sobre os seguintes assunto:

I – composição de recursos humanos e exigências referentes à estrutura física para o funcionamento de unidades ou leitos psiquiátricos em hospitais gerais;

II – modelos padronizados do consentimento informado e da autorização do supervisor hospitalar para a realização da Eletroconvulsoterapia - (ECT);

III – modelo padronizado do laudo de internação, do consentimento expresso do paciente, e consentimento expresso da família, destinado à internação do portador de sofrimento mental.

Art. 14 Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio da Liberdade, em Belo Horizonte, aos 26 de setembro de 2002.

Itamar Franco
Governador do Estado

Henrique Eduardo Ferreira Hargreaves
José Pedro Rodrigues de Oliveira
Carlos Patrício Freitas Pereira

PARANÁ

Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995

Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais.

A Assembléia Legislativa do Estado do Paraná decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Com fundamento em transtorno da saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do art. 5º, inciso LIV da Constituição Federal.

Parágrafo único. A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internado tornar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.

Art. 2º O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Art. 3º Fica condicionada à prévia aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento pelo setor público de novos leitos nesses hospitais.

§ 1º É facultado aos hospitais psiquiátricos a progressiva instalação de leitos em outras especialidades médicas na medida em que os leitos

psiquiátricos forem sendo extintos, possibilitando a transformação dessas estruturas em hospitais gerais ou em unidades de atenção à saúde mental conforme o previsto no art. 2º desta Lei.

§ 2º No prazo de 3 anos, contados da publicação desta Lei, serão reavaliados todos os hospitais psiquiátricos visando a aferir a adequação dos mesmos ao novo modelo instituído, como requisito para renovação da licença de funcionamento, sem prejuízo das vistorias e procedimentos de norma.

Art. 4º Será permitida a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas loco-regionais a partir de projeto a ser avaliado e autorizado pelas secretarias e conselhos municipais de saúde, seguido de parecer formal da Secretaria e do Conselho Estadual de Saúde.

§ 1º Estas unidades psiquiátricas deverão contar com áreas e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral com estrutura física e pessoal adequado ao tratamento aos portadores de sofrimento psíquico, sendo que as instalações referidas no *caput* não poderão ultrapassar a 10% (dez por cento) da capacidade instalada, até o limite de 30 (trinta) leitos por unidade operacional.

Art. 5º Quando da construção de hospitais gerais no Estado, será requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes que padecem de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais.

Art. 6º Às instituições privadas de saúde é assegurada a participação no sistema estabelecido nesta Lei, nos termos do art. 199 da Constituição Federal.

Art. 7º O novo modelo de atenção à saúde mental, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá, necessariamente, na forma da Lei Federal e respeitadas as definições constitucionais referentes a competências, os níveis estadual e municipais, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observando o caráter do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Os conselhos estadual e municipais de saúde constituirão Comissões de Saúde Mental, com representação de trabalhadores em saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares, representantes da Defensoria Pública e da comunidade científica, que

deverão propor, acompanhar e exigir das secretarias estadual e municipais de saúde, o estabelecido neste artigo.

§ 2º As secretarias estadual e municipais de saúde disporão de 1 (um) ano, contados da publicação desta lei, para apresentarem, respectivamente aos conselhos estadual e municipais de saúde, o planejamento e cronograma de municipalização dos novos recursos técnicos de atendimento.

Art. 8º Os recursos assistenciais previstos no art. 2º desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis de Governo de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo de competência dos conselhos estadual e municipais de saúde, para a superação do modelo hospitalocêntrico.

Parágrafo único. Os conselhos estadual e municipais de saúde deverão exigir critérios objetivos, respectivamente, das secretarias estaduais e municipais de saúde, para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios desta Lei.

Art. 9º A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades socioculturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Parágrafo único. As prefeituras municipais providenciarão, em cooperação com os representantes do Ministério Público local, a formação de conselhos comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a permitir a integração social e familiar dos que forem internados.

Art.10 A internação compulsória é aquela realizada sem o expresse consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização.

§ 1º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, à autoridade do Ministério Público, e quando houver, à autoridade da Defensoria Pública.

§ 2º A autoridade do Ministério Público ou, quando houver, da Defensoria Pública, deverá emitir parecer sobre a necessidade e legalidade do

ato de internação e da manutenção do internamento, desde que exista solicitação neste sentido, e que constitua uma junta interdisciplinar composta por 3 (três) membros, sendo um psiquiatra, um psicólogo e um outro profissional da área de Saúde Mental com formação de nível superior.

Art. 11 O Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação desta Lei.

Art. 12 Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar, e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art. 13 A Secretaria Estadual de Saúde, para garantir a execução dos fins desta Lei, poderá cessar licenciamentos, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários a sua regulamentação.

Art. 14 No prazo de 3 (três) anos, contados da publicação desta Lei, o novo modelo de atenção em saúde mental será reavaliado quanto aos seus rumos e ritmo de implantação.

Art. 15 Compete aos conselhos municipais de saúde, observadas as necessidades regionais e com a homologação do Conselho Estadual de Saúde, a definição do ritmo de implantação da rede de atendimento integral em sua saúde mental.

Art. 16 Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio do Governo em Curitiba, em 9 de novembro de 1995.

Jaime Lerner
Governador do Estado

Florisvaldo Fier (Dr. Rosinha)
Deputado

PERNAMBUCO

Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994

Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências.

O Presidente da Assembléia Legislativa do Estado de Pernambuco,
Faço saber que o Poder Legislativo decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º São direitos do cidadão portador de transtorno psíquico e deveres do Estado de Pernambuco:

- I – tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;
- II – proteção contra qualquer forma de exploração;
- III – espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos indispensáveis à sua recuperação;
- IV – assistência universal e integral à saúde;
- V – acesso aos meios de comunicação disponíveis para proteger-se contra quaisquer abusos;
- VI – integração, sempre que possível, à sociedade, através de políticas comuns com a comunidade de procedência dos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se dependendo do Estado.

Parágrafo único. O disposto neste artigo se aplica também aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, resguardado o que dispõe o Código Penal.

Art. 2º O Estado de Pernambuco substituirá progressivamente, mediante planificação anual, os leitos dos hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais alternativos definidos nesta Lei.

Art. 3º A reforma do sistema psiquiátrico estadual, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá necessariamente, na forma da Lei Federal e respeitadas as definições constitucionais referentes às com-

petências, o Estado de Pernambuco e seus municípios, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observados o caráter articulado, integrado e universal do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º A Secretaria Estadual de Saúde disporá de seis (6) meses, contados da publicação desta Lei, para apresentar ao Conselho Estadual de Saúde o planejamento e o cronograma de implantação da rede de atenção integral em saúde mental de que trata esta Lei;

§ 2º O Plano Estadual de Saúde Mental será apreciado pelo Conselho Estadual de Saúde, enquanto parte integrante do seu plano de saúde.

Art. 4º Constituem-se em recursos psiquiátricos a serem aplicados ao tratamento e assistência psiquiátrica do Estado de Pernambuco:

I – atendimento ambulatorial, o serviço externo (fora do hospital), destinado a consultas e tratamentos dos transtornos mentais;

II – emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral, o serviço integrado por uma equipe especializada em atendimento, triagem e controle das internações psiquiátricas de emergência;

III – leitos psiquiátricos em hospital geral, o serviço destinado a internações e assistência de pacientes psiquiátricos em hospital geral;

IV – hospital-dia e hospital-noite, os serviços assistenciais de semi-hospitalização, nos quais o paciente, durante certo período do dia ou da noite, recebe os cuidados terapêuticos de que necessita.

§ 1º Os serviços ambulatoriais e de emergências psiquiátricas, no âmbito do SUS, a que se referem os incisos I e II, deverão, quando funcionarem como porta de entrada do sistema assistencial de saúde mental, serem oferecidos unicamente pelo serviço público, com a competência de autorizar o instrumento responsável pelo financiamento do procedimento específico.

§ 2º Os serviços definidos no inciso III deste artigo deverão ser oferecidos por hospital que conte com estrutura física e pessoal capacitado, área, equipamentos e serviços específicos ao portador de transtorno psíquico, em proporção não superior a 10% da capacidade instalada, limitada ao máximo de 30 leitos.

§ 3º Qualquer outro recurso psiquiátrico não previsto nesta Lei deverá ser previamente avaliado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 5º Os recursos psiquiátricos definidos no artigo anterior serão aplicados à população segundo critérios e normas definidos no Plano Estadual de Saúde Mental:

V – centro de convivência, atelier terapêutico ou oficina protegida, os serviços que dispõe de espaço terapêutico para convivência e recreação de pacientes com transtornos mentais com o objetivo de ressocialização;

VI – pensão protegida, o serviço com estrutura familiar, que recebe pacientes egressos de internação psiquiátrica, em condições de alta, mas sem condições de voltar ao convívio familiar;

VII – lar adotivo, o cuidado, sob supervisão, do paciente psiquiátrico crônico por família que não a sua;

VIII – unidade de desintoxicação, o serviço destinado à desintoxicação de dependentes químicos, devendo funcionar em hospital geral;

IX – serviço de tratamento de dependência, o serviço especializado no tratamento do alcoolismo ou outra dependência química, devendo funcionar nas unidades gerais da rede de saúde.

Art. 6º A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades socioculturais, locais e regionais garantida a gestão social destes meios.

Art. 7º A internação psiquiátrica é involuntária quando realizada sem o consentimento expresso do paciente em qualquer serviço de saúde ou recurso psiquiátrico.

Parágrafo único. A internação involuntária será comunicada pelo médico que a procedeu, através da instituição, ao Ministério Público, no prazo de 48 horas, contadas do procedimento, para que sejam adotadas as providências cabíveis.

Art. 8º O Poder Executivo Estadual, no prazo de 120 dias da publicação desta Lei, proporá à Assembléia Legislativa:

I – instrumento de mecanismos de multa e punição ao descumprimento do disposto nesta Lei;

II – criação de órgão competente, que cuidará da Reforma da Política de Saúde Mental no Estado;

III – competência, objetivos, representação paritária no órgão estadual e prerrogativas de seus membros.

Parágrafo único. O órgão estadual denominar-se-á de Comissão de Reforma da Política de Saúde Mental, vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, que proporá, acompanhará e exigirá da Secretaria Estadual de Saúde, o estabelecimento nesta Lei.

Art. 9º Fica proibida ao Estado de Pernambuco, por sua administração direta, fundações, autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista nas quais detenha participação acionária, construir, ampliar, contratar ou financiar novos estabelecimentos, instituições privadas ou filantrópicas que caracterizem hospitais psiquiátricos.

I – O Estado de Pernambuco só poderá manter contratos com instituições ou estabelecimentos privados ou filantrópicos de tratamento psiquiátrico sob condição contratual de inclusão e obediência ao disposto nesta Lei.

II – O Estado de Pernambuco, sob pena de rompimento do contrato, fará incluir nos contratos, ora mantidos, a obrigação de que trata o parágrafo anterior no prazo de 3 meses a contar da publicação desta Lei.

Art. 10 Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 11 Revogam-se as disposições em contrário, e, especialmente a Lei nº 11.024, de 5 de janeiro de 1994.

Assembléia Legislativa do Estado de Pernambuco, em 16 de maio de 1994.

Miguel Arraes
Governador do Estado

Humberto Castro
Felipe Coelho

RIO GRANDE DO NORTE

Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995

Dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de unidades psiquiátricas e dá outras providências.

O presidente da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 49, § 7º, da Constituição do Estado, combinado com o artigo 71, II, do Regimento Interno (Resolução nº 046/90, de 14 de dezembro de 1990).

Faço saber que o Poder Legislativo aprovou e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º É proibida a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos no território do Estado do Rio Grande do Norte.

Parágrafo único. No prazo de 6 (seis) anos, a partir da publicação desta Lei, será realizada reavaliação de todos os hospitais psiquiátricos pela Secretaria Estadual de Saúde com vista à renovação da autorização de funcionamento destes estabelecimentos.

Art. 2º Serão permitidas obras nos hospitais psiquiátricos existentes, somente quando objetivarem melhorias, modernização e adequação das estruturas e instalações, mediante autorização da Secretaria de Saúde nos termos e condições desta Lei.

Art. 3º Quando necessário, serão permitidas a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas locais e regionais, a partir de projeto avaliado pela Secretaria Estadual de Saúde, conselhos estadual e municipais e as secretarias municipais de saúde.

Parágrafo único. Essas unidade psiquiátricas deverão ter área e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral, mas estrutura física e pessoal independente e especializada no tratamento do paciente com transtorno psiquiátrico.

Art. 4º Toda e qualquer obra a que se referem os artigos 2º e 3º desta Lei, observará o limite de até 30 (trinta) leitos por unidade operacional

e uma capacidade máxima de 250 (duzentos e cinquenta) leitos por estabelecimento.

Art. 5º No caso de construção de hospital geral no Estado, constitui-se como requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes com transtornos psiquiátricos, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos no local.

Art. 6º Os planos, programas, projetos e regulamentações decorrentes desta política serão estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual e Municipal, e as secretarias municipais de saúde.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte, Palácio José Augusto, em Natal, 4 de janeiro de 1995.

Garibaldi Alves
Governador do Estado

Raimundo Bezerra
Deputado

RIO GRANDE DO SUL

Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992

Substitutivo por fusão aos Projetos de Lei nº 171/91 e 278/91, de autoria dos deputados Marcos Rolim (PT) e Beto Grill (PDT).

Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.

Da Reforma Psiquiátrica

Art. 1º Com fundamento em transtorno em saúde mental ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do art. 5º, inciso LIV, da Constituição Federal.

Parágrafo único. A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internado formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.

Art. 2º A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e sociais, tais como: ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Art. 3º Fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos de hospitais.

§ 1º É facultado aos hospitais psiquiátricos a progressiva instalação de leitos em outras especialidades médicas na proporção mínima dos leitos psiquiátricos que forem sendo extintos, possibilitando a transformação destas estruturas em hospitais gerais.

§ 2º No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, serão reavaliados todos os hospitais psiquiátricos, visando a aferir a adequação dos mesmos à reforma instituída, como requisito para a renovação da licença de funcionamento, sem prejuízo das vistorias e procedimentos de rotina.

Art. 4º Será permitida a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas loco-regionais, a partir de projeto a ser avaliado e autorizado pelas secretarias e conselhos municipais de saúde, seguido de parecer final da Secretaria e Conselho Estadual de Saúde.

§ 1º Estas unidades psiquiátricas deverão contar com áreas e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral, com estrutura física e pessoal adequado ao tratamento aos portadores de sofrimento psíquico, sendo que as instalações referidas no *caput* não poderão ultrapassar a 10% (dez por cento), da capacidade instalada, até o limite de 30% (trinta por cento), por unidade operacional.

§ 2º Para os fins desta Lei, entender-se-á como unidade psiquiátrica aquela instalada e integrada ao hospital geral, que preste serviços no pleno acordo aos princípios desta Lei, sem que, de qualquer modo, reproduzam efeitos próprios do sistema hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental.

Art. 5º Quando da construção de hospitais gerais no Estado, será requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes que padecem de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais.

Art. 6º Às instituições privadas de saúde é assegurada a participação no sistema estabelecido nesta Lei, nos termos do art. 199 da Constituição Federal.

Art. 7º A reforma psiquiátrica, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá, necessariamente, na forma da Lei Federal, e respeitadas as definições constitucionais referentes a competências, os níveis estadual e municipal, devendo atender às particularidades regionais e locais, observado o caráter articulado e integrado no Sistema Único de Saúde.

§ 1º Os conselhos estadual e municipais de saúde constituirão Comissões de Reforma Psiquiátrica, com representação de trabalhadores em saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil e da comunidade científica, que deverão propor, acompanhar e exigir das secretarias estadual e municipais de saúde, o estabelecido nesta Lei.

§ 2º As secretarias estadual e municipais de saúde disporão de um ano, contados da publicação desta Lei, para apresentarem, respectivamente aos conselhos estadual e municipais de saúde, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

Da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental

Art. 8º Os recursos assistenciais previstos no art. 2º desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis de governo, de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo competência dos conselhos estadual e municipais de saúde a fiscalização do processo de substituição dos leitos psiquiátricos e o exame das condições estabelecidas pelas secretarias estadual e municipais de saúde, para superação do modelo hospitalocêntrico.

Parágrafo único. Os conselhos estadual e municipais de saúde deverão exigir critérios objetivos, respectivamente, das secretarias estadual e municipais de saúde, para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios desta Lei.

Art. 9º A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades socioculturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Parágrafo único. As prefeituras municipais providenciarão, em cooperação com o representante do Ministério Público local, a formação de conselhos comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal, assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que foram internados.

Das Internações Psiquiátricas Compulsórias

Art. 10 A internação psiquiátrica compulsória é aquela realizada sem o expreso consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização.

§ 1º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público, e quando houver, à autoridade da Defensoria Pública.

§ 2º A autoridade do Ministério Público, ou, quando houver, da Defensoria Pública, poderá constituir junta interdisciplinar composta por três membros, sendo um profissional médico e os demais profissionais em saúde mental com formação de nível superior, para fins de formação de seu juízo sobre a necessidade e legalidade da internação.

Art. 11 O Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação da lei.

Das Disposições Finais

Art. 12 Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar, e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para sua manutenção, este providenciará a atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art. 13 A Secretaria Estadual de Saúde, para garantir a execução dos fins desta lei, poderá cassar licenciamentos, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários à sua regulamentação.

Art. 14 Compete aos conselhos municipais de saúde, observadas as necessidades regionais, e com a homologação do Conselho Estadual de Saúde, a definição do ritmo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Art. 15 No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, a Reforma Psiquiátrica será reavaliada quanto a seus rumos e ritmo de implantação.

Art. 16 Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Alceu Collares
Governador do Estado

PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002

Os Ministros de Estado da Saúde e da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando:

- a importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS –, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuída em todas as unidades federadas;

- a estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que estão expostos grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, distúrbios mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e *diabetes mellitus*;

- a necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios;

- a importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira;

- a heterogeneidade, entre as unidades federadas, da assistência à saúde prestada às pessoas presas;

- as recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria nº 2.035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população, bem como apoiar a implementação e avaliar o desenvolvimento das ações e serviços estabelecidos, resolvem:

Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

§ 1º. As ações e serviços decorrentes desse Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que a acometem.

§ 2º Estabelecer como prioridades para o alcance dessa finalidade:

I – a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando à estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, componentes da assistência de média complexidade e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional.

II – a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;

III – a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais;

IV – a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, *influenza*, tétano;

V – a implantação de ações de prevenção para a tuberculose, hanseníase, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis e aids, bem como aquelas relativas à distribuição de preservativos e à redução de danos para usuários de drogas injetáveis para os presos;

VI – a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, seja em unidades próprias, seja em unidades vinculadas ao SUS.

Art. 2º As Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça deverão formular o seu respectivo plano estadual e apresentá-lo ao Conselho Estadual de Saúde correspondente, definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a gerência das ações e serviços.

§ 1º A gestão do Plano ora aprovado será de responsabilidade da respectiva Secretaria de Estado da Saúde.

§ 2º O processo de credenciamento dos ambulatorios de saúde das unidades prisionais e dos profissionais, a ser definido no plano estadual, deverá ser realizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

§ 3º Para o desenvolvimento do Plano respectivo, as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça poderão estabelecer pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde.

Art. 3º Definir que, para a implementação das ações contidas no Plano Nacional, o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Estaduais de Justiça poderão estabelecer parcerias, acordos, convênios ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídas, que detenham experiência de atuação no Sistema Penitenciário.

Art. 4º O financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça e respectivas esferas administrativas (federal e estadual).

Art. 5º Criar o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário no valor de R\$105,00 *per capita*/ano, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a R\$75,00 *per capita*/ano e ao Ministério da Justiça o correspondente a R\$ 30,00 *per capita*/ano.

§ 1º Esse incentivo financiará as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

§ 2º Os recursos do Ministério da Justiça de que trata este artigo serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas a sua transferência aos estados

§ 3º Os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça serão repassados às Secretarias Estaduais de Saúde as quais farão a transferência, se for o caso e dependendo da pactuação no âmbito de cada unidade federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

Art. 6º O Ministério da Justiça alocará recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os ambulatórios de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Parágrafo único. Será proposta ao Juízo da Execução Penal a concessão do benefício da remição de pena para as pessoas presas designadas como agentes promotores de saúde.

Art. 7º As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça participarão do financiamento do Plano Nacional, definindo as suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infraestrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das equipes de saúde e a referência para a média e a alta complexidade.

Art. 8º As unidades ambulatoriais especializadas e as unidades hospitalares próprias do sistema penitenciário, após a formalização do Termo de Adesão citado no Art. 10 desta Portaria, poderão ser credenciadas junto ao SUS.

Art. 9º Estabelecer que a atenção básica de saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cujos profissionais terão uma carga horária de 20 horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento.

§ 1º Cada equipe de saúde será responsável por 500 presos.

§ 2º os agentes promotores de saúde, recrutados entre as pessoas presas, atuarão sob a supervisão dessa equipe mínima.

§ 3º O Ministério da Saúde garantirá, a cada equipe implantada de que trata este artigo, o fornecimento regular de *kit* de medicamentos básicos.

Art. 10 Aprovar o Termo de Adesão ao Plano Nacional, a ser formalizado pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, nos termos do ANEXO II desta Portaria.

Art. 11 Determinar à Secretaria de Políticas de Saúde e à Secretaria de Assistência à Saúde que adotem, ouvido o Ministério da Justiça, as providências complementares necessárias à operacionalização do Plano ora aprovado.

Art. 12 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Barjas Negri
Aloysio Nunes Ferreira Filho

Anexo I – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

1. Propósito

Contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira.

2. População-alvo

100% da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas.

3. Linhas de ação

3.1. Elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional.

A unidade ou serviço executora das ações deverá desenvolver um elenco de procedimentos necessários ao atendimento no nível da atenção básica e do mínimo da assistência no nível da média complexidade.

3.1.1. Ações de Atenção Básica de acordo com o Anexo 1 da Norma Operacional da Assistência (Noas/MS)

a) Controle de tuberculose

- Busca de casos de tuberculose (identificar o sintomático respiratório (SR); examinar com baciloscopia os sintomático respiratório (SR); notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do Sinan).
- Tratamento (iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos casos diagnosticados; oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados; registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose; acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos).
- Proteção dos sadios (examinar contactantes; realizar PPD quando indicado; realizar RX quando indicado; fazer quimio-profilaxia quando indicado; desenvolver ações educativas).

- b) Controle de hipertensão e diabetes
 - Ações de promoção e assistência à saúde visando ao acompanhamento clínico e a adoção de hábitos saudáveis de vida (cessação do hábito de fumar, diminuição do estresse, combate ao sedentarismo e ao alcoolismo).
- c) Dermatologia sanitária – hanseníase
 - Busca ativa de casos (identificação de sintomático dermatológico).
 - Diagnóstico clínico (exame de sintomáticos dermatológicos para diagnóstico de hanseníase ou outras dermatoses de interesse sanitário; coleta de material para baciloscopia direta, para pesquisa de Baar; encaminhamento, para centro de referência, de casos que necessitem esclarecimento diagnóstico).
 - Cadastramento dos portadores (notificação e dados de acompanhamento de casos de hanseníase).
 - Tratamento Supervisionado dos casos de hanseníase (consulta mensal para a dose supervisionada; avaliação dermatoneurológica; dispensação de medicação; curativos; atendimento de intercorrências. aplicação de técnicas simplificadas de prevenção e tratamento de incapacidades físicas encaminhamento do paciente sempre que for necessário para atendimento de maior complexidade).
 - Tratamento de outras dermatoses (dispensação de medicação ou realização de outros procedimentos adequado ao caso; realização de medidas preventivas).
 - Realização de exame de comunicantes do caso de hanseníase (notificação do caso e informação ao município de residência para realização de exame de comunicantes dos familiares do caso, pelo Pacs/PSF; rotina de busca de sintomáticos dermatológicos no presídio).
- d) Saúde Bucal
 - Orientação sobre higiene bucal e auto-exame da boca
 - Consulta odontológica – 1ª consulta
 - Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão
 - Controle de placa bacteriana
 - Escariação (por dente)
 - Raspagem, alisamento e polimento – RAP (por hemi-arcada)

- Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada)
- Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente)
- Capeamento pulpar direto em dente permanente
- Pulpotomia ou necropulpectomia em dente permanente
- Restauração em dentes permanentes
- Exodontia de dente permanente
- Remoção de resto radicular
- Tratamento de alveolite
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência

e) Saúde da Mulher

- Realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama

3.1.2. Ações de média complexidade conforme o Grupo 7 do anexo 3 A da Noas/MS:

- atendimento médico de urgência com observação até 24 horas
- terapias em grupo executadas por profissional de nível superior
- terapias individuais executadas por profissional de nível superior

3.1.3. Ações complementares

a) Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/aids:

- ações de coleta para o diagnóstico do HIV
- distribuição de preservativos para as pessoas presas e servidores
- ações de redução de danos nas unidades prisionais
- capacitação de pessoas presas para atuarem como agentes multiplicadores
- elaboração de material educativo e instrucional
- fornecimento de medicamentos específicos para a aids e outras DST
- ações de diagnóstico e tratamento das DST segundo a estratégia de abordagem sindrômica
- ações de vigilância de aids, HIV e DST

- alimentação do Siclom e Siscel (respectivamente, Sistema Integrado de Controle de Medicamentos e Sistema Integrado de Controle de Exames Laboratoriais)

b) Atenção em saúde mental:

- ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento
- diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde mental dos internos
- atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos
- desenvolvimento de programa de atendimento em saúde mental centrado na reabilitação psicossocial para os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

c) Protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos por ocasião do ingresso da pessoa presa no Sistema:

- aconselhamento em HIV/DST/aids e hepatites;
- diagnóstico de hipertensão arterial;
- diagnóstico de diabetes;
- identificação de sintomáticos dermatológicos;
- identificação de sintomáticos respiratórios;
- avaliação e orientação para o planejamento familiar;
- imunização contra hepatite B;

3.2. Referências para média e alta complexidade

As referências para a assistência de média e alta complexidade, inclusive o apoio diagnóstico, deverão estar explicitadas nos planos estaduais de acordo com o processo de pactuação da Noas/MS.

3.3. Programa de imunizações

As coordenações estaduais de imunizações, responsáveis pela operacionalização das ações neste âmbito, deverão garantir o atendimento no sistema penitenciário.

3.4. Aquisição de medicamentos

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename – deverá ser o instrumento de referência para a definição das listas de medicamentos a serem utilizadas pelo sistema penitenciário estadual.

A programação para a aquisição de medicamentos será feita mediante os seguintes procedimentos:

- padronização de tratamentos para as doenças prevalentes (consensos terapêuticos definidos pelo MS);
- cadastro de pacientes (tuberculose, hanseníase, DST/aids, hipertensão, diabetes, entre outros).

Para a aquisição dos medicamentos, poderá ser articulada parceria com os laboratórios oficiais em relação àqueles produtos fabricados por estes laboratórios; para os demais itens, por meio de processo licitatório.

Para as atividades relativas à assistência farmacêutica, cada estado contará com um profissional farmacêutico responsável.

4. Resultados esperados e metas

Resultado 1. Implantação de ações de assistência à saúde que compõem o elenco mínimo referido no item 3.1, relativos à saúde bucal, saúde da mulher, DST/HIV/aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, aquisição e controle de medicamentos, imunizações e exames laboratoriais.

Metas

Saúde bucal:

- 100% da população carcerária esclarecida e orientada sobre os autocuidados em higiene bucal e sobre a importância do auto-exame da boca como medida preventiva e de diagnóstico precoce do câncer bucal.

Saúde da mulher:

- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para diagnóstico e tratamento das DST/aids;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, da assistência à anticoncepção;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias que atendem à população feminina, da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco no primeiro ano do Plano;
- implantação da imunização das gestantes em 100% das unidades penitenciárias;

- implantar a assistência ao puerpério em 100% das unidades penitenciárias;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações educativas sobre pré-natal; parto; puerpério; anticoncepção; controle do câncer cérvico-uterino e de mama; e doenças sexualmente transmissíveis;
- garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvico-uterino e de mama atendidas em 100% das unidades penitenciárias;
- garantia do acesso das gestantes de 100% das unidades penitenciárias para o atendimento de intercorrências e parto.

DST/HIV/aids e hepatites:

- 100% das pessoas presas na “porta de entrada” aconselhadas em DST/HIV/hepatites;
- oferta de exame a 100% da população na “porta de entrada”;
- diagnóstico do HIV em 100% de casos suspeitos, história de risco, manifestação clínica associada e presença de infecções oportunistas;
- tratamento do HIV em 100% dos casos diagnosticados;
- tratamento das DST em 100% dos casos diagnosticados segundo a abordagem síndrome;
- distribuição de preservativos a 100% das pessoas presas e 60% dos servidores prisionais;
- oferta de *kit* de redução de danos segundo a demanda.

Saúde mental:

- implantação de Programas de Atendimento Psicossocial nas unidades prisionais capazes de contribuir para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;
- atendimento de situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva de redução de danos em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;
- criação de estruturas intermediárias que beneficiem a reintegração dos portadores de distúrbios psíquicos, segundo

reorientação do modelo de atenção nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em 40% dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;

- implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social junto à 40% dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;
- implantação de Programas de Atendimento Psicossocial voltados aos servidores prisionais em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano.

Tuberculose:

- implantação de ações de controle da tuberculose (TB) em 100 % das unidades penitenciárias;
- diagnóstico de 100 % dos casos existentes;
- cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos.

Hipertensão e diabetes:

- cadastramento de 100% dos portadores de hipertensão arterial e de *diabetes mellitus*, garantindo acompanhamento clínico e tratamento para 100% dos casos.

Hanseníase:

- implantação de ações de controle de hanseníase e outras dermatoses de interesse sanitário em 100% das unidades prisionais;
- diagnóstico de 100 % dos casos existentes;
- tratamento de 100 % dos casos de hanseníase e outras dermatoses;
- cura de 100 % dos casos em tratamento.

Aquisição e controle de medicamentos:

- garantia e disponibilidade de 100% do elenco definido por unidade prisional, de forma contínua, regular e oportuna.

Imunizações:

- cobertura mínima de 70% dos presos, inclusive aqueles

- em regime de reclusão de menores, para cada produto do esquema básico;
- cobertura mínima de 70% dos recursos humanos que trabalham no sistema penitenciário, para cada produto do esquema básico;
- vacinação contra hepatite B de 100% das pessoas presas, nas unidades ambulatoriais;
- vacinação contra hepatite B de 100% dos servidores prisionais;
- Vacinação de 60% das pessoas presas.

Exames laboratoriais:

- garantia da coleta de material para exames.

Resultado 2. Garantia de espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações de saúde.

Meta:

- 100% das unidades prisionais.

Resultado 3. Implantação de ações de promoção da saúde que garantam alimentação adequada, atividades físicas, garantia de condições salubres de confinamento, acesso a atividades laborais.

Metas:

- 100% das unidades prisionais com o cardápio definido;
- 100% das unidades prisionais em condições salubres, particularmente no que diz respeito a banheiros, cozinha e espaço de lazer.

Resultado 4. Organização do sistema de informação em saúde da população penitenciária.

Metas:

- cadastramento de 100% da população prisional;
- geração de 80% de cartões SUS definitivos;
- utilização do o número do cartão de saúde para 100% dos prontuários;
- cadastramento de 100% da população prisional no Siclom.

Resultado 5. Organização de um plano de capacitação e educação permanente das equipes de atendimento e dos agentes promotores de saúde.

Metas:

- 100% das equipes resolutivas dentro do nível de complexidade proposta;
- 100% dos agentes promotores de saúde sensibilizados para ações de promoção de saúde;
- 100% de servidores prisionais sensibilizados para ações de promoção de saúde;
- ampliação dos conteúdos de saúde nos cursos mantidos pelas instâncias formadoras do sistema penitenciário.

Resultado 6. Garantia da composição de equipe mínima de profissionais para o atendimento de até 500 pessoas presas.

Metas:

- 100% das unidades prisionais cobertas;
- 10% das pessoas presas atuando como agentes multiplicadores de saúde;
- incentivo, em 100% das unidades prisionais, de parcerias com instituições da sociedade civil para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa.

Resultado 7. Estabelecimento de fluxo de referência/contra-referência para média e alta complexidade.

Metas:

- fluxo estabelecido em 100% dos municípios com unidades prisionais;
- pactuações definidas para a testagem do HIV, tuberculose e hepatites.

5. Sistema de informação

5.1. Banco de Informações sobre Condições de Salubridade dos Presídios e dos Serviços de Saúde no Sistema Prisional

A alimentação desse Banco deverá ocorrer semestralmente, mediante o preenchimento de formulário específico por parte de cada unidade prisional e envio para o Ministério da Justiça. (Anexo 3).

5.2. Cartão SUS

O cadastramento das pessoas presas será baseado na sistemática do Cartão Nacional de Saúde. Para isso, serão utilizados os mesmos instru-

mentos que já estão em uso nos municípios: o formulário de cadastramento, o manual e o aplicativo CadSUS.

Na ficha de cadastro individual de usuários, é obrigatório o preenchimento do campo “ocupação”, seguido da codificação segundo o CBO-R. No caso das pessoas presas, todas devem ser cadastradas como dependentes econômicos, código XX3.

A apresentação de um dos documentos a seguir, é imprescindível para validação do cadastro e posterior emissão do cartão: certidão de nascimento; certidão de casamento; certidão de separação ou divórcio; carteira de identidade.

No caso dos usuários que não apresentarem nenhum documento que possa validar o cadastro, será gerado um número provisório pelo próprio Sistema CadSUS, a partir do número do prontuário penitenciário, e poderá ser feito por meio do preenchimento do campo “Uso municipal”, já existe no formulário.

O fluxo proposto para os municípios, de modo geral, inicia-se no preenchimento manual da ficha, digitação por técnico capacitado no programa CadSUS e encaminhamento para o Datasus. Para o Sistema Prisional, as fichas em papel devem ser preenchidas pelos responsáveis em cada unidade prisional, repassadas ao município para processamento, que se responsabilizará pelo encaminhamento ao Datasus.

A aplicação de recursos específicos para o cadastramento deverá ser objeto de repactuação entre as SES e os municípios sede das unidades prisionais.

5.3. Prontuário

O registro das condições clínicas e de saúde dos presos deverá ser anotado e acompanhado por prontuário, o qual deverá acompanhar o preso em suas transferências, e sob a responsabilidade dos serviços de saúde das unidades prisionais. O modelo de prontuário a ser adotado será de responsabilidade estadual. .

5.4. Sistema Informatizado de Medicamentos de Aids (Siclom/Siscel)

Deverá ser pactuado, entre os serviços de saúde das unidades prisionais e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, o fluxo de informações sobre os medicamentos de aids e o cadastro do paciente. Nos municípios onde esse sistema ainda não foi implantado, o cadastramento deverá ser feito pela unidade de saúde prisional.

6. Recursos humanos

6.1. Composição de equipe mínima

Profissionais por equipe: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendente de consultório dentário, com jornada de 20 horas semanais, para atenção a até 500 pessoas presas.

Nos presídios em que já houver quadro de saúde, a equipe será complementada.

O piso salarial para os profissionais deverá respeitar a política de RH estabelecida em cada unidade federada.

10% das pessoas presas atuarão como agentes promotores de saúde. Os presos agentes promotores de saúde terão as seguintes atribuições:

- promoção da saúde e a prevenção de doenças de maior prevalência;
- identificação e comunicação à equipe de saúde dos agravos e ou problemas que possam ser detectados durante a sua atividade educativa;
- acompanhamento de tratamentos de longa duração, tais como os de tuberculose, aids e diabetes, entre outros, verificando as condições de adesão, abandono e as inadequações.

6.2. Plano de capacitação

a) Estabelecimento de programas de capacitação dos profissionais de saúde, dos servidores prisionais e dos agentes promotores de saúde.

b) Garantia da participação da sociedade civil, estabelecendo parcerias com instituições para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa.

7. Estrutura física e equipamentos

A estrutura física e os equipamentos mínimos dos ambulatórios para atendimento deverão observar o disposto nos Anexos 1 e 2.

8. Operacionalização

8.1. Financiamento

As ações de saúde, a serem desenvolvidas no âmbito do sistema penitenciário, terão financiamento de forma compartilhada entre os setores da saúde e da justiça. Para a execução das ações, serão utilizados os recursos do Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, de que trata o artigo 5º da desta Portaria Interministerial.

A transferência desses recursos se dará de acordo com regulamentação do MS e se somam a outros repasses que porventura estejam sendo feitos, bem como de serviços e recursos humanos já operantes no sistema prisional, que poderão constituir a contrapartida das Secretarias Estaduais de Saúde e da Justiça.

As ações de média e alta complexidade, as de assistência ao parto e puerpério, as de custeio de exames para diagnóstico e medicamentos para DST e de alto custo deverão ser objeto de pactuação entre os gestores municipal e estadual, visando ao estabelecimento de fluxos de referência e programação físico-financeira no SUS.

8.2. Gestão e gerência

8.2.1. Da gerência dos serviços de saúde das unidades prisionais

- a) A gerência poderá ser exercida pelos órgãos do sistema penitenciário quando esses serviços forem próprios.
- b) A gerência poderá ser exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, quando lhe couber a prestação desses serviços.
- c) A gerência poderá ser exercida pela Secretaria Estadual de Saúde quando lhe couber a prestação desses serviços.
- d) A gerência poderá ser exercida por organizações da sociedade civil credenciadas pela Secretaria Estadual de Saúde.

8.2.2. Da gestão do Plano

A gestão deste Plano é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

8.2.3. Da vigilância sanitária e epidemiológica

- a) Caberá ao município, qualquer que seja a sua forma de habilitação, desenvolver as ações básicas de vigilância sanitária, obedecendo normalização da Anvisa, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde.
- b) As ações básicas de vigilância epidemiológica terão início a partir da equipe de saúde das unidades prisionais e incorporar-se-ão à rotina estabelecida pelo SUS.

8.2.4. Do controle social

Os Conselhos Estaduais de Saúde deverão acompanhar as atividades desenvolvidas, mediante a avaliação do cumprimento dos compromissos estabelecidos entre as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça.

8.3. Competências

Ministério da Saúde

- Elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS.
- Padronização das normas de funcionamento dos ambulatorios e demais serviços de saúde prestados diretamente pelo Sistema Penitenciário.
- Co-financiamento da atenção à saúde da população penitenciária
- Organização e controle do sistema de informação em saúde da população penitenciária, em colaboração com o Ministério da Justiça.
- Gestão deste Plano em âmbito federal.

Ministério da Justiça

- Co-financiamento das ações de promoção da saúde da população penitenciária, bem como daquelas compreendidas no nível da atenção básica, especializada e hospitalar.
- Financiamento da adequação do espaço físico para os serviços de saúde nas unidades prisionais e aquisição de equipamentos.
- Participação na organização e controle do sistema de informação em saúde da população penitenciária.

Secretarias Estaduais de Saúde

- Capacitação das equipes de saúde das unidades prisionais.
- Contratação e controle dos serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população penitenciária.
- Elaboração e gestão do plano estadual.
- Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano.

Secretarias Estaduais de Justiça ou correspondente

Adequação do espaço físico para a unidade de saúde e aquisição de equipamentos.

Participação na elaboração do plano estadual.

Execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da atenção básica em todas as unidades penitenciárias sob sua gestão.

Contratação e ou complementação salarial das equipes de atenção básica atuantes nas penitenciárias.

Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano.

Secretarias Municipais de Saúde

Contratação e controle dos serviços de referência sob a sua gestão para atendimento da população penitenciária.

Execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

9. Critérios para a adesão

Apresentação do Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário ao Conselho Estadual de Saúde.

Assinatura do Termo de Adesão ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Anexo 1 do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Padronização física da unidade de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de até 500 pessoas presas

AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	OBSERVAÇÕES
Consultório médico/psicólogo	7,5 m ²	Lavatório
Consultório odontologia	9,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem
Sala de coleta de material para laboratório	3,6 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem Exaustor dotado de filtro e peça de descarga para proteção contra chuva (Pode ser estudada grade de segurança). A porta da sala deve ter uma tomada de ar tipo grelha ou veneziana de simples deflexão para providenciar ar de reposição para o ar que está sendo exaurido.
Sala de curativos/suturas e posto de enfermagem	12,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem. Visão dos leitos de observação. 1 maca de procedimentos. 1 mesa (para relatórios). 1 hamper de lixo. 1 hamper de roupa suja.
Cela de observação	9,0 m ²	Lavatório. 2 celas no mínimo com um leito cada com visão do posto de enfermagem.
Sanitário para pacientes	1,6 m ²	Comum às celas. Dimensão mínima = 1,2 m.
Farmácia	1,5 m ²	Área para armazenagem de medicamentos e material. Pode ser um armário com chave sobre ou sob a bancada do posto de enfermagem.
Central de Material Esterilizado/simplificada - Sala de lavagem e descontaminação - Sala de esterilização - Vestiário	9,0 m ²	- Vestiário: barreira às salas de esterilização e de lavagem e descontaminação. - Guichê entre as duas salas. - Pia de despejo com válvula de descarga e pia de lavagem na sala de lavagem. - Comum aos consultórios e a sala de curativos.
Rouparia		Armário para guarda de roupa limpa.
DML	2:00 m ²	Depósito de material de limpeza – com tanque.
Sanitários para equipe de saúde	1,6 m ² (cada)	1 masculino e 1 feminino.

Observações:

1. **PROJETOS FÍSICOS:** devem estar em conformidade com a resolução ANVISA nº 50 de 21/2/2002;

2. **ACESSOS:** o estabelecimento deve possuir acesso externo facilitado para embarque e desembarque em ambulância. O trajeto desse acesso até a unidade de saúde do estabelecimento deve ser o mais curto e direto possível;

3. **CORREDORES:** os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,00 m para distâncias maiores que 11,0m e 1,20m para distâncias menores, não podendo ser utilizados como áreas de espera. No caso de desníveis de piso superiores a 1,5 cm deve ser adotada solução de rampa unindo os dois níveis;

4. **PORTAS:** todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 (vão livre) x 2,10 m, inclusive sanitários. Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macas, ou seja, as portas das salas de curativos e das celas de observação, devem ter dimensões mínimas de 1,10 (vão livre) x 2,10 m;

5. **ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO:** os consultórios, e as celas de observação devem possuir ventilação e iluminação naturais. A sala de coleta deve possuir ventilação natural;

6. **LAVAGEM DE ROUPAS:** Toda a roupa oriunda da unidade de saúde do estabelecimento deve ser lavada em uma lavanderia do tipo “hospitalar”, conforme previsto da Resolução ANVISA RDC nº 50 de 21/02/2002, ou ser totalmente descartável;

7. **LAVATÓRIOS/PIAS:** todos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Para a sala de suturas deve existir, além do sabão citado, provisão de anti-séptico junto às torneiras de lavagem das mãos;

8. **RALOS:** todas as áreas “molhadas” da unidade devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável. É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados;

9. MATERIAIS DE ACABAMENTO: os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos dos ambientes devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual *Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde 2ª edição, Ministério da Saúde / Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília-DF, 1994 ou o que vier a substituí-lo*. Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza freqüente. Os materiais, cerâmicos ou não, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que, o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares, é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos. As tintas elaboradas a base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas, podem ser utilizadas tanto nas paredes, tetos quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também a abrasão e impactos a que serão submetidas. O uso de divisórias removíveis não é permitido, entretanto paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que quando instaladas tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual citado. Na farmácia e na rouparia as divisórias podem ser utilizadas se forem resistentes ao uso de desinfetantes e a lavagem com água e sabão. Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, a lavagem e ao uso de desinfetantes;

10. RODAPÉS: a execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamento de pisos, pois não permitem o arredondamento, em nada facilitam o processo de limpeza do local, quer seja ele feito por enceradeiras ou mesmo por rodos ou vassouras envolvidos por panos. Especial atenção deve ser dada a união do rodapé com a parede de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional resalto do rodapé que permite o acúmulo de pó e é de difícil limpeza;

11. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES: devem ser adotadas medidas para evitar a entrada de animais sinantrópicos¹ nos ambientes da unidade, principalmente quando se tratar de regiões onde há incidência acentuada de mosquitos, por exemplo;

12. INSTALAÇÕES:

12.1. Esgoto: caso a região onde o estabelecimento estiver localizado tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante da unidade de saúde e mesmo do estabelecimento prisional pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos, etc. (se for o caso);

12.2. Água: o reservatório d'água deve ser dividido em dois para que seja feita a limpeza periódica sem interrupção do fornecimento de água;

12.3. Elétrica: todas as instalações elétricas devem ser aterradas;

12.4. Combate a incêndios: o projeto deve ser aprovado pelo corpo de bombeiros local;

PROGRAMA FUNCIONAL: qualquer outro ambiente não definido neste programa mínimo poderá ser agregado desde que justificado pelas necessidades de demanda ou especificidades do estabelecimento prisional. Para a verificação das dimensões e características dos ambientes a serem acrescidos, deve-se verificar a Resolução da ANVISA RDC nº 50 de 21/2/2002.

¹ Espécies que indesejavelmente coabitam com o homem, tais como os roedores, baratas, moscas, pernilongos, pombos, formigas, pulgas e outros.

Anexo 2 do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Equipamentos necessários para os serviços de saúde nas unidades prisionais

- Microcomputador compatível com Pentium 3 – 800 MHZ
- Frigobar para armazenamento de material biológico coletado para exames laboratoriais.

Equipamentos Odontológicos:

- amalgamador
- aparelho fotopolimerizador
- cadeira odontológica
- compressor
- equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)
- estufa ou autoclave
- mocho
- refletor
- unidade auxiliar

Instrumental Odontológico Mínimo (em quantidade proporcional ao número de atendimentos diários previstos):

- alveolótomo
- aplicador para cimento (duplo)
- bandeja de aço
- brunidor
- cabo para bisturi
- cabo para espelho
- caixa inox com tampa
- condensadores (tamanhos variados)
- cureta de periodontal tipo Gracey (vários números)
- curetas alveolares
- elevadores (alavancas) para raiz adulto
- escavador de dentina (tamanhos variados)

- esculpidor Hollemback
- espátula para cimento
- espelho odontológico
- fórceps adultos (vários números)
- frascos Dappen de plástico e de vidro
- lamparina
- lima óssea
- pinça Halstead (mosquito) curva e reta
- pinça para algodão
- placa de vidro
- porta agulha pequeno
- porta amálgama
- porta matriz
- seringa Carpule
- sindesmótomo
- sonda exploradora
- sonda periodontal milimetrada
- tesoura cirúrgica reta e curva
- tesoura íris
- tesoura standard

Anexo II da Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

TERMO DE ADESÃO

A Secretaria de Saúde e a Secretaria de Justiça do Estado, por estarem de acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, aprovado pela Portaria Interministerial nº _____, de _____ de abril de 2002, formalizam o presente Termo de Adesão.

Nesse sentido, comprometem-se a formular o Plano Estadual respectivo, apresentando-o ao Conselho Estadual de Saúde, e que deverá conter, no mínimo, os seguintes componentes:

- a) forma de gestão do Plano;
- b) forma de gerência dos serviços de saúde das unidades prisionais
- c) organização da referência e contra-referência
- d) recrutamento/contratação e capacitação de recursos humanos
- e) contrapartida estadual das Secretarias de Saúde e de Justiça (e, se for o caso, dos municípios)
- f) resultados esperados e metas
- g) adequação do espaço físico e aquisição de equipamentos
- h) organização do sistema de informação
- e) parcerias governamentais e não governamentais

São as seguintes as informações gerais acerca do Sistema Penitenciário no Estado:

a) Nº de unidades prisionais: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

Psiquiátrica: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

b) População total prisional estimada: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

Psiquiátrica: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

c) Recursos Humanos disponíveis:

Médico: _____

Odontólogo: _____

Assistente social: _____

Psicólogo: _____

Auxiliar de enfermagem: _____

Auxiliar de consultório dentário: _____

Servidores do sistema penitenciário: _____

Data: ____/____/____

Secretário de Estado da Saúde

Secretário de Estado da Justiça

Comentário

Saúde no Sistema Prisional. Estabelece mecanismos para extensão da assistência em saúde do Sistema Único de Saúde aos detentos do sistema penitenciário, incluindo-se saúde mental. Essa iniciativa inédita permitirá não só estender o olhar e o cuidado em saúde mental às prisões, mas também pensar um novo modo de lidar com a questão dos manicômios judiciários.

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

Portaria GM nº 1.720, de 4 de outubro de 1994

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando que as pessoas definidas, tratadas ou hospitalizadas como mentalmente enfermas ou com perturbações emocionais têm, tal como se indica no Documento da Fundação da Federação Mundial de Saúde Mental (1948) e na Declaração Universal de Direitos Humanos (Nações Unidas, 1948), a mesma dignidade inerente e iguais direitos inalienáveis devidos a todo ser humano;

Considerando que todos os Estados-Membros das Nações Unidas se comprometeram a alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000 adotada pela Organização Mundial da Saúde;

Considerando que a “saúde” compreende a saúde da mente e das emoções, assim como a saúde corporal; e

Considerando que o 10 de outubro de 1994 foi designado DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL pela Federação Mundial de Saúde Mental com o co-patrocínio da Organização Mundial da Saúde a fim de:

- conseguir que se respeitem os direitos das pessoas que sofrem transtornos mentais e emocionais;
- ampliar os programas de prevenção que buscam reduzir a ameaça dos transtornos emocionais nos grupos vulneráveis;
- promover o fornecimento dos serviços terapêuticos necessários e apropriados aos que deles necessitem;
- melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental em todo o mundo; e
- promover a saúde mental e emocional em todos os povos, resolve:

Art. 1º Proclamar a adesão do Brasil à celebração do 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Henrique Santillo

Comentário

Marca a adesão do Brasil à celebração do dia 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental, reafirmando a relevância da área no campo da saúde.

Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando:

a Política Nacional de Medicamentos, editada na Portaria/GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da assistência farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS);

o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no País, que impõe a necessidade de reversão do modelo de assistência vigente, com a implantação e implementação de uma rede de serviços ambulatoriais, com acessibilidade e resolubilidade garantidos;

a necessidade de se estabelecer um programa contínuo, seguro e dinâmico, como parte integrante e complementar ao tratamento daqueles pacientes que necessitam de medicamentos para o controle dos transtornos mentais;

a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, em reunião ordinária do dia 19 de agosto de 1999, resolve:

Art. 1º Implantar o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, definindo que a transferência dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos estados e do Distrito Federal.

§ 1º Caberá aos gestores estaduais e do Distrito Federal a coordenação da implementação do Programa em seu âmbito.

§ 2º Os medicamentos que compõem o Programa são aqueles constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME/99), oficializada pela Portaria nº 507/GM, de 23 de abril de 1999, item 10, publicada no Diário Oficial da União nº 94, de 19 de maio de 1999, Grupo Terapêutico: Medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central.

§ 3º Os estados e municípios que se integrem ao Programa poderão adquirir, de forma complementar, por meio de recursos próprios, outros medicamentos essenciais que julgarem necessários, não previstos no elenco de que trata o parágrafo 1º.

Art. 2º Integrarão o presente Programa, as unidades da rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental, de acordo com o estabelecido no item 2 da Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, – Normas para o Atendimento Ambulatorial (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS).

Art. 3º Os gestores deverão observar o estabelecido na PT/SVS nº 344, de 12 de maio de 1999, que aprovou o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial.

Art. 4º Serão adicionados recursos financeiros, destinados à Área de Saúde Mental, àqueles já estabelecidos nas portarias GM nºs 176 e 653, datadas de 8 de março de 1999 e 20 de maio de 1999, respectivamente, que regulamentam o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, visando a garantir o acesso aos medicamentos essenciais de Saúde Mental na rede pública.

Art. 5º Os recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde e as contrapartidas estaduais e do Distrito Federal, destinadas a este Programa, correspondem ao montante anual de, no mínimo, R\$ 27.721.938,00 (vinte e sete milhões, setecentos e vinte e um mil, novecentos e trinta e oito reais) dos quais R\$ 22.177.550,40 (vinte dois milhões, cento e setenta e sete mil, quinhentos e cinquenta reais e quarenta centavos), equivalentes a 80% (oitenta por cento) destes recursos, serão aportados pelo Ministério da Saúde; restando o correspondente de, no mínimo, 20% (vinte por cento) dos recursos, num total de R\$ 5.544.387,60 (cinco milhões, quinhentos e quarenta e quatro mil, trezentos e oitenta e sete reais e sessenta centavos), como contrapartida dos estados e Distrito Federal, conforme o Anexo I desta portaria.

Art. 6º Os gestores estaduais e do Distrito Federal farão jus à fração mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) da parcela federal que irá compor o valor total previsto para este Programa.

Art. 7º Os recursos financeiros, do Ministério da Saúde, serão repassados conforme art. 6º, desta portaria, para os fundos estaduais de saúde e do Distrito Federal.

§ 1º As Comissões Intergestores Bipartite definirão os pactos para aquisição e distribuição dos medicamentos e/ou transferências dos recursos financeiros aos municípios, sob qualquer forma de gestão, que possuam rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental.

§ 2º O gestor estadual se responsabilizará pelo gerenciamento do Programa e dos recursos financeiros destinados aos demais municípios.

Art. 8º Deverão ser cumpridas as seguintes etapas, no âmbito estadual e federal, para qualificação dos estados e do Distrito Federal, ao recebimento dos recursos financeiros do Programa:

I – o gestor estadual deverá apresentar ao Ministério da Saúde:

- consolidado atualizado da rede pública de serviços ambulatoriais de saúde mental implantados nos seus municípios;
- estimativa epidemiológica das patologias de maior prevalência nos serviços, objetivando a utilização racional dos psicofármacos;

II – encaminhamento à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, da Resolução aprovada pela CIB, contendo também a relação dos municípios que possuam sob sua gestão, rede de atenção ambulatorial de saúde mental, e que, em conformidade com os pactos firmados, receberão recursos financeiros fundo a fundo;

III – homologação da qualificação do estado, pelo Ministério da Saúde, mediante a edição de portaria específica.

Art. 9º Os documentos constantes do art. 8º deverão ser enviados à Assessoria de Assistência Farmacêutica, do Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, da Secretaria de Políticas de Saúde, até o dia 20 (vinte) de cada mês, para inclusão no mesmo mês de competência.

Art. 10 Será constituído grupo técnico-assessor, vinculado às Áreas Técnicas de Assistência Farmacêutica e de Saúde Mental, do Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas (DGPE), da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) do Ministério da Saúde para análise e acompanhamento da implementação do Programa, avaliando o impacto dos resultados na reestruturação do modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais.

Art. 11 A comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas estaduais e do Distrito Federal constará do Relatório de Gestão Anual, e as prestações de contas devem ser aprovadas pelos respectivos conselhos de saúde.

Art. 12 O Consolidado Estadual dos Serviços de Atenção à Saúde Mental, aprovado pela CIB, deverá ser encaminhado, anualmente, até o

dia 30 de setembro, à Assessoria de Assistência Farmacêutica, do DGPE/SPS/MS, visando à manutenção dos recursos federais ao Programa relativo ao ano posterior.

Art. 13 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência agosto de 1999.

José Serra

Anexo I – Demonstrativo de recursos para o financiamento do programa para aquisição de medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental

Estado	População	%	Total do Incentivo	Repasso Federal	Contrapartida Estadual
AC	514.050	0,32	88.710,12	70.968,12	17.742,00
AM	2.520.684	1,56	432.462,24	345.969,84	86.492,40
AP	420.834	0,26	72.077,04	57.661,68	14.415,36
PA	5.768.476	3,57	989.673,12	791.738,52	197.934,60
RO	1.276.173	0,79	219.003,36	175.202,64	43.800,72
RR	260.705	0,16	44.355,12	35.484,12	8.871,00
TO	1.107.803	0,68	188.509,20	150.807,36	37.701,84
Norte	11.868.725	7,34	2.034.790,20	1.627.832,28	406.957,92
AL	2.688.117	1,66	460.184,28	368.147,28	92.037,00
BA	12.851.268	7,94	2.201.121,84	1.760.897,52	440.224,32
CE	7.013.376	4,33	1.200.359,88	960.287,88	240.072,00
MA	5.356.853	3,31	917.596,20	734.076,96	183.519,24
PB	3.353.624	2,07	573.844,08	459.075,24	114.768,84
PE	7.523.755	4,65	1.289.070,12	1.031.256,12	257.814,00
PI	2.714.999	1,68	465.728,52	372.582,84	93.145,68
RN	2.624.397	1,62	449.095,32	359.276,28	89.819,04
SE	1.684.953	1,04	288.308,16	230.646,48	57.661,68
Nordeste	45.811.342	28,30	7.845.308,40	6.276.246,60	1.569.061,80
DF	1.923.406	1,19	329.891,04	263.912,88	65.978,16
GO	4.744.174	2,93	812.252,88	649.802,28	162.450,60
MS	1.995.578	1,23	340.979,88	272.783,88	68.196,00
MT	2.331.663	1,44	399.195,96	319.356,72	79.839,24
C. Oeste	10.994.821	6,79	1.882.319,76	1.505.855,76	376.464,00

Estado	População	%	Total do Incentivo	Repasso Federal	Contrapartida Estadual
ES	2.895.547	1,79	496.222,68	396.978,12	99.244,56
MG	17.100.314	10,57	2.930.208,84	2.344.167,12	586.041,72
RJ	13.681.410	8,46	2.345.275,92	1.876.220,76	469.055,16
SP	35.284.072	21,82	6.048.926,88	4.839.141,48	1.209.785,40
Sudeste	68.961.343	42,64	11.820.634,32	9.456.507,48	2.364.126,84
PR	9.258.813	5,72	1.585.694,88	1.268.555,88	317.139,00
RS	9.866.928	6,10	1.691.038,20	1.352.830,56	338.207,64
SC	5.028.339	3,11	862.152,24	689.721,84	172.430,40
Sul	24.154.080	14,93	4.138.885,32	3.311.108,28	827.777,04
BRASIL	161.790.311	100,00	27.721.938,00	22.177.550,40	5.544.387,60

Obs.: 1 - População IBGE/98.

2 - Valores em Reais.

Comentário

Dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica.

Assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental. Representa um aporte efetivo e regular de recursos financeiros para os estados e municípios manterem um programa de farmácia básica em saúde mental.

Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial;

a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário;

a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando a redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.

Art. 2º Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3º Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe:

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham

possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;

- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários;
- c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Art. 5º Estabelecer como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS.

- a) serem exclusivamente de natureza pública;
- b) a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental;
- c) estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;

- d) estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;
- e) a critério do gestor municipal/estadual de saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não-governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 6º Definir que são características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

6.1. apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;

6.2. existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:

6.2.1. dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório;

6.2.2. sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;

6.2.3. dormitórios devidamente equipados com cama e armário;

6.2.4. copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);

6.2.5. garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 7º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica, que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- a) 1 (um) profissional médico;
- b) 2 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional.

Art. 8º Determinar que cabe ao gestor municipal/estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova

modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 9º Priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art. 10 Estabelecer que para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art. 11 Determinar o encaminhamento por parte das secretarias estaduais e municipais, ao Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde – Área Técnica da Saúde Mental, a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das Fichas de Cadastro Ambulatorial (FCA) e a atualização da Ficha de Cadastro Hospitalar (FCH), com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme artigo 2º desta Portaria.

Art. 12 Definir que as secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 13 Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde e a Secretaria Executiva, no prazo de 30 (trinta) dias, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 14 Definir que cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, organizações não-governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de

serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 15 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Serra

Comentário

Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos".

Desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, que já se apontava a importância estratégica, para a reestruturação da assistência psiquiátrica, da implantação dos lares abrigados, agora mais apropriadamente designados de serviços residenciais com função terapêutica, parte que são do conjunto de cuidados no campo da atenção psicossocial.

Esta portaria tem papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura que se contrapõe à tão propalada, e para alguns insubstituível, "hospitalidade" do hospital psiquiátrico.

Nota

Conforme Portaria nº 175, de 7 de fevereiro de 2001, o artigo 7º da Portaria nº 106 foi alterado para: "Art. 7º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- a) 1 (um) profissional médico;
- b) 2 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial."

Portaria GM nº 799, de 19 de julho de 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o Brasil é signatário, desde 1990, da Declaração de Caracas – Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica do Continente – Organização Pan-Americana da Saúde, comprometendo-se a desenvolver esforços no sentido de superar o modelo de hospital psiquiátrico como serviço central para o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais;

Considerando que as internações em hospitais especializados em psiquiatria devem ocorrer somente naqueles casos em que foram esgotadas todas as alternativas terapêuticas ambulatoriais existentes;

Considerando que o modelo de atenção extra-hospitalar tem demonstrado grande eficiência e eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais;

Considerando os avanços obtidos nos últimos anos em direção à reversão do modelo psiquiátrico tradicionalmente hospitalocêntrico e asilar que se estabeleceu no País, por mais de 150 anos;

Considerando que, nos últimos 10 anos, houve uma redução de 57 hospitais psiquiátricos no País, com a conseqüente diminuição de cerca de 30.000 leitos que foram substituídos por mais de 100 serviços de cuidados extra-hospitalares e cerca de 2.000 leitos para assistência à saúde mental em hospitais gerais;

Considerando a necessidade de estabelecer medidas que permitam consolidar os avanços já conquistados na assistencial à saúde mental e retomar o desenvolvimento da política assistenciais desta área, incrementando a qualidade da atenção prestada, estimulando práticas terapêuticas alternativas, ampliando o acesso da população, promovendo a regulação da assistência por meio do estabelecimento de protocolos e de Centrais de Regulação e adotando mecanismos permanentes de controle e avaliação das ações e serviços desenvolvidos na área de Saúde Mental, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

Parágrafo único. O Programa de que trata este artigo deverá contemplar as seguintes atividades:

- a) avaliação da assistência à saúde mental no País, dentro do contexto de sistema global de atenção, promoção e recuperação da saúde mental;
- b) supervisão e avaliação, *in loco*, dos hospitais psiquiátricos que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a adoção de medidas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção à saúde mental instituído no País;
- c) análise, avaliação e proposição de alternativas assistenciais na área de Saúde Mental;
- d) elaboração e proposição de protocolos de regulação e de mecanismos de implementação de módulo de regulação da assistência à saúde mental que venha a compor as Centrais de Regulação, com o objetivo de regular, ordenar e orientar esta assistência e com o princípio fundamental de incrementar a capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e responder, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde de toda a população.

Art. 2º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde/SAS a estruturação de Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e a designação dos membros que dela farão parte.

§ 1º A convite deste Ministério da Saúde, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados indicará um dos seus componentes para acompanhar os trabalhos do Grupo Técnico de que trata este artigo.

§ 2º O Grupo Técnico terá as seguintes atribuições e competências:

- a) coordenar a implementação do Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;
- b) coordenar e articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados, com a mesma finalidade, pelos estados, Distrito Federal e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal;

- c) promover a capacitação dos profissionais que desenvolverão as atividades inerentes ao Programa instituído, especialmente daqueles integrantes dos Grupos Técnicos estaduais e municipais;
- d) emitir relatórios técnicos contendo as análises, avaliações e acompanhamentos realizados e propondo medidas corretivas e de aperfeiçoamento do sistema de assistência em saúde mental.

§ 3º As atividades dos Grupos Técnicos, tanto da Secretaria de Assistência à Saúde, quanto dos estados e municípios, não substituem as ações e competências de supervisão, controle, avaliação e auditoria dos gestores do Sistema Único de Saúde – federal, estaduais e municipais.

Art. 3º Determinar às secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal que, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Portaria, estruturarem, em seus respectivos âmbitos de atuação, Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e que designem os membros que dele farão parte.

§ 1º Os Grupos Técnicos de que trata este artigo deverão ser compostos, no mínimo, pelos seguintes técnicos:

Nos estados e no Distrito Federal:

- 1 (um) representante da equipe de saúde mental;
- 1 (um) representante da equipe de vigilância sanitária;
- 1 (um) representante da equipe de controle e avaliação;

Nos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal:

- 2 (dois) representantes da equipe de saúde mental (1 do estado e 1 do município);
- 2 (dois) representantes da equipe de vigilância sanitária (1 do estado e 1 do município);
- 1 (um) representante da equipe de controle e avaliação;

§ 2º Estes Grupos Técnicos terão as seguintes atribuições e competências:

- a) realizar, nos seus respectivos âmbitos de atuação e sob a coordenação do Grupo Técnico estruturados pela Secretaria de Assistência à Saúde, as atividades inerentes ao Programa

Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;

- b) no caso dos Grupos Técnicos de estados, articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados, com a mesma finalidade, pelos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal;
- c) emitir relatórios técnicos contendo as análises, avaliações e acompanhamentos realizados e propondo medidas corretivas e de aperfeiçoamento de seu respectivo sistema de assistência em saúde mental.

Art. 4º Determinar que a constatação de irregularidades ou do não cumprimento das normas vigentes implicará, de conformidade com o caso apresentado, em instauração de auditoria pelo Ministério da Saúde e oferecimento de denúncia ao Ministério Público.

Art. 5º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde adote as medidas necessárias ao pleno cumprimento do disposto nesta Portaria.

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

José Serra

Comentário

Auditoria especial nos serviços de saúde mental.

Determina avaliação da assistência prestada em saúde mental pelo Sistema Único de Saúde, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como proposição de normas técnicas e alternativas que reforcem a continuidade dos processos de reversão do modelo de atenção em saúde mental vigente no País.

Portaria GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a necessidade de implementar os programas terapêuticos, na modalidade de residência terapêutica, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar, conforme o disposto na Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000;

Considerando as orientações técnicas definidas na Organização Mundial da Saúde para o cuidado extra-hospitalar dos pacientes institucionais;

Considerando a existência de pacientes em internação hospitalar, para os quais o cuidado psicossocial extra-hospitalar é o tratamento mais adequado; e

Considerando a necessidade de acompanhar e controlar a assistência prestada aos pacientes nas residências terapêuticas, resolve:

Art. 1º Criar nas Tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SIA/SUS, o serviço e a classificação abaixo discriminados:

Tabela de Serviços

Código	Descrição
50	Serviço Residencial Terapêutico em saúde mental.

Tabela de Classificação de Serviço

Código	Descrição
128	Unidade com serviço próprio destinado a atendimento diário em residência terapêutica a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos com a finalidade de reabilitação psicossocial.

Art. 2º Incluir na Tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 – Cuidador em saúde.

Art. 3º As residências terapêuticas em saúde mental deverão estar vinculadas a unidades com o serviço criado no art. 1º e terem a supervisão do coordenador estadual de saúde mental a quem caberá verificar o cumprimento das normas estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.

Art. 4º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, o Grupo e Subgrupo de Procedimentos conforme discriminação abaixo:

Grupo 38.000.00-8 – acompanhamento de pacientes.

Subgrupo 38.040.00-0 – Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos.

Art. 5º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS o seguinte procedimento:

38.000.00-8 - Acompanhamento de Pacientes	
38.040.00-0 - Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos.	
38.041.00-6 - Residência Terapêutica em Saúde Mental	
38.041.01-4 - acompanhamento de paciente em residência terapêutica em saúde mental - até 31 acompanhamentos/paciente/mês. Conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: auto-cuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social.	
Nível de Hierarquia	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	50/128
Atividade Profissional	01, 02, 39, 47, 57, 59, 62, 77, 90, 91
Tipo de Prestador	01, 03, 04, 05, 07, 11, 13, 14, 15, 17
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	F00, F01, F03, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F26, F27, F28, F29, F31, F32, F44, F60.0, F60.1, F60.3, F71, F72
Motivo de Cobrança	6.3, 6.8, 6.9, 7.1, 8.1, 8.2, 9.2
Valor do Procedimento	R\$ 23,00

Parágrafo único. O procedimento descrito neste artigo deverá ser realizado em conjunto com a equipe profissional dos Serviços Residenciais Terapêuticos e com os cuidadores em saúde mental das residências terapêuticas.

Art. 6º Incluir no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC/SIA o procedimento definido no artigo 5º.

Art. 7º Regulamentar a utilização de instrumentos e formulários para operacionalização do procedimento incluído por esta Portaria.

- Laudo Técnico para emissão de APAC – documento que justifica perante ao órgão autorizador a solicitação do procedimento, devendo ser corretamente preenchido pelo

profissional de saúde que acompanha o paciente. O laudo será preenchido em duas vias, sendo a 1ª via anexada ao prontuário do paciente juntamente com a APAC I – Formulário e a 2ª via arquivada no órgão autorizador (Anexo I).

- APAC I – formulário – documento destinado a autorizar a realização dos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, devendo ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A 1ª via deverá ser anexada ao prontuário do paciente e a 2ª via deverá ser arquivada no órgão autorizador (Anexo II).
- APAC II – meio magnético – instrumento destinado ao registro de informações e cobrança dos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

§1º A confecção e distribuição da APAC I – Formulário é de responsabilidade do Gestor Estadual em conformidade com Portaria SAS/MS nº 492, de 26 de agosto de 1999.

§ 2º Os autorizadores deverão ser profissionais médicos não vinculados à rede do Sistema Único de Saúde – SUS como prestadores de serviços.

Art. 8º Estabelecer que permanece a utilização do uso do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identificação do Contribuinte – CPF/CIC para identificar o paciente que necessite realizar o procedimento de Acompanhamento em Residência Terapêutica em Saúde Mental. Não é obrigatório o seu registro para os pacientes que até a data de início do acompanhamento não possuam esta documentação, pois os mesmos serão identificados nominalmente.

Art. 9º Determinar que a validade da APAC I – Formulário, emitida para realização do procedimento descrito no artigo 5º desta Portaria, será de até 3 (três) competências.

Parágrafo único. A cobrança deste procedimento é efetuada mensalmente por meio da APAC II – Meio Magnético na seguinte forma:

APAC II – Meio Magnético – Inicial – corresponde ao primeiro mês de tratamento abrangendo o período da data de início de validade autorizada na APAC I – Formulário até o último dia do mesmo mês.

APAC II – Meio Magnético – continuidade – corresponde ao 2º e 3º mês subsequentes à APAC II – Meio Magnético inicial.

Art. 10 Estabelecer que a APAC II – Meio Magnético poderá ser encerrada registrando-se no campo Motivo de Cobrança os códigos abaixo discriminados.

- 6.3 – Alta por abandono de tratamento;
- 6.8 – Alta por outras intercorrências;
- 6.9 – Alta por conclusão do tratamento;
- 7.1 – Permanece na mesma unidade com mesmo procedimento;
- 8.1 – Transferência para outra Unidade Prestadora de Serviços;
- 8.2 – Transferência para internação por intercorrência;
- 9.2 – Óbito não relacionado à doença.

Art. 11 Definir que para registro de informações serão utilizadas as Tabelas:

Tabela de Nacionalidade – Anexo III;

Tabela de Motivo de Cobrança – Anexo IV.

Art. 12 Estabelecer que as Unidades Prestadoras de Serviços deverão manter arquivados: a APAC I – Formulário autorizada, Relatório Demonstrativo de APAC II – Meio Magnético para fins de consulta da auditoria.


Art. 13 Definir que o Departamento de Informática do SUS – DATASUS/MS, disponibilizará em seu BBS na área 38 SIA o programa da APAC II – Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores.

Art. 14 Esta Portaria entra em vigor a partir da competência dezembro de 2000.


José Serra

Publicada no DOU, de 8 de novembro de 2000.

Anexo I

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE APAC ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Nº Prontuário <input style="width: 100%;" type="text"/>
Identificação da Unidade		
NOME <input style="width: 90%;" type="text"/>		CNPJ <input style="width: 100%;" type="text"/>
Dados do Paciente		
NOME <input style="width: 100%;" type="text"/>		
CPF ou CNS <input style="width: 40%;" type="text"/>	NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <input style="width: 60%;" type="text"/>	
ENDEREÇO (Logradouro, nº, complemento, bairro) <input style="width: 60%;" type="text"/>		DDD <input style="width: 10%;" type="text"/>
		Nº TELEFONE <input style="width: 30%;" type="text"/>
MUNICÍPIO <input style="width: 30%;" type="text"/>	UF <input style="width: 10%;" type="text"/>	CEP <input style="width: 20%;" type="text"/>
		DATA DE NASCIMENTO <input style="width: 20%;" type="text"/>
		SEXO MASC. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 FEM. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
CONVÊNIO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Nome do Convênio <input style="width: 60%;" type="text"/>
Dados da Solicitação		
CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input style="width: 30%;" type="text"/>		NOME DO PROFISSIONAL DE SAÚDE (NS) SOLICITANTE <input style="width: 70%;" type="text"/>
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <input style="width: 100%; height: 100px;" type="text"/>		
DADOS CLÍNICOS QUE JUSTIFICAM A INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO <input style="width: 100%; height: 150px;" type="text"/>		
DIAGNÓSTICO <input style="width: 70%;" type="text"/>		CID 10 <input style="width: 30%;" type="text"/>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
ASSINATURA DO TÉCNICO SOLICITANTE (EXAMINADOR) <input style="width: 100%;" type="text"/>		Nº REGISTRO PROFISSIONAL <input style="width: 100%;" type="text"/>
DATA <input style="width: 100%;" type="text"/>		

Anexo II

 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		APAC- I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO		NÚMERO DA APAC	
NOME DO PACIENTE			CPF OU CNS		
SOLICITAÇÃO NOME DA UNIDADE SOLICITANTE				CÓDIGO	
CNS DO MÉDICO SOLICITANTE		NOME DO MÉDICO SOLICITANTE			
AUTORIZAÇÃO PROCEDIMENTO/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)				CÓDIGO	
ÓRGÃO AUTORIZADOR				CÓDIGO	
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS		CNPJ		UO/UGU	
PERÍODO DE VALIDADE		CPF DO AUTORIZADOR		ASSINATURA E CARIMBO	

Anexo III

Tabela de Nacionalidade

Código	Descrição	Código	Descrição
14	Venezuelano	32	Britânico
15	Colombiano	34	Canadense
16	Peruano	35	Espanhol
17	Equatoriano	36	Norte-Americano (EUA)
18	Surinamês	37	Francês
19	Guianense	38	Suíço
20	Naturalizado Brasileiro	39	Italiano
21	Argentino	41	Japonês
22	Boliviano	42	Chinês
23	Chileno	43	Coreano
24	Paraguaio	45	Português
25	Uruguaio	48	Outros Latino-Americanos
30	Alemão	49	Outros Asiáticos
31	Belga	50	Outros

Anexo IV

Tabela de Motivos de Cobrança da APAC

Para medicamentos:

- 5.1 – Suspensão da medicação por indicação médica
- 5.2 – Permanência do fornecimento por continuidade do tratamento
- 5.3 – Transferência do fornecimento para outra UPS
- 5.4 – Transferência por óbito
- 5.5 – Suspensão do fornecimento por abandono

Se alta:

- 6.1 – Alta por recuperação temporária da função renal
- 6.2 – Alta para transplante
- 6.3 – Alta por abandono do tratamento
- 6.4 – Alta do acompanhamento do receptor de transplante renal por perda do enxerto e retorno à diálise
- 6.5 – Alta de procedimentos cirúrgicos (acessos arteriais e venosos e instalações de cateteres)
- 6.6 – Alta por progressão do tumor na vigência do planejamento (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
- 6.7 – Alta por toxicidade (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
- 6.8 – Alta por outras intercorrências
- 6.9 – Alta por conclusão de tratamento

Se permanência:

- 7.1 – Permanece na mesma UPS com o mesmo procedimento
- 7.2 – Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento
- 7.3 – Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de linha de tratamento

- 7.4 – Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de finalidade de tratamento
- 7.5 – Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento por motivo de toxicidade

Se transferência:

- 8.1 – Transferência para outra UPS
- 8.2 – Transferência para internação por intercorrência

Se óbito:

- 9.1 – Óbito relacionado à doença
- 9.2 – Óbito não relacionado à doença
- 9.3 – Óbito por toxicidade do tratamento

Comentário

Regulamenta a Portaria/GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS.

Portaria GM nº 175, de 7 de fevereiro de 2001

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a criação e a regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, constantes da Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, publicada no Diário Oficial nº 31-E, de 14 de fevereiro de 2000, e considerando as especificidades da assistência e supervisão das atividades dos referidos Serviços Residenciais Terapêuticos, que tratam de ambulatório especializado em saúde mental, resolve:

Art. 1º Alterar o artigo 7º da Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que passa a ter a seguinte redação:

“Art. 7º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- a) 1 (um) profissional médico;
- b) 2 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial”

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Serra

Comentário

Define a equipe mínima dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental que deve atuar na assistência e supervisão das atividades dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002

Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, além das recomendações do grupo de trabalho constituído pela Portaria SAS/MS nº 395, de 25 de setembro de 2001, e tendo em vista a necessidade de atualização e revisão das portarias nºs 224, de 29 de janeiro de 1992, 088, de 21 de julho de 1993 e 147, de 25 de agosto de 1994, resolve:

Art. 1º Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 2º Estabelecer a seguinte classificação para os hospitais psiquiátricos integrantes da rede do SUS, apurada pelos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e o número de leitos do hospital, constante do atual cadastro do Ministério da Saúde.

Classe	Pontuação no PANSH	Número de Leitos
I	81 – 100 %	20 – 80
II	61 – 80 %	20 – 80
	81 – 100 %	81 – 120
III	61 – 80 %	81 – 120
	81 – 100 %	121 – 160
IV	61 – 80 %	121 – 160
	81 – 100 %	161 – 200
V	61 – 80 %	161 – 200
	81 – 100 %	201 – 240
VI	61 – 80 %	201 – 240
	81 – 100 %	241 – 400
VII	61 – 80 %	241 – 400
	81 – 100 %	Acima de 400
VIII	61 – 80 %	Acima de 400

Art. 3º Estabelecer que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS

deverão ser avaliados por meio do PNASH/Psiquiatria, no período de janeiro a maio de 2002, pelos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental das Secretarias Estaduais – Portaria GM/MS nº 799, podendo contar com outros profissionais convocados por decisão do gestor local.

Art. 4º Estabelecer o prazo de 90 (noventa) dias, a contar do resultado da avaliação realizada, conforme determinado no Artigo 3º desta Portaria, para a reavaliação dos hospitais que obtiverem pontuação equivalente a 40-60% do PNASH, para verificação da adequação ao índice mínimo de 61%, necessário à sua classificação como hospital psiquiátrico no SUS.

Parágrafo único. Os hospitais que obtiverem índice inferior a 40% do PNASH, assim como os hospitais que não alcançarem o índice mínimo de 61% do PNASH, após o processo de reavaliação, não serão classificados conforme o estabelecido nesta Portaria.

Art. 5º Determinar que, após a reavaliação, de que trata o artigo 4º, desta Portaria, o gestor local deverá adotar as providências necessárias para a suspensão de novas internações e a substituição planejada do atendimento aos pacientes dos hospitais que não obtiveram pontuação suficiente para a sua classificação.

Parágrafo único. O gestor local, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde, elaborará um projeto técnico para a substituição do atendimento aos pacientes dos hospitais não classificados, preferencialmente em serviços extra-hospitalares, determinando o seu descredenciamento do Sistema.

Art. 6º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde que promova a atualização dos procedimentos de atendimento em psiquiatria, de acordo com a classificação definida nesta Portaria, em substituição ao estabelecido na Portaria GM/MS nº 469, de 3 de abril de 2001.

Art. 7º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS inclua, na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS, procedimento específico para o processamento das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH dos hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH/Psiquiatria, até a transferência de todos os pacientes para outras unidades hospitalares ou serviços extra-hospitalares, definidas pelo gestor local do SUS.

Art. 8º Determinar que é atribuição intransferível do gestor local do Sistema Único de Saúde estabelecer o limite das internações em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares, estabelecendo instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência/emergência, preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada.

§ 1º Para a organização da porta de entrada, devem ser seguidas as recomendações contidas no MANUAL DO GESTOR PARA ATENDIMENTO TERRITORIAL EM SAÚDE MENTAL, instituído pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

§ 2º O número mensal de internações e o limite de internações para cada município ou região, estimadas de acordo com as metas estabelecidas, deverão constar do Plano Diretor de Regionalização/PDR, definido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

Art. 9º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com aplicação dos seus efeitos a partir da competência julho de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

José Serra

Anexo

Assistência hospitalar em psiquiatria no SUS

1. Diretrizes:

- consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes;
- organizar serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis;

- assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- articular-se com os planos diretores de regionalização estabelecidos pela NOAS-SUS 01/2001;
- definir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber, das presentes normas, e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. Normas para o atendimento hospitalar

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

2.2. Determinações gerais:

2.2.1. o hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta de entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital;

2.2.2. está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);

2.2.3. deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;

2.2.4. deve haver registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes, ficando garantida, no mínimo, a seguinte periodicidade:

- profissional médico: 1 vez por semana;
- outros profissionais de nível superior: 1 vez por semana, cada um;
- equipe de enfermagem: anotação diária.

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

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional de acordo com o projeto terapêutico individual;
- c) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);

- d) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando a prevenir a ocorrência de outras internações;
- f) essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito;
- g) desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência – aqueles com mais de 1 (um) ano ininterrupto de internação. O projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar;
- h) desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência;
- i) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

2.4. Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento da clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros

das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura e vigilância sanitária em vigor, Portaria GM/MS nº 1.884, de 11 de novembro de 1994, ou a que vier substituí-la, expedidas pelo Ministério da Saúde.

2.5. O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de $6\text{m}^2/\text{leito}$ e 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, 1 carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

2.6. O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m^2 , mais 20m^2 para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

2.7. Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo:

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

E ainda:

- para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro.
- para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:
- 1 assistente social;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 1 psicólogo;
- 4 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas.

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 1 nutricionista e 1 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.

A composição dos recursos humanos deve garantir a continuidade do quantitativo necessário em situações de férias, licenças e outros eventos.

Comentário

Esta portaria institui o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação fixados pela área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde quanto ao processo terapêutico e ANVISA para análise da área de vigilância sanitária.

Ao estabelecer classificação baseada no porte do hospital e na qualidade do atendimento prestado, a portaria tem o objetivo de reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, buscando nova configuração formada por hospitais de pequeno (até 80 leitos) e médio (até 160 leitos) portes, com redução progressiva dos leitos e melhoria na qualidade da assistência hospitalar psiquiátrica.

Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Lei nº 10.216, de 6/4/01, 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 1.077, 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 8 às 18 horas, em 2 (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 (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 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) 1 (um) médico com formação em saúde mental;
- b) 1 (um) enfermeiro;
- c) 3 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) 4 (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 1.077, 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 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 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 (4 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (8 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) 1 (um) médico psiquiatra;
- b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 4 (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) 6 (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 1.077, 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 5 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- h) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias;
- i) a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 (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) 2 (dois) médicos psiquiatras;
- b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 5 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) 8 (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) 3 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- b) 1 (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) 1 (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) 3 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- c) 1 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4. CAPSi 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 1.077, 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 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21 horas.

4.4.1. A assistência prestada ao paciente no CAPSi 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 intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

4.4.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSi 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) 1 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b) 1 (um) enfermeiro;

- c) 4 (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) 5 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5. CAPSad 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, as 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 1.077, 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 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas;
- h) manter de 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPSad 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 (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias;
- h) atendimento de desintoxicação.

4.5.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSad 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) 1 (um) médico psiquiatra;
- b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 1 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d) 4 (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) 6 (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, CAPSi II e CAPSad 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, necessitam 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 dessas 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 cadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPSi II e CAPSad 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 cadastramento, 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 (incluindo CAPSi II e CAPSad 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.

José Serra

Comentário

Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS.

Portaria GM nº 626, de 1º de abril de 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, e

Considerando a Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002, que inclui no Subsistema APAC/SIA-SUS os Serviços de Atenção Psicossocial e seus procedimentos, resolve:

Art. 1º Determinar que a totalidade dos recursos do Ministério da Saúde destinados ao financiamento dos procedimentos constantes da Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002, seja incluída no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

§ 1º Os recursos de que trata este artigo são adicionais aos recursos próprios de estados e Distrito Federal destinados para este mesmo fim.

§ 2º Estão incluídos nestes recursos aqueles anteriormente destinados ao custeio dos procedimentos 19.151.01.2 – Atendimento em núcleos/centros de atenção psicossocial – dois turnos paciente/dia e 19.151.02.0 – Atendimento em núcleos/centros de atenção psicossocial – um turno paciente/dia

§ 3º Os valores financeiros que integrarão o FAEC para o custeio dos procedimentos constantes da Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002, serão compostos por:

- a - Recursos já existentes no teto livre e destinados a este fim, com base na produção específica do ano de 2001;
- b - Recursos novos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Art. 2º Estabelecer que os valores referentes ao financiamento destes procedimentos, apurados por meio do processamento realizado pelo Departamento de Informática do SUS/DATASUS, serão transferidos aos municípios e estados em Gestão Plena de Sistema e, no caso dos estados não habilitados, serão acrescidos aos respectivos limites financeiros.

Art. 3º Estabelecer que os gestores dos estados, Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema efetuem, aos prestadores de serviços, os pagamentos objeto desta Portaria.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde fará o repasse para conta específica, vinculada ao respectivo Fundo de Saúde, sendo vedada a movimentação desta para outros fins.

Art. 4º Determinar que os gestores estaduais/municipais façam o pagamento aos prestadores, observando o prazo estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.478, de 20 de agosto de 1998.

Parágrafo único. O não cumprimento dos prazos de que trata este artigo é motivo para a instauração de auditoria com vistas à desabilitação do município e/ou estado.

Art. 5º Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde – SUS.

10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 6º Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, o número de Centros de Atenção Psicossocial previsto por Unidade da Federação.

Art. 7º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência setembro de 2002.

Barjas Negri

Anexo – Plano de Expansão CAPS/NAPS por Região e Unidade da Federação – 2002

Regiões/Estados	Nº
Região Norte	32
Pará	14
Acre	2
Roraima	1
Rondônia	2
Amapá	2
Amazonas	6
Tocantins	5
Região Nordeste	78
Alagoas	7
Bahia	12
Ceará	22
Maranhão	6
Paraíba	5
Pernambuco	14
Piauí	3
Rio Grande do Norte	6
Sergipe	3
Região Sudeste	153
Espírito Santo	7
Minas Gerais	42
Rio de Janeiro	47
São Paulo	57
Região Sul	91
Paraná	16
Rio Grande do Sul	54
Santa Catarina	21
Região Centro-oeste	20
Distrito Federal	3
Goiás	7
Mato Grosso	6
Mato Grosso do Sul	4
Total Brasil	374

Comentário

Esta portaria determina que os recursos destinados ao custeio dos CAPS definidos na Portaria SAS nº 336 e nº 189 sejam incluídos no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), sendo recursos extra-teto, garantindo também a utilização dos mesmos para os procedimentos previstos. Define também, o plano de expansão da rede de CAPS no País para 2002.

Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

- as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001;
- o aumento do consumo de álcool e outras drogas, entre crianças e adolescentes no País, confirmado por estudos e pesquisas;
- os crescentes problemas relacionados ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa;
- a necessidade de ampliar a oferta de atendimento a essa clientela na rede do SUS;
- a contribuição do uso indevido de drogas para o aumento do número de casos de doenças como a aids e as infecções causadas pelos vírus B-HBV e C-HCV da hepatite, em decorrência do compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis;
- a necessidade de reformulação e adequação do modelo de assistência oferecida pelo SUS a usuários de álcool e outras drogas, aperfeiçoando-a e qualificando-a;
- a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários;
- as conclusões e recomendações constantes do Relatório Final do Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Rede do SUS, promovido pelo Ministério da Saúde, em agosto de 2001;
- a diretriz constante na Política Nacional Antidrogas de reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, amparada pelo artigo 196, da Constituição Federal, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda, e
- as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de dezembro de 2001, as quais recomendam que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou

uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, tendo por objetivos:

I – Articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas;

II – Organizar e implantar rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial;

III – Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas;

IV – Realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros;

V – Organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais;

VI – Promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais.

Art. 2º Definir, na forma do Anexo I desta Portaria, e em conformidade com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001, as competências e atribuições relativas à implantação/gestão do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas de cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 3º Estabelecer que, em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos estados e no Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País e da

variação da incidência dos transtornos causados pelo uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, deverão ser implantados no País, nos próximos três anos, 250 Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, em Etapas Anuais de Implantação, conforme segue:

- a) Etapa 1 – Ano de 2002/2003 – 120 (cento e vinte) Centros distribuídos estrategicamente nas capitais e municípios com população igual ou superior a 200.000 habitantes – conforme planilha constante do Anexo II desta Portaria;
- b) Etapa 2 – Ano de 2004 – 130 (cento e trinta) Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, sendo 80 (oitenta) distribuídos estrategicamente, na proporção de 01 CAPS para cada 500.000 habitantes, em grandes regiões metropolitanas, que já terão implantado a parte inicial da rede necessária (etapas 1 e 2), além de mais 50 (cinquenta) a serem localizados em cidades com menos de 200.000 habitantes de acordo com necessidades estratégicas/epidemiológicas.

Art. 4º Alocar recursos financeiros adicionais na ordem de R\$18.000.000,00 (dezoito milhões de reais), previstos no Orçamento do Ministério da Saúde para o custeio, no exercício de 2002, das atividades previstas nesta Portaria, cujas despesas correrão à conta do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art. 5º Estabelecer que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos serviços que vierem a ser criados e cadastrados em conformidade com o estabelecido nesta Portaria, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, conforme estabelecido nas Portarias GM/MS nº 366, de 19 de fevereiro de 2002 e SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002.

Art. 6º Determinar o pagamento de um incentivo adicional de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) para os municípios e estados que implantarem novos serviços ou realizarem a adequação dos já existentes.

§ 1º Ficam alocados recursos financeiros na ordem de R\$3.000.000,00 (três milhões de reais), do orçamento do Ministério da Saúde, para a execução desta atividade no exercício de 2002.

§ 2º O incentivo de que trata este artigo será transferido aos municípios, após avaliação e inclusão de suas respectivas unidades no Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, pela Assessoria Técnica da Secretaria de Assistência à Saúde – ASTEC/SAS/MS.

Art. 7º Instituir o Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos da rede SUS para os Serviços de Atenção aos Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas, a ser regulamentado em ato específico da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS.

Parágrafo único. Ficam alocados recursos financeiros da ordem de R\$ 1.890.000,00 (hum milhão, oitocentos e noventa mil reais) para o cumprimento da Primeira Etapa do Programa de Capacitação objeto deste artigo.

Art. 8º Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde – SUS.

10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 9º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde adote as providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria, procedendo a sua respectiva regulamentação.

Art. 10 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Barjas Negri

Anexo I

1. Compete ao Ministério da Saúde:

- a) Instituir o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, seus princípios e diretrizes de implantação e funcionamento, estabelecendo critérios/exigências de habilitação de serviços, critérios de implantação das redes de assistência aos portadores de transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas e critérios técnicos de desenvolvimento do trabalho;
- b) Atribuir à Assessoria Técnica da Secretaria de Assistência à Saúde – ASTEC/SAS/MS a coordenação do Programa em âmbito nacional;
- c) Definir e implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas;
- d) Definir e implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, estabelecendo convênios de cooperação técnica com as instituições formadoras ou serviços;
- e) Estabelecer as normas de funcionamento e cadastramento de serviços que integrarão as redes assistenciais;
- f) Articular com os estados, municípios e o Distrito Federal a implantação do Programa e o estabelecimento de mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;
- g) Assessorar os estados e o Distrito Federal na implantação, em seus respectivos âmbitos de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas e na organização de suas respectivas Redes Estaduais;
- h) Utilizar os sistemas de informação epidemiológica e assistencial para constituir um banco de dados que permita acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa, definindo seus indicadores;

- i) Apoiar a realização de estudos de prevalência de base populacional para o conhecimento da distribuição dos pacientes portadores de transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas e outras pesquisas relevantes;
- j) Alocar recursos financeiros destinados ao co-financiamento das atividades do Programa;
- l) Divulgar o Programa de maneira a conscientizar e informar a população e os profissionais de saúde sobre a importância da realização das ações preventivas e assistenciais previstas no Programa.

2. Compete às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal:

- a) Elaborar, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas;
- b) Designar um Coordenador Estadual do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em articulação com o Programa de Saúde Mental do Estado;
- c) Organizar e implantar rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, identificando os serviços delas integrantes, os Centros de Atenção Psicossocial, estabelecendo os fluxos de referência e contra-referência entre estes serviços e garantindo a execução de todas as fases do processo assistencial previsto no Programa;
- d) Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- e) Definir e implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e drogas;

- f) Definir e implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos portadores de transtornos causados pelo uso abusivo de álcool e drogas;
- g) Assessorar os municípios no processo de implementação do Programa, no desenvolvimento das atividades e na adoção de mecanismos destinados ao controle, avaliação e acompanhamento do processo;
- h) Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;
- i) Monitorar o desempenho do Programa em seu estado e os resultados alcançados;
- j) Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade.

3. Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

- a) Elaborar, em parceria com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio da Comissão Intergestores Bipartite, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas;
- b) Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) na rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas;
- c) Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;
- d) Monitorar o desempenho do Programa em seu município e os resultados alcançados;
- e) Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas;
- f) Executar programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos

pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas;

- g) Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS.

Anexo II

Etapa de implantação 1 – 2002/2003 Estados/Municípios/nº de CAPSad

Estados da Federação	Municípios	Nº de Centros
Acre	Rio Branco	1
Alagoas	Maceió	1
Amazonas	Manaus	1
Amapá	Macapá	1
Bahia	Feira de Santana	1
	Ilhéus	1
	Salvador	2
	Vitória da Conquista	1
Ceará	Caucaia	1
	Fortaleza	2
	Juazeiro do Norte	1
Distrito Federal	Brasília	2
Espírito Santo	Cariacica	1
	Serra	1
	Vila Velha	1
	Vitória	1
Goiás	Anápolis	1
	Aparecida de Goiânia	1
	Goiânia	1
Maranhão	Imperatriz	1
	São Luís	1
Minas Gerais	Belo Horizonte	2
	Betim	1
	Contagem	1
	Governador Valadares	1
	Ipatinga	1
	Juiz de Fora	1
	Montes Claros	1
	Ribeirão das Neves	1
	Uberaba	1
	Uberlândia	1

Estados da Federação	Municípios	Nº de Centros
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	1
Mato Grosso	Cuiabá	1
	Várzea Grande	1
Pará	Ananindeua	1
	Belém	1
	Santarém	1
Paraíba	Campina Grande	1
	João Pessoa	1
Pernambuco	Caruaru	1
	Jaboatão dos Guararapes	1
	Olinda	1
	Paulista	1
	Petrolina	1
	Recife	1
Piauí	Teresina	1
Paraná	Cascavel	1
	Curitiba	1
	Foz do Iguaçu	1
	Londrina	1
	Maringá	1
	Ponta Grossa	1
	São José dos Pinhais	1
Rio de Janeiro	Belford Roxo	1
	Campos dos Goytacazes	1
	Duque de Caxias	1
	Magé	1
	Niterói	1
	Nova Iguaçu	1
	Petrópolis	1
	Rio de Janeiro	3
	São Gonçalo	1
São João de Meriti	1	
Volta Redonda	1	
Rio Grande do Norte	Mossoró	1
	Natal	1
Rondônia	Porto Velho	1
Roraima	Boa Vista	1
Rio Grande do Sul	Canoas	1
	Caxias do Sul	1
	Gravataí	1
	Novo Hamburgo	1
	Pelotas	1
	Porto Alegre	1
	Santa Maria	1
	Viamão	1
Santa Catarina	Blumenau	1
	Florianópolis	1
	Joinville	1

Estados da Federação	Municípios	Nº de Centros
Sergipe	Aracaju	1
São Paulo	Barueri	1
	Bauru	1
	Campinas	1
	Carapicuíba	1
	Diadema	1
	Embu	1
	Franca	1
	Guarujá	1
	Guarulhos	1
	Itaquaquecetuba	1
	Jundiaí	1
	Limeira	1
	Marília	1
	Mauá	1
	Moji das Cruzes	1
	Osasco	1
	Piracicaba	1
	Praia Grande	1
	Ribeirão Preto	1
	Santo André	1
	Santos	1
	São Bernardo do Campo	1
	São José do Rio Preto	1
	São José dos Campos	1
	São Paulo	3
	São Vicente	1
Sorocaba	1	
Sumaré	1	
Suzano	1	
Taboão da Serra	1	
Taubaté	1	
Tocantins	Palmas	1
TOTAL		120

Comentário

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Portaria GM nº 817, de 30 de abril de 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental,

Considerando a Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002, que criou no âmbito do SUS entre outros os serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas,

Considerando a Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, que cria o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas e define atribuições e competências das instâncias do SUS na implantação e gerenciamento,

Considerando a Portaria SAS/MS nº 305, de 30 de abril de 2002, que aprova normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, e

Considerando a necessidade de definir as competências específicas das áreas hospitalar e ambulatorial no atendimento aos usuários de álcool e outras na rede do SUS, resolve:

Art. 1º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento abaixo descrito e seus procedimentos:

89.100.02.6 – Internação para Tratamento de Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e Drogas.

89.300.09.2 – Internação para Tratamento de Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e/ou Outras Drogas.

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	PERM	Faixa Etária
25,30	2,50	2,45	30,30	018	01	12 a 16

CID compatíveis: F10.1 F10.2 F10.5

F11.1 F11.2 F11.5

F12.1 F12.2 F12.5

F13.1 F13.2 F13.5

F14.1 F14.2 F14.5

F15.1 F15.2 F15.5

F16.1 F16.2 F16.5

F17.1 F17.2 F17.5

F18.1 F18.2 F18.5

F19.1 F19.2 F19.5

89.500.08.3 – Internação para Tratamento de Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e/ou Outras Drogas.

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	PERM	Faixa Etária
25,30	2,50	2,45	30,30	018	01	16 a 99

CID compatíveis: F10.1 F10.2 F10.5 F10.6 F10.7

F11.1 F11.2 F11.5 F11.6 F11.7

F12.1 F12.2 F12.5 F12.6 F13.7

F13.1 F13.2 F13.5 F13.6 F13.7

F14.1 F14.2 F14.5 F14.6 F14.7

F15.1 F15.2 F15.5 F15.6 F15.7

F16.1 F16.2 F16.5 F16.6 F16.7

F17.1 F17.2 F17.5 F17.6 F17.7

F18.1 F18.2 F18.5 F18.6 F18.7

F19.1 F19.2 F19.5 F19.6 F19.7

Parágrafo único – Os procedimentos constantes deste artigo consistem no tratamento em regime de internação hospitalar de pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e/ou dependência de Álcool e Drogas.

Art. 2º Estabelecer que a AIH para cobrança dos procedimentos, 89.300.09.2 e 89.500.08.3 terá validade de 30 dias sendo o limite de 21 diárias por AIH.

§ 1º Na primeira linha do campo serviços profissionais, deverá ser lançado o número de diárias utilizadas.

§ 2º Não serão permitidas as cobranças de permanência a maior, diária de UTI e demais procedimentos especiais.

Art 3º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento abaixo descrito e seus procedimentos:

89.300.10.6 – Internação para Tratamento de Síndrome de Abstinência por Uso Prejudicial de Álcool e Drogas.

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	PERM	Faixa Etária
25,30	2,50	2,45	30,30	018	01	12 a 16

CID compatíveis: F10.3 F10.4

F11.3 F11.4

F12.3 F12.4

F13.3 F13.4

F14.3 F14.4

F15.3 F15.4

F16.3 F16.4

F17.3 F17.4

F18.3 F18.4

F19.3 F19.4

89.500.09.1 – Internação para Tratamento de Síndrome de Abstinência por Uso Prejudicial de Álcool e Drogas.

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	PERM	Faixa Etária
25,30	2,50	2,45	30,30	018	01	16 a 99

CID compatíveis: F10.3 F10.4

F11.3 F11.4

F12.3 F12.4

F13.3 F13.4

F14.3 F14.4

F15.3 F15.4

F16.3 F16.4

F17.3 F17.4

F18.3 F18.4

F19.3 F19.4

Parágrafo único. Os procedimentos constantes deste Artigo consistem no tratamento em regime de internação hospitalar de pacientes em síndrome de abstinência decorrente do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas.

Art. 4º Estabelecer que a AIH para cobrança dos procedimentos, 89.300.10.6 e 89.500.09.1 terá validade de 30 dias sendo o limite de 15 diárias por AIH.

§ 1º Na primeira linha do campo serviços profissionais, deverá ser lançado o número de diárias utilizadas.

§ 2º Não serão permitidas as cobranças de permanência a maior, diária de UTI e demais procedimentos especiais.

Art. 5º Estabelecer que a cobrança dos procedimentos, 89.300.09.2, 89.500.08.3, 89.300.10.6 e 89.500.09.1, somente poderá ser efetuada por Hospitais Gerais.

Art 6º A emissão da AIH para realização dos procedimentos 89.300.09.2, 89.500.08.3, 89.300.10.6 e 89.500.09.1 pelo gestor do SUS, deverá ser efetuada mediante apresentação de laudo médico de solicitação de internação emitido preferencialmente por especialista vinculado ao CAPSad.

Art 7º Incluir no grupo de procedimentos 89.100.01.8 – Intoxicações Exógenas e Envenenamentos os seguintes procedimentos:

89.300.11.4 – Tratamento de Intoxicação Aguda por Uso de Drogas.

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	PERM	Faixa Etária
71,62	23,17	4,32	99,11	018	03	12 a 16

CID compatíveis: F11.0

F12.0

F13.0

F14.0

F15.0

F16.0

F17.0

F18.0

F19.0

89.500.10.5 – Tratamento de Intoxicação Aguda por Uso de Drogas.

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	PERM	Faixa Etária
71,62	23,17	4,32	99,11	018	03	16 a 99

CID compatíveis: F11.0

F12.0

F13.0

F14.0

F15.0

F16.0

F17.0

F18.0

F19.0

Art 8º Estabelecer que nos casos de internação para tratamento de pacientes com intoxicação aguda por uso de álcool deverão ser utilizados os procedimentos 89.300.05.0 – Intoxicação por Álcool e 89.500.05.9 – Intoxicação por Álcool já constantes no grupo 89.100.01.8 – Intoxicações Exógenas e Envenenamentos da Tabela do SIH-SUS.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos a partir da competência setembro de 2002.

Barjas Negri

Comentário

Inclui na Tabela de Procedimentos SIH-SUS os procedimentos referentes à internação por uso prejudicial de álcool e drogas.

Portaria GM nº 1.467, de 14 de agosto de 2002

O Ministro de Estado da Saúde no uso de suas atribuições legais, e considerando a necessidade de reorientação do modelo assistencial psiquiátrico, conforme determina a Lei nº 10.216/2001, e o disposto nas portarias GM/MS nº 799, de 19 de julho de 2002 e 251, de 31 de janeiro de 2002, resolve:

Art. 1º Constituir, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, destinada a avaliar permanentemente o processo de supervisão e reclassificação hospitalar, apreciar recursos quanto às classificações realizadas, propor aperfeiçoamentos no sistema de avaliação, acompanhar a etapa de reestruturação dos hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos.

Art. 2º Definir que a Comissão de que trata o Artigo 1º desta Portaria será composta de representantes das seguintes instituições e instâncias do Sistema Único de Saúde – SUS, sob a coordenação do primeiro:

- Área Técnica de Saúde Mental da Assessoria Técnica/ASTECSAS
- ASTEC/SAS/Consultoria do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH
- Serviço de Atendimento ao Cidadão/Usuário do SUS – SAC/SUS – SAS/MS
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
- Conselho Nacional de Saúde – CNS
- Representante dos Hospitais Privados Conveniados
- Representante dos Hospitais Privados Filantrópicos

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Barjas Negri

Comentário

Cria comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação (PNASH/Psiquiatria) da rede de hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS.

Portaria GM nº 1.635, de 12 de setembro de 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a necessidade de garantir às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas,

Considerando a necessidade de organização do atendimento à pessoa portadora de deficiência mental e de autismo no Sistema Único de Saúde, e

Considerando a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes com deficiência mental e autismo que demandem cuidados de atenção em saúde, resolve:

Art. 1º Incluir, no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, o procedimento abaixo relacionado:

38.000.00-8	Acompanhamento de Pacientes
38.080.00-1	Acompanhamento de Pacientes com Deficiência Mental ou com Autismo
38.081.00-8	Acompanhamento de Pacientes com Deficiência Mental ou com Autismo
38.081.01-6	Acompanhamento de Pacientes que Necessitam de Estimulação Neuro – Sensorial
Consiste no conjunto de atividades individuais de estimulação sensorial e psicomotora, realizada por equipe multiprofissional, visando à reeducação das funções cognitivas e sensoriais. Inclui avaliação, estimulação e orientação relacionadas ao desenvolvimento da pessoa portadora de deficiência mental ou com autismo (máximo 20 procedimentos/paciente/mês).	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	18/100
Atividade Profissional	02, 28, 36, 39, 54, 55 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01,02,03,04,05,06,07,09,11,12, 13,14, 15, 16, 17,19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00

CID	F70,F71,F72,F73,F78,F79,F83,F84,F84.0.F84.1, F84.2,F84.3,F84.4,F84.5,F84.8, F84.9
Valor do Procedimento	14,00

Art. 2º Incluir, no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, o Procedimento definido no Artigo 1º desta Portaria e regulamentar a utilização de instrumentos e formulários para sua operacionalização:

- Laudo para Emissão de APAC para pessoas portadoras de deficiência mental ou com autismo (Anexo I). Este documento justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação do procedimento. Deve ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo paciente, em duas vias. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda será encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.
- APAC-I/Formulário (Anexo II). Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Deve ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda via será encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.
- APAC-II/Meio Magnético - Instrumento destinado ao registro de informações, identificação de paciente e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

§ 1º Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer Lay Out próprio do Laudo e definir outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações contidas no *Lay Out* desta Portaria.

§ 2º A confecção e distribuição da APAC-I/Formulário são de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 492, de 26 de agosto de 1999.

§ 3º Cabe aos gestores estaduais / municipais designar os órgãos autorizadores.

Art. 3º Estabelecer que permanece a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identidade do Contribuinte – CPF/CIC para identificar os pacientes no Sistema.

Parágrafo Único – O uso do CPF/CIC não é obrigatório para os pacientes que não o possuírem até a data da realização do Procedimento. Nesses casos, eles serão identificados nominalmente.

Art. 4º Definir que a APAC-I/Formulário será emitida para a realização do procedimento de código 38.081.01-6 Acompanhamento de Pacientes que Necessitam de Estimulação Neuro – Sensorial (Procedimento Principal).

Art. 5º Definir que a cobrança do procedimento autorizado na APAC-I/Formulário será efetuada somente por intermédio da APAC-II/Meio Magnético, da seguinte forma:

§ 1º APAC-II/Meio Magnético Inicial - abrange o período que compreende a data de início da validade da APAC-I/Formulário até o último dia do mesmo mês;

§ 2º APAC-II/Meio Magnético de Continuidade – abrange o período que compreende os 2º e 3º meses subsequentes a APAC-II/Meio Magnético Inicial.

Art. 6º Estabelecer que somente as unidades cadastradas no SIA/SUS que possuam o serviço de reabilitação com classificação 18/100 poderão realizar/cobrar o procedimento de código 38.081.01-6 Acompanhamento de Pacientes que Necessitam de Estimulação Neuro – Sensorial.

Art.7º As unidades cadastradas no SIA-SUS que prestam atendimento ao portador de deficiência mental e autismo poderão realizar e cobrar em BPA (Formulário ou Meio Magnético) os seguintes procedimentos:

0702104-6 - Aplicação de testes para psicodiagnóstico.

0702105-4 - Terapias em Grupo

0702106-2 - Terapias Individuais

0702107-0 - Visita Domiciliar para Consulta/Atendimento em Assistência Especializada e de Alta Complexidade

18.01101-2 - Atendimento a alterações motoras

19.141.01.7 - atendimentos a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação visual e/ou auditiva e/ou mental e/ou autismo.

19.151.03-9 - Atendimento em Oficinas Terapêuticas I

19.151.04-7 - Atendimento em Oficinas Terapêuticas II

Art. 8º Determinar que a APAC-II/Meio Magnético poderá ser encerrada com os códigos abaixo discriminados, de acordo com a Tabela de Motivos de Cobrança do SIA/SUS:

- 6.3 Alta por abandono do tratamento;
- 6.9 Alta por conclusão do tratamento;
- 7.1 Permanece na mesma UPS com o mesmo procedimento;
- 7.2 Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento;
- 8.1 Transferência para outra UPS;
- 9.1 Óbito relacionado à doença;
- 9.2 Óbito não relacionado à doença.

Art. 9º Definir que o valor do Procedimento constante do Artigo 1º desta Portaria inclui todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais, voltadas para a assistência às pessoas portadoras de deficiência mental ou autismo.

Art. 10. Utilizar as Tabelas do Sistema APAC-SIA, abaixo relacionadas, para registrar as informações referentes aos procedimentos:

- Tabela Motivos de Cobrança (Anexo III);
- Tabela de Nacionalidade (Anexo IV)

Art. 11. Definir que o Departamento de Informática do SUS (DATA-SUS) disponibilizará em seu BBS/DATASUS/MS área 38 - SIA, o programa da APAC-II/Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.


Art. 12. Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuarem o acompanhamento, o controle, a avaliação e a auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 13. Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde (SUS);

10.302.0023.4307 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Anexo II

 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		APAC - I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO		NÚMERO DA APAC	
NOME DO PACIENTE					
CNS			CPF		
SOLICITAÇÃO					
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE				CÓDIGO	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
AUTORIZAÇÃO					
PROCEDIMENTO/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)				CÓDIGO	
ORGÃO AUTORIZADOR				CÓDIGO	
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS		CNPJ		CÓDIGO	
CNS DO AUTORIZADOR			CPF DO AUTORIZADOR		
PERÍODO DE VALIDADE			ASSINATURA E CARIMBO		

Anexo III

Tabela de Motivo de Cobrança da APAC

Cód.	Descrição
2.1	Recebimento de órtese e prótese e meios auxiliares de locomoção
2.2	Equipamento não dispensado dentro do período de validade da APAC;
2.3	Equipamento não dispensado (inadequação do equipamento)
3.1	Deficiência auditiva comprovada (utilizado para a indicação do AASI)
3.2	Adaptação do AASI (utilizado para indicação do procedimento acompanhamento)
3.3	Progressão da perda auditiva (utilizado para indicação de reposição do AASI)
3.4	Falha técnica de funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI (utilizado para indicação de reposição do AASI)

3.5	Indicação para cirurgia com implante coclear
3.6	Audição normal
3.7	Diagnóstico em fase de conclusão (utilizado para cobrança dos exames BERA e Emissões Otoacústicas)
4.1	Exame(s) realizado(s)
4.2	Paciente não compareceu para tratamento
5.1	Suspensão do(s) medicamento(s) por indicação médica devido à conclusão do tratamento
5.2	Permanência do fornecimento do(s) medicamento(s) por continuidade do tratamento
5.3	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por transferência do paciente para outra UPS
5.4	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por óbito
5.5	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por abandono do tratamento
5.6	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devida a mudança da medicação
5.7	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devido a intercorrências
5.8	Interrupção temporária do fornecimento do(s) medicamento(s) por falta da medicação
6.0	Alta do treinamento de DPAC ou DPA
6.1	Alta por recuperação temporária da função renal
6.2	Alta para transplante
6.3	Alta por abandono do tratamento
6.4	Alta do acompanhamento do receptor de transplante para retransplante por perda do enxerto
6.5	Alta de procedimentos cirúrgicos
6.6	Alta por progressão do tumor na vigência do planejamento (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
6.7	Alta por toxicidade (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
6.8	Alta por outras intercorrências;
6.9	Alta por conclusão do tratamento
7.1	Permanece na mesma UPS com mesmo procedimento
7.2	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento
7.3	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de linha de tratamento
7.4	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de finalidade de tratamento
7.5	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento por motivo de toxicidade
8.1	Transferência para outra UPS

8.2	Transferência para internação por intercorrência
9.1	Óbito relacionado à doença
9.2	Óbito não relacionado à doença
9.3	Óbito por toxicidade do tratamento

Comentário

Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), procedimento específico que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas.

Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002

Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

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 Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental, da ONU, de 17 de dezembro de 1991;

Considerando as resoluções do Seminário “Direito à Saúde Mental – regulamentação e aplicação da Lei 10.216^o, realizado em 23 de novembro de 2001, pelo Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados;

Considerando as consultas realizadas pelo Ministério da Saúde, em articulação com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, junto ao Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça;

Considerando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e

Considerando as consultas realizadas pelo Ministério da Saúde junto às instâncias municipais e estaduais do SUS, na área de Saúde Mental, resolve:

Art. 1^o Determinar que os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, observem o disposto nesta Portaria para efetuarem as internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, conforme o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 2^o Definir que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

Art. 3º Estabelecer que ficam caracterizadas quatro modalidades de internação:

- Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI);
- Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV),
- Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI),
- Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC).

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente.

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente.

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação.

Art. 4º Estabelecer que as internações involuntárias, referidas no art. 3º § 2º, deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias:

I – ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer, II – à Comissão referida no art. 10.

Art. 5º Estabelecer que a Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no artigo anterior, observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante do Anexo desta Portaria), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.

Parágrafo único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

- I – identificação do estabelecimento de saúde;
- II – identificação do médico que autorizou a internação;
- III – identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;

- IV – caracterização da internação como voluntária ou involuntária;
- V – motivo e justificativa da internação;
- VI – descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;
- VII – CID;
- VIII – informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS);
- IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interdito ou não; e
- X - informações sobre o contexto familiar do usuário;
- XI - previsão estimada do tempo de internação.

Art. 6º Estabelecer que ao Ministério Público caberá o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente.

Art. 7º Determinar que, se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação involuntária, o estabelecimento de saúde envie ao Ministério Público o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente.

Art. 8º Definir que caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, conforme modelo de formulário anexo, do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações:

- I – numeração da IPI;
- II – data;
- III – condições da alta;
- IV – encaminhamento do paciente.

Art. 9º Estabelecer que nas internações voluntárias deverá ser solicitado ao paciente que firme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo em anexo, que ficará sob a guarda do estabelecimento.

Art.10 Estabelecer que o gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a par-

ticipação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente.

§ 1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de Saúde Mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares.

§ 2º Se necessário, poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias, em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte.

Art. 11 Definir que o Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito.

Art. 12 Estabelecer que a Comissão Revisora efetuará, até o sétimo dia da internação, a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de vinte e quatro horas.

Art. 13 Estabelecer que o Diretor do estabelecimento enviará mensalmente ao gestor estadual do SUS, listagem contendo o nome do paciente internado e o número da notificação da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI e IPVI), ressalvados os cuidados de sigilo.

Art. 14 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Barjas Negri

Anexos

(timbre da instituição)

_____, de _____ de 200__.

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 6/4/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do paciente abaixo relacionado:

**Comunicação de internação psiquiátrica involuntária ao
Ministério Público de _____ nº _____**

1. Estabelecimento

Nome: _____ CGC: _____

2. Paciente

Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Identidade nº: _____ Órgão exp.: _____

UF: _____ CIC: _____

Naturalidade: _____ UF: _____

Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Acompanhante/Responsável

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Identidade nº: _____ Órgão exp.: _____

Assinatura: _____

→
continua

continuação

3. Internação

Data: ___/___/___ Hora: ___:___ CID: _____

Local: _____

Motivo da Internação: _____

Justificativa da Involuntariedade: _____

Motivo de discordância do paciente quanto à internação: _____

Antecedentes psiquiátricos: _____

Tempo estimado da internação (dias):

() 1 a 5 () 6 a 14 () 15 a 21 () 22 a 30 () mais de 30

Médico responsável pela internação: _____

Assinatura e carimbo com nº do CRM

Contexto familiar: _____

4. Situação jurídica do paciente:

() Interditado? () sim () não () informação ignorada

5. Dados sobre INSS: _____

6. Observações: _____

(timbre da instituição)

_____, de _____ de 200__.

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 6/4/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do paciente abaixo relacionado:

Comunicação de alta do paciente nº

1. Estabelecimento

Nome: _____ CGC: _____

2. Paciente

Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Identidade nº: _____ Órgão exp.: _____

UF: _____ CIC: _____

Naturalidade: _____ UF: _____

Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

3. Alta

Data: ____/____/____ Hora: __:__ CID: _____ Setor: _____

→
continua

continuação

Justificativa da Alta: _____

Médico responsável pela alta: _____

Assinatura e carimbo com nº do CRM

Familiar responsável pelo paciente: _____

Grau de parentesco: _____

Identidade nº: _____ Órgão Exp.: _____ UF: ____

Assinatura do Responsável

4. Alta solicitada por:

() médico () familiar () responsável legal

() outros _____

5. Observações:

(timbre da instituição)

_____, de _____ de 200__.

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 7º, da Lei nº 10.216, de 6/4/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

**Termo de consentimento livre e esclarecido para
internação psiquiátrica voluntária nº _____**

1. Estabelecimento

Nome: _____

CGC: _____

2. Paciente

Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Identidade nº: _____ Órgão Exp.: _____ UF: _____

CIC: _____

Naturalidade: _____ UF: _____

Nacionalidade: _____ Data de Nasc.: ___/___/___

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

→
continua

continuação

3. Internação

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ CID: _____ Setor: _____

Justificativa: _____

Médico responsável: _____

Assinatura e carimbo com nº do CRM

Familiar/Responsável pelo paciente: _____

Grau de parentesco: _____

Identidade nº: _____ Órgão Exp.: _____ UF: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Assinatura do Responsável

4. Consentimento Livre e Esclarecido

Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei nº 10. 216.

Brasília, ____ de _____ de 200__.

Assinatura ou polegar do paciente

5. Observações:

Comentário

Notificação das internações psiquiátricas involuntárias. Define critérios e mecanismos para acompanhamento sistemático, pelo Ministério Público e instâncias gestoras do SUS, das internações psiquiátricas involuntárias, configurando-se como um dos pontos necessários de regulamentação da Lei nº 10.216.

Portaria GM nº 457, de 16 de abril de 2003

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

- que o uso prejudicial e a dependência de álcool e outras drogas têm repercussão sobre todas as esferas da sociedade, constituindo, nos dias de hoje, grave problema de saúde pública a ser enfrentado pelos gestores nos diferentes níveis de governo;
- o aumento do consumo de álcool e outras drogas, entre crianças e adolescentes no País, confirmado por estudos e pesquisas;
- os crescentes problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas pela população adulta e economicamente ativa;
- a necessidade de reformulação e adequação do modelo de assistência oferecida pelo SUS ao usuário de álcool e outras drogas, aperfeiçoando-a e qualificando-a;
- a necessidade de ampliar a oferta de atendimento integral (promoção, prevenção, tratamento e redução de danos) a essa clientela na rede do SUS;
- a contribuição do uso indevido de drogas para o aumento do número de casos de doenças como a aids e hepatites virais em decorrência do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis; e compartilhamento de outros insumos em outras vias de administração de drogas pelos usuários;
- a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na inclusão dos seus usuários;
- as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001;
- as conclusões e recomendações constantes do Relatório Final do Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Rede do SUS, promovido pelo Ministério da Saúde, em agosto de 2001;
- as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de dezembro de 2001, as quais recomendam que a atenção

psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica, e

- as diretrizes constantes na Política Nacional Antidrogas, Lei nº 10.409, de 11 de Janeiro de 2002, § 2º do art. 12 e, em leis estaduais e municipais de redução de danos que reconhecem as estratégias de redução de danos sociais e à saúde, amparada pelo artigo 196, da Constituição Federal, como intervenção preventiva, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Ministério da Saúde alocado na área técnica de SM/SAS, Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. A composição do referido Grupo de Trabalho (GT) de que trata este artigo terá a seguinte composição:

Secretaria Executiva/Gabinete

Coordenação Nacional DST/AIDS

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Secretaria de Assistência à Saúde com as seguintes áreas:

Saúde Mental

Saúde do Adolescente e do Jovem

Prevenção de Violência e Causas Externas

Saúde do Trabalhador

Atenção Básica

Art. 2º São as seguintes as atribuições do referido GT.

I – Desenvolver as diretrizes da Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

II – Responder pela articulação das ações dos programas do Ministério da Saúde envolvidas e nas demais instâncias pertinentes;

III – Planejar, coordenar e executar ações integrantes das diretrizes da Política, no que se refere a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, em articulação com os respectivos Dirigentes dos Órgãos e/ou Entidades Vinculadas;

IV – Acompanhar e avaliar a execução das ações programadas;

V – Participar das atividades a serem desenvolvidas, contribuindo com subsídios técnicos, políticos e administrativos, relativos aos programas do Ministério da Saúde inseridos no Grupo de Trabalho setorial, concorrendo dessa forma para a consecução de suas finalidades.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições anteriores.

Gastão Wagner de Sousa Campos

Comentário

Cria grupo de trabalho intraministerial (GAOD) para estabelecimento de uma política de saúde para a área de álcool e outras drogas.

Portaria GM nº 1.455, de 31 de julho de 2003

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a 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 Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental;

Considerando a Portaria nº 189/SAS de 20 de março de 2002, que inclui procedimentos ambulatoriais na tabela do SIA-SUS para o custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e

Considerando a necessidade de estruturação e consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à Saúde Mental em todas as unidades da federação,

Resolve:

Art. 1º Definir incentivo financeiro da ordem de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada CAPS I, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPS II, R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CAPS III e R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPSi habilitados pelo Ministério da Saúde no Distrito Federal, estados e municípios, no exercício de 2002 para realizar os procedimentos definidos pela Portaria nº 189/SAS de 20 de março de 2002, conforme discriminado no Anexo desta Portaria.

§ 1º Os incentivos de que trata o *caput* deste artigo serão transferidos em parcela única fundo a fundo ao Distrito Federal, estados e municípios, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

§ 2º Não serão beneficiados os municípios que já tiverem recebido, no exercício de 2002, para cada CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPSi implantados, recursos do Fundo Nacional de Saúde para a execução da Ação do Plano Plurianual/PPA – “Implantação de Serviço Ambulatorial de Saúde Mental e Prevenção ao Uso indevido de Álcool e Outras Drogas”, do Programa 0018 – Saúde Mental, por meio de convênio com o Ministério da Saúde.

§ 3º O incentivo de que trata o *caput* deste artigo não se aplica aos CAPS que foram implantados no Distrito Federal, estados e municípios mediante celebração de convênio destes com fundações, ONG ou instituições filantrópicas, pois se destina a apoiar financeiramente apenas a implantação de serviços de natureza jurídica pública .

Art. 2º Determinar que os CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPSi que forem implantados no Distrito Federal, estados e municípios durante o exercício de 2003 e habilitados em Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/MS farão jus ao incentivo financeiro nas mesmas condições estabelecidas no artigo 1º e seus parágrafos.

§ 1º O incentivo de que trata este artigo será transferido em parcela única fundo a fundo ao Distrito Federal, estados e municípios após a publicação de Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/MS que habilitará os serviços a cobrar os procedimentos definidos pela Portaria nº 189/SAS, de 20 de março de 2002, aplicando-se apenas aos serviços de natureza jurídica pública .

§ 2º Não farão jus ao incentivo de que trata o *caput* deste artigo o Distrito Federal, estados e municípios que tiverem recebido, no exercício de 2002, recursos do Fundo Nacional de Saúde para a execução da ação do Plano Plurianual – “Implantação de Serviço Ambulatorial de Saúde Mental e Prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas” – Programa 0018, Saúde Mental, por meio de convênio com o Ministério da Saúde.

Art. 3º Estabelecer que os recursos orçamentários objetos desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os programas de trabalho abaixo:

10.302.18.3911 – Implantação de serviço ambulatorial de saúde mental e prevenção ao uso indevido de álcool e drogas

10.302.23.4306 – Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar em regime de gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS);

10.302.23.4307 – Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar prestado pela rede cadastrada no Sistema Único de Saúde (SUS)

Art 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Humberto Costa

Anexo

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial – Esperança	12.227.351/0001-19	20.000,00	Público Municipal	Anadia
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial – Dr. Djalma Breda	24.184.368/0001-15	20.000,00	Público Municipal	Coruripe
	CAPS I I	Centro de Atenção Psicossocial – Dr. Osvaldo Silva	12.356.879/0001-98	30.000,00	Público Municipal	Palmeira dos Índios
	CAPS I I	Centro de Atenção Psicossocial – Nise da Silveira	12.198.693/0001-58	30.000,00	Público Municipal	Arapiraca
	CAPS I I	Centro de Atenção Psicossocial – Enfª Noracy Pedrosa	12.200.135/0001-80	30.000,00	Público Municipal	Maceió
	CAPS I I	Centro de Atenção Psicossocial – Dr. Sadi feitaosa de Carvalho	12.200.135/0001-80	30.000,00	Público Municipal	Maceió
	CAPSi	CAPSi Luiz da Rocha Cerqueira	00.204.125/0001-33	30.000,00	Público Municipal	Maceió
	Total			190.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS Armando Miranda de Souza	14.147.896/0001-40	20.000,00	Público Municipal	Ibicaraí
	CAPS I	CAPS Itapetinga	04.661.001/0001-38	20.000,00	Público Municipal	Itapetinga
	CAPS II	CAPS Itaberaba	13.719.646/0001-75	30.000,00	Público Municipal	Itaberaba
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial/ CRESI	02.917.248/0001-47	20.000,00	Público Estadual	Salvador
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Camacan	13.682.398/0001-35	20.000,00	Público Municipal	Camacan
	CAPS I	CAPS Regional de Irajuba	13.763.479/0001-60	20.000,00	Público Municipal	Irajuba
	CAPS II	CAPS Aristides Novis	13.937.131/0032-48	30.000,00	Público Municipal	Salvador
	CAPS II	CAPS Fernando Rosa de Castro	13.650.403/0001-28	30.000,00	Público Municipal	Teixeira de Freitas
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial	14.239.578/0001-00	30.000,00	Público Municipal	Vitória da Conquista

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
	CAPS II	CAPS João Martins de Souza	13.915.632/0001-27	30.000,00	Público Municipal	Juazeiro
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial	13.674.817/0001-97	30.000,00	Público Municipal	Livramento de Nossa Senhora
	CAPS II	CAPS Ilhéus	13.672.597/0001-63	30.000,00	Público Municipal	Ilhéus
	CAPS II	CAPS de Jequié	13.894.878/0001-60	30.000,00	Público Municipal	Jequié
	CAPS II	CAPS Grapiúna	14.147.490/0001-68	30.000,00	Público Municipal	Itabuna
	CAPS II	CAPS Dr. Álvaro Rubin de Pinho	13.927.601/0005-72	30.000,00	Público Municipal	Salvador
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial do Pequi	16.233.439/0001-02	30.000,00	Público Municipal	Eunápolis
	CAPS I	CAPs Jorge Sales	13.825.484/0001-50	20.000,00	Público Municipal	Amargosa
Total				450.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de João Neiva	31.776.479/0001-86	20.000,00	Público Municipal	João Neiva
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Ilha de Santa Maria	27.142.058/0001-26	30.000,00	Público Municipal	Vitória
	CAPS II	CAPS Cidade	27.189.505/0001-00	30.000,00	Público Estadual	Vitória
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial/ Colatina	27.165.729/0001-74	30.000,00	Público Municipal	Colatina
	CAPS II	Unidade de Atenção Diária – Hospital Adalto Botelho	27.189.505/0005-26	30.000,00	Público Estadual	Cariacica
	Total				140.000,00	
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS II	CAPS José Carlos Souto	41.090.291/0001-33	30.000,00	Público Municipal	Recife
	CAPS II	CAPS Espaço Azul	09.794.975/0001-03	30.000,00	Público Estadual	Recife
	CAPS II	CAPS Espaço Vida	10.565.000/0001-92	30.000,00	Público Municipal	Recife
	CAPS II	CAPS Estação Cidadania	11.294.402/0001-62	30.000,00	Público Municipal	Cabo de Santo Agostinho

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS II	Casa da Primavera	08.260.663/0001-57	30.000,00	Público Municipal	Camaragibe
	CAPS II	CAPS Prof. Galdino Loreto	10.565.000/0001-92	30.000,00	Público Municipal	Recife
	CAPSi	CEMPI – Centro Médico Psicopedagógico Infantil	09.794.975/0001-03	30.000,00	Público Estadual	Recife
	CAPSi	CAPS Ciranda da Vida	11.294.402/0001-62	30.000,00	Público Municipal	Cabo de Santo Agostinho
	CAPS II	CAPS Esperança	09.794.975/0001-09	30.000,00	Público Municipal	Recife
	Total				270.000,00	
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS Icoaracy	05.054.929/0001-17	20.000,00	Público Estadual	Belém
	CAPS I	CAPS Marambaia	05.054.929/0001-17	20.000,00	Público Estadual	Belém
	CAPS I	CAPS Pedreira	05.054.929/0001-17	20.000,00	Público Estadual	Belém
	CAPS I	CAPS Centro de Apoio Psicossocial	05.121.991/0001-81	20.000,00	Público Municipal	Castanhal
	CAPS i	Casa Mental da Criança e Adolescente	05.055.009/0001-13	30.000,00	Público Municipal	Belém
	CAPS I I	CAPS Cremação	05.054.929/0001-17	30.000,00	Público Estadual	Belém
	CAPS I I	CAPS Tucuruí	05.251.632/0001-41	30.000,00	Público Municipal	Tucuruí
	CAPS I I	CAPS Santa Isabel	05.171.699/0001-76	30.000,00	Público Municipal	Santa Isabel
	CAPS I I	CAPS Altamira	05.263.116/0001-37	30.000,00	Público Municipal	Altamira
	CAPS I I	Pólo Psiquiátrico de Santarém	05.054.929/0001-17	30.000,00	Público Estadual	Santarém
	CAPS I I	Centro de Atenção Psicossocial	05.058.441/0001-68	30.000,00	Público Municipal	Ananindeua
	CAPS I I I	Centro de Atenção em Saúde Mental Adulto	05.055.009/0001-13	50.000,00	Público Municipal	Belém
Total				340.000,00		

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	08.096.570/0001-39	20.000,00	Público Municipal	Caicó
	CAPS I I	Centro de Atenção Psicossocial – Leste	24.518.573/0001-70	30.000,00	Público Municipal	Natal
	CAPS I I	Centro de Atenção Psicossocial – OESTE	24.518.573/0001-70	30.000,00	Público Municipal	Natal
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial	08.348977/0001-39	30.000,00	Público Municipal	Mossoró
	Total			110.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Centro Comunitário de Saúde Mental Nossa Casa	87.893.111/0001-52	20.000,00	Público Municipal	São Lourenço do Sul
	CAPS I	CASM - Centro de Atenção em Saúde Mental	87.334.918/0001-55	20.000,00	Público Municipal	Venâncio Aires
	CAPS I	Casa de Saúde Mental	88.861.430/0001-49	20.000,00	Público Municipal	Canguçu
	CAPS I	CAISME – Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental	89.848.949/0001-50	20.000,00	Público Municipal	Farroupilha
	CAPS I	Novos Horizontes	88.227.756/0001-19	20.000,00	Público Municipal	Júlio de Castilhos
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Giruá	87.613.048/0001-53	20.000,00	Público Municipal	Giruá
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Taquara	97.761.407/0001-73	20.000,00	Público Municipal	Taquara
	CAPS I	Casa Vida	87.691.507/0001-17	20.000,00	Público Municipal	Capão do Leão
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Santo Ângelo	87.613.071/0001-48	20.000,00	Público Municipal	Santo Ângelo
	CAPS I	Centro de Atendimento em Saúde Mental	88.768.080/0001-70	20.000,00	Público Municipal	São Gabriel
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de São Luiz Gonzaga	87.613.022/0001-05	20.000,00	Público Municipal	São Luiz Gonzaga
	CAPS I	SAIS Mental Esperança	88.123.492/0001-53	20.000,00	Público Municipal	Quaraí

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS Força e União na Saúde Mental	87.482.535/0001-24	20.000,00	Público Municipal	Dom Pedrito
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Santiago	87.897.740/0001-50	20.000,00	Público Municipal	Santiago
	CAPS I	Sítio de Recuperação Terapêutica Renascer	88.414.552/0001-97	20.000,00	Público Municipal	Jaguarão
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Cruz Alta	85.775.390/0001-12	20.000,00	Público Municipal	Cruz Alta
	CAPS I	Centro de Saúde Mental Casa Aberta	88.814.181/0001-30	20.000,00	Público Municipal	Osório
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Parobé	88.372.883/0001-01	20.000,00	Público Municipal	Parobé
	CAPS I	Casa Nova Vida	88.824.099/0001-97	20.000,00	Público Municipal	Santa Vitória do Palmar
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Panambi	88.702.089/0001-89	20.000,00	Público Municipal	Panambi
	CAPS I	Serviço de Atenção à Saúde Mental	88.379.763/0001-36	20.000,00	Público Municipal	Igrejinha
	CAPS I	Serviço de Saúde Mental de Bento Gonçalves	87.849.923/0001-09	20.000,00	Público Municipal	Bento Gonçalves
	CAPS I	Casa de Saúde Mental	88.254.883/0001-07	20.000,00	Público Municipal	Estância Velha
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial de Passo Fundo	87.612.537/0001-90	30.000,00	Público Municipal	Passo Fundo
	CAPS II	CAPS Prado Veppo	88.488.366/0001-00	30.000,00	Público Municipal	Santa Maria
	CAPS II	Conviver	88.566.872/0001-62	30.000,00	Público Municipal	Rio Grande
	CAPS II	CAPS Fragata	87.455.531/0001-57	30.000,00	Público Municipal	Pelotas
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial de Cachoeira do Sul	87.530.978/0001-43	30.000,00	Público Municipal	Cachoeira do Sul
	CAPS II	CAPS Castelo	87.455.531/0001-57	30.000,00	Público Municipal	Pelotas
	CAPS II	Centro de Convivência Capilé	89.814.693/0001-60	30.000,00	Público Municipal	São Leopoldo

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS II	Casa de Saúde Mental	88.254.875/0001-60	30.000,00	Público Municipal	Novo Hamburgo
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial de Carazinho	87.613.535/0001-16	30.000,00	Público Municipal	Carazinho
	CAPS II	Serviço de Saúde Mental de Bagé	88.073.291/0001-99	30.000,00	Público Municipal	Bagé
	CAPS II	CAIS Mental	88.000.914/0001-01	30.000,00	Público Municipal	Viamão
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial de Canoas	88.577.416/0001-18	30.000,00	Público Municipal	Canoas
	CAPS II	Centro de Atenção Integral à Saúde Mental	88.830.609/0001-39	30.000,00	Público Municipal	Caxias do Sul
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete	87.896.874/0001-57	30.000,00	Público Municipal	Alegrete
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial de Ijuí	90.738.196/0001-09	30.000,00	Público Municipal	Ijuí
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial	88.131.164/0001-07	30.000,00	Público Municipal	Uruguaiana
	CAPS II	Centro de Atendimento Psicossocial Santa Cruz	95.440.517/0001-08	30.000,00	Público Municipal	Santa Cruz do Sul
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Santana do Livramento	88.124.961/0001-59	20.000,00	Público Municipal	Santana do Livramento
	CAPS I	PAS MENTAL – Programa de Atenção à Saúde Mental	87.246.120/0001-51	20.000,00	Público Municipal	Estrela
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Triunfo	88.363.189/0001-28	20.000,00	Público Municipal	Triunfo
	CAPS II	CAIS Mental Centro	92.963.560/0001-60	30.000,00	Público Municipal	Porto Alegre
	CAPS II	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	87.020.517/0001-20	30.000,00	Público Municipal	Porto Alegre
	CAPS II	CAIS Mental Cruzeiro	92.963.560/0001-60	30.000,00	Público Municipal	Porto alegre
	CAPS II	Serviço de Atenção Psicossocial de Erechim	87.613.477/0001-20	30.000,00	Público Municipal	Erechim

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Serviço de Saúde Mental	87.366.159/0001-02	20.000,00	Público Municipal	Sapiranga
	CAPSi	CAPS Harmonia	92.963.560/0001-60	30.000,00	Público Municipal	Porto Alegre
	CAPS II	CAPS Baronesa	87.455.531/0001-53	30.000,00	Público Municipal	Pelotas
	Total			1.230.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	83.102.343/0001-94	20.000,00	Público Municipal	Brusque
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	83.102.533/0001-01	20.000,00	Público Municipal	Papanduva
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	82.916.800/0001-11	20.000,00	Público Municipal	Içara
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	83.024.257/0001-00	20.000,00	Público Municipal	Concórdia
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	95.778.056/0001-88	20.000,00	Público Municipal	Cocal do Sul
	CAPS I	CAPS I de Indaial	83.102.798/0001-00	20.000,00	Público Municipal	Indaial
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Itajaí	83.102.277/0001-52	20.000,00	Público Municipal	Itajaí
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Vida e Saúde	82.939.232/0001-74	20.000,00	Público Municipal	Campos Novos
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	82.854.670/0001-30	20.000,00	Público Municipal	Xaxim
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	83.102.384/0001-80	20.000,00	Público Municipal	Canoinhas
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial – Projeto Renascer	82.561.093/0001-98	20.000,00	Público Municipal	São Joaquim
	CAPS II	CAPS Dr. José Carlos de Carvalho	83.928.656/0001-33	30.000,00	Público Municipal	Tubarão
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial – Ponta do Coral	82.892.282/0007-39	30.000,00	Público Municipal	Florianópolis
	CAPS II	Núcleo de Apoio Psicossocial	83.021.808/0001-82	30.000,00	Público Municipal	Chapecó
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II	82.892.316/0001-08	30.000,00	Público Municipal	Palhoça
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial	82.777.301/0004-33	30.000,00	Público Municipal	Lages
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial	83.108.357/0001-15	30.000,00	Público Municipal	Blumenau	

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial	83.102.285/0001-07	30.000,00	Público Municipal	Balneário de Camboriú
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial	83.102.459/0001-23	30.000,00	Público Municipal	Jaraguá do Sul
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial da Policlínica	82.951.245/0005-92	30.000,00	Público Estadual	Florianópolis
	CAPS II	Centro de Atenção Diária Nossa Casa	79.361.028/0001-03	30.000,00	Público Municipal	Joinville
	CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes	83.102.277/0001-52	30.000,00	Público Municipal	Itajaí
	CAPSi	Centro de atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Blumenau	83.108.357/0001-15	30.000,00	Público Municipal	Blumenau
	Total				580.000,00	
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial de Gurupi	01.803.618/0001-52	20.000,00	Público Municipal	Gurupi
	CAPS I	CAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial Dr. Euvaldo	00.299.198/0001-56	20.000,00	Público Municipal	Porto Nacional
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	00.299.180/0001-54	20.000,00	Público Municipal	Paraíso
	CAPS I I	CAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial de Palmas	24.851.511/0001-85	30.000,00	Público Municipal	Palmas
	Total				90.000,00	
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS SER IV	01789363/0001-10	20.000,00	Público Municipal	Fortaleza
	CAPS I	CAPS Crateús	07982036/0001-67	20.000,00	Público Municipal	Crateús
	CAPS I	CAPS da Microrregional de Baturité	07063589/0001-16	20.000,00	Público Municipal	Capistrano
	CAPS I	CAPS Aquiraz	07911696/0001-57	20.000,00	Público Municipal	Aquiraz
	CAPS I	CAPS Marco	07566516/0001-47	20.000,00	Público Municipal	Marco
	CAPS I	CAPS Tauá	07849532/0001-47	20.000,00	Público Municipal	Tauá

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Crato	07.587.975/0001-07	20.000,00	Público Municipal	Crato
	CAPS I I	CAPS Quixadá	23444748/0001-89	30.000,00	Público Municipal	Quixadá
	CAPS I I	CAPS Morada Nova	077828400001/00	30.000,00	Público Municipal	Morada Nova
	CAPS I I	CAPS Itapipoca	07623077/0001-67	30.000,00	Público Municipal	Itapipoca
	CAPS I I	CAPS Cascavel	07589369/0001-20	30.000,00	Público Municipal	Cascavel
	CAPS I I	CAPS Barbalha	02441985/0001-16	30.000,00	Público Municipal	Barbalha
	CAPS I I	CAPS Iguatu	07810468/0001-90	30.000,00	Público Municipal	Iguatu
	CAPS I I	CAPS Caucaia	07616162/0001-06	30.000,00	Público Municipal	Caucaia
	CAPS I I	CAPS Aracati	07684756/0001-46	30.000,00	Público Municipal	Aracati
	CAPS I I	CAPS SER III	01855965/0001-29	30.000,00	Público Municipal	Fortaleza
	CAPS I I	CAPS Sobral	07598634/0001-37	30.000,00	Público Municipal	Sobral
	CAPS I I	CAPS SER VI	07954605/0001-60	30.000,00	Público Municipal	Fortaleza
	CAPS I I	CAPS Canindé	071135580001-22	30.000,00	Público Municipal	Canindé
	Total				500.000,00	
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS – José Evangelista da Rocha	03.532.661/0001-56	20.000,00	Público Municipal	Catalão
	CAPS I I	CAPS – Mendanha	25.141.524/0001-23	30.000,00	Público Municipal	Goiânia
	CAPS I I	CAPS – Vidativa	01.067.479/0001-49	30.000,00	Público Municipal	Anápolis
	CAPS i	CAPS i – Água Viva	25.141.524/0001-23	30.000,00	Público Municipal	Goiânia
	Total				110.000,00	
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS – CAIS Para – Ti	29.172.475/0001-47	20.000,00	Público Municipal	Paraty
	CAPS I	CAPS – Vila Esperança	29.138.294/0005-28	20.000,00	Público Municipal	Paracambi

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS de Sumidouro	32.165.706/0002-80	20.000,00	Público Municipal	Sumidouro
	CAPS I	CAPS – Comendador Levy Gasparian	39.554.597/0001-51	20.000,00	Público Municipal	Comendador Levy Gasparian
	CAPS I	CAPS – José de Oliveira Borges	28.812.972/0001-28	20.000,00	Público Municipal	Bom Jesus de Itabapoana
	CAPS I	CAPS – Hugo de Carvalho Pedroso	28.580.691/0001-93	20.000,00	Público Municipal	Mendes
	CAPS I	CAPS – Quissamã	31.505.027/0001-60	20.000,00	Público Municipal	Quissamã
	CAPS I	CAPS – Cleber Paixão	28.741.072/0003-70	20.000,00	Público Municipal	Rio Bonito
	CAPS I	CAPS – Cantagalo	03.576.656/0001-45	20.000,00	Público Municipal	Cantagalo
	CAPS I	CAPS – São Pedro D'Aldeia	36.488.708/0001-80	20.000,00	Público Municipal	São Pedro D'Aldeia
	CAPS I	CAPS – Nossa Casa	01.606.604/0001-49	20.000,00	Público Municipal	Barra do Piraí
	CAPS I	CAPS – Itaocara	28.615.557/0001-56	20.000,00	Público Municipal	Itaocara
	CAPS I	CAPS – Cordeiro	03.716.759/0001-63	20.000,00	Público Municipal	Cordeiro
	CAPS I	CAPS – Ilha da Convivência	04.249.257/0001-32	20.000,00	Público Municipal	Santo Antônio de Pádua
	CAPS I	CAPS – Miracema	29.114.121/0001-46	20.000,00	Público Municipal	Miracema
	CAPS I	CAPS – São Sebastião do Alto	28.645.786/0001-13	20.000,00	Público Municipal	São Sebastião do Alto
	CAPS I	CAPS – Carmo	29.128.741/0001-34	20.000,00	Público Municipal	Carmo
	CAPS I	CAPS – Paraíba do Sul	29.138.385/0008-06	20.000,00	Público Municipal	Paraíba do Sul
	CAPS II	CAPS – Dr. João Batista A. Gomes	29.247.491/0001-51	30.000,00	Público Municipal	Campos de Goytacazes
	CAPS II	CAPS – Magé	29.138.351/0001-45	30.000,00	Público Municipal	Magé
	CAPS II	CAPS – José Miller	29.138.278/0007-05	30.000,00	Público Municipal	Nova Iguaçu
	CAPS II	CAPS – CAIS São Bento	29.172.467/0001-09	30.000,00	Público Municipal	Angra dos Reis
CAPS II	CAPS – Bem Viver	29.138.302/0008-89	30.000,00	Público Municipal	Itaguaí	

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço Atenção Psicossocial	CAPS II	CAPS – Núcleo de Atenção Casa Aberta	29.178.233/0001-60	30.000,00	Público Municipal	Resende
	CAPS II	CAPS – Herbert de Souza	32.556.060/0030-16	30.000,00	Público Municipal	Niterói
	CAPS II	CAPS – Leslie Sanford Chavin	29.138.328/0001-50	30.000,00	Público Municipal	Duque de Caxias
	CAPS II	CAPS – Usina dos Sonhos	36.504.470/0001-30	30.000,00	Público Municipal	Volta Redonda
	CAPS II	CAPS – Vila	39.563.911/0001-62	30.000,00	Público Municipal	Volta Redonda
	CAPS II	CAPS – Bicho da Seda	01.604.139/0001-07	30.000,00	Público Municipal	Seropédica
	CAPS II	CAPS – Itaperuna	28.916.716/0007-48	30.000,00	Público Municipal	Itaperuna
	CAPS II	CAPS – Espaço Vivo	29.138.286/0001-58	30.000,00	Público Municipal	Nilópolis
	CAPS II	CAPS – Casa do Largo	32.556.060/0031-05	30.000,00	Público Municipal	Niterói
	CAPS II	CAPS – Paulo Marcos da Costa	39.260.120/0001-63	30.000,00	Público Municipal	São Gonçalo
	CAPS II	CAPS – Belford Roxo	39.485.438/0002-23	30.000,00	Público Municipal	Belford Roxo
	CAPS II	CAPS – Queimados	39.485.412/0002-85	30.000,00	Público Municipal	Queimados
	CAPS II	CAPS – Lima Barreto	03.207.965/0001-48	30.000,00	Público Municipal	Rio de Janeiro
	CAPS II	CAPS – Rubens Corrêa	29.468.055/0031-28	30.000,00	Público Municipal	Rio de Janeiro
	CAPS II	CAPS – Arthur Bispo do Rosário	03.390.337/0001-40	30.000,00	Público Municipal	Rio de Janeiro
	CAPS II	CAPS – Vila Jurandir	29.138.336/0001-05	30.000,00	Público Municipal	São João do Meriti
	CAPS II	CAPS – Pedro Pellegrino	29.468.055/0035-51	30.000,00	Público Municipal	Rio de Janeiro
	CAPS II	CAPS – Estação Mental	36.507.127/0001-49	30.000,00	Público Municipal	Barra Mansa
	CAPS II	CAPS – Ernesto Nazareth	29.468.055/0037-13	30.000,00	Público Municipal	Rio de Janeiro
	CAPS II	CAPS – Simão Bacamarte	29.468.055/0036-32	30.000,00	Público Municipal	Rio de Janeiro
CAPS II	CAPS – Dr. Jorge Tannus Rejame	39.485.396/0001-40	30.000,00	Público Municipal	Japeri	

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço Atenção Psicossocial	CAPS i	CAPSi – Centro de Saúde da Criança e Adolescente Viva Vida	39.563.911/0001-62	30.000,00	Público Municipal	Volta Redonda
	CAPS i	CAPSi – Eliza Santa Roza	03.390.337/0001-40	30.000,00	Público Municipal	Rio de Janeiro
	CAPS i	CAPSi – Estação Viver	28.695.658/0001-84	30.000,00	Público Municipal	Barra Mansa
	CAPS i	CAPSi – CARIM	33.663.683/0025-93	30.000,00	Público Federal	Rio de Janeiro
	CAPS i	CAPSi – Pequeno Hans	29.648.055/0034-70	30.000,00	Público Municipal	Rio de Janeiro
	Total				1.290.000,00	
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Alfenas	18.243.220/0001-01	20.000,00	Público Municipal	Alfenas
	CAPS I	Núcleo de Saúde Mental São João Del Rei	17.749.896/0001-90	20.000,00	Público Municipal	São João Del Rei
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	23.804.149/0001-29	20.000,00	Público Municipal	Ponte Nova
	CAPS I	CAPS Dr. Carlos Pereira da Costa	02.212.088/0001-30	20.000,00	Público Municipal	Santos Dumont
	CAPS I	Serviço de Saúde Mental de Brumadinho	18.363.929/0001-40	20.000,00	Público Municipal	Brumadinho
	CAPS I	Núcleo de Saúde Mental	18.245.167/0001-88	20.000,00	Público Municipal	Três Pontas
	CAPS I	Centro de Apoio Psicossocial	24.359.333/0001-70	20.000,00	Público Municipal	Salinas
	CAPS I	Serviço de Saúde Mental de Ouro Preto	18.295.295/0001-36	20.000,00	Público Municipal	Ouro Preto
	CAPS I	Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM César Campos	18.715.391/0002-77	20.000,00	Público Municipal	Betim
	CAPS I	CAPS de Monte Carmelo	18.593103/0001-78	20.000,00	Público Municipal	Monte Carmelo
	CAPS I	Serviço de Saúde Mental	18.017.392/0001-67	20.000,00	Público Municipal	Janaúba
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Conselheiro Lafaiete	03.373.536/0001-52	20.000,00	Público Municipal	Conselheiro Lafaiete

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Centro de Saúde Mental de Araguari	16.829.640/0001-49	20.000,00	Público Municipal	Araguari
	CAPS I	CAPS Livrementemente	23.456.650/0001-41	20.000,00	Público Municipal	Pedro Leopoldo
	CAPS I	CAPS Alberico Rodrigues	16.930.299/0001-13	20.000,00	Público Municipal	João Pinheiro
	CAPS I	CAPS Cataguases	17.702.499/0001-81	20.000,00	Público Municipal	Cataguases
	CAPS I	CAPS I Centro Especializado em Saúde Mental	73.357.469/0001-56	20.000,00	Público Municipal	Lagoa Santa
	CAPS I	CAPS Caratinga	01.155.430/0001-45	20.000,00	Público Municipal	Caratinga
	CAPS I	CAPS Formiga	01.155.430/0001-45	20.000,00	Público Municipal	Formiga
	CAPS II	CAPS Guida Sollero	02.212.088/0002-11	30.000,00	Público Municipal	Ubá
	CAPS II	CAPS Municipal de Barbacena	18.095.554/0001-85	30.000,00	Público Municipal	Barbacena
	CAPS II	Núcleo de Atenção Psicossocial	18.309.724/0001-87	30.000,00	Público Municipal	Itaúna
	CAPS II	Centro de Referência em Saúde Mental	20.662.890/0001-80	30.000,00	Público Municipal	Governador Valadares
	CAPS II	Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM	18.313.817/0001-85	30.000,00	Público Municipal	Pará de Minas
	CAPS II	Divisão de Saúde Mental – SÉSAMO	18.401.059/0001-57	30.000,00	Público Municipal	João Monlevade
	CAPS II	SERSAM – Serviço de Referência em Saúde Mental	18.291.351/0001-64	30.000,00	Público Municipal	Divinópolis
	CAPS II	Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Barreiro	18.715.383/0001-40	30.000,00	Público Municipal	Belo Horizonte
CAPS II	Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Noroeste	18.715.383/0001-40	30.000,00	Público Municipal	Belo Horizonte	
CAPS II	Serviço de Atenção Psicossocial de Araçuaí	17.963.083/0001-17	30.000,00	Público Municipal	Araçuaí	

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Casa Viva	17.783.226/0001-09	30.000,00	Público Municipal	Juiz de Fora
	CAPS II	Centro de Atenção à Saúde Mental – CASAM	19.875.046/0001-82	30.000,00	Público Municipal	Coronel Fabriciano
	CAPS II	Núcleo de Atenção Psicossocial	18.602.011/0001-07	30.000,00	Público Municipal	Patos de Minas
	CAPS II	NAPS Renascer	17.754.136/0001-90	30.000,00	Público Municipal	Diamantina
	CAPS II	NAPS de Teófilo Otoni – Kátia Ruas	18.404.780/0001-09	30.000,00	Público Municipal	Teófilo Otoni
	CAPS II	Unidade Regional de Saúde Mental	22.588.461/0001-60	30.000,00	Público Municipal	Congonhas
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial – NAPS Adulto	18.431.312/0013/59	30.000,00	Público Municipal	Uberlândia
	CAPS II	Núcleo de Atenção Psicossocial	01.122.377/0001-86	30.000,00	Público Municipal	Ribeirão das Neves
	CAPS II	SAPSI – Serviço de Atendimento Psicossocial de Ibirité	02.914.038/0001-03	30.000,00	Público Municipal	Ibirité
	CAPS II	CAPS de Itabira	18.299.446/0001-24	30.000,00	Público Municipal	Itabira
	CAPS II	Centro de Referência em Saúde Mental Jéferson Peres Pereira – CERSAM Teresópolis	18.715.391/0002-77	30.000,00	Público Municipal	Betim
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Dr. Inácio Ferreira	18.428.839/0001-90	30.000,00	Público Municipal	Uberaba
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial – NAPS Adulto	18.715.508/0001-31	30.000,00	Público Municipal	Contagem
	CAPS III	Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Pampulha	18.715.383/0001-40	50.000,00	Público Municipal	Belo Horizonte
CAPS III	Centro de Referência em Saúde Mental Suzana Nara Ozólio – CERSAM Betim Central	18.715.391/0002-77	50.000,00	Público Municipal	Betim	

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS III	Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM Leste	18.715.383/0001-40	50.000,00	Público Municipal	Belo Horizonte
	CAPSi	CRIA – Centro de Referência da Infância e da Adolescência	18.428.839/0001-90	30.000,00	Público Municipal	Uberaba
	CAPSi	SERSAMI – Serviço de Referência em Saúde Mental Infantil	18.715.391/0002-77	30.000,00	Público Municipal	Betim
	CAPSi	CAPSi Infância e Adolescência	18.715.508/0001-31	30.000,00	Público Municipal	Contagem
	CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial – NAPS Infantil	18.431.312/0013-59	30.000,00	Público Municipal	Uberlândia
	Total			1.340.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS III	CAPS 24hs Londrina	75.771.477/0001-70	50.000,00	Público Municipal	Londrina
	CAPS II	CAPS Foz do Iguaçu	76.206.606/0001-40	30.000,00	Público Municipal	Foz do Iguaçu
	CAPS II	CAPS COM Centro Psiquiátrico Metropolitano	76.683.986/0019-32	30.000,00	Público Estadual	Curitiba
	CAPS II	CAPS Pato Branco	76.995.448/0001-54	30.000,00	Público Municipal	Pato Branco
	CAPS II	CAPS Dr Walter A Pecoits	00.333.678/0001.96	30.000,00	Público Municipal	Francisco Beltrão
	CAPS i	CAPS Infância e Adolescência Cambé	75.732057/0001-84	30.000,00	Público Municipal	Cambé
	CAPS i	CAPS Infância e Adolescência Cascavel	76.208.867/0001-07	30.000,00	Público Municipal	Cascavel
	CAPS i	NAPS Criança e Adolescente Londrina	75.771.477/0001-70	30.000,00	Público Municipal	Londrina
	CAPS I	CAPS Paranavaí	76.977.768/0001-81	20.000,00	Público Municipal	Paranavaí
	Total			280.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Paranaíba	03.343.118/0001-00	20.000,00	Público Municipal	Paranaíba

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial José Fragelli	03.330.461/0001-10	30.000,00	Público Municipal	Corumbá
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial de Campo Grande	03.501.509/0001-06	30.000,00	Público Municipal	Campo Grande
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial de Dourados	03.155.926/0001-44	30.000,00	Público Municipal	Dourados
	Total			110.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Juara	15.072.663/0001-99	20.000,00	Público Municipal	Juara
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Sinop	15.024.003/0001-32	20.000,00	Público Municipal	Sinop
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	03.214.145/0001-83	20.000,00	Público Municipal	Cáceres
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Júlio Strubing Muller Neto	15.084.338/0001-46	20.000,00	Público Municipal	Cuiabá
	CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil - / CIAPS Adauto Botelho	03.507.415/0002-25	30.000,00	Público Estadual	Cuiabá
	Total			110.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil	06.553.564/0098-60	30.000,00	Público Estadual	Teresina
	Total			30.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS – Socorro	464440630001-38	20.000,00	Público Municipal	Socorro
	CAPS I	CAPS – Ilha Bela	46482865/0001-32	20.000,00	Público Municipal	Ilha Bela
	CAPS I	CAPS – Paraguaçu Paulista	44547305/0001-93	20.000,00	Público Municipal	Paraguaçu Paulista
	CAPS I	CAPS – Vinhedo	464466960001-85	20.000,00	Público Municipal	Vinhedo
	CAPS I	CAPS – São José do Rio Pardo	45741659/001-37	20.000,00	Público Municipal	São José do Rio Pardo
	CAPS I	CAPS – Itupeva	457800610001-57	20.000,00	Público Municipal	Itupeva

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS – Pompéia	57266025/0001-59	20.000,00	Público Municipal	Pompéia
	CAPS I	CAPS – Votorantim	46634051/0001-76	20.000,00	Público Municipal	Votorantim
	CAPS I	Unidade de Saúde Mental	46482877/0001-96	20.000,00	Público Municipal	Ubatuba
	CAPS I	CAPS – Martinópolis	44855443/0001-30	20.000,00	Público Municipal	Martinópolis
	CAPS I	CAPS – Pedreira	46410775/0001-36	20.000,00	Público Municipal	Pedreira
	CAPS I	CAPS – Presidente Venceslau	46476131/0001-40	20.000,00	Público Municipal	Presidente Venceslau
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	43.465.459/0001-73	20.000,00	Público Municipal	Amparo
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial	44.494.136/0001-70	20.000,00	Público Municipal	Maracá
	CAPS I	Hospital-Dia Butantã	46.392.148/0022-44	20.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial de Marília	44.477.909/0001-00	20.000,00	Público Municipal	Marília
	CAPS I	CAPS Centro	45.781.176/0001-66	20.000,00	Público Municipal	Americana
	CAPS I	CAPS I Bauru	46.137.410/0001-80	20.000,00	Público Municipal	Bauru
	CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Projeto Ipê Amarelo	44.780.609/0001-04	20.000,00	Público Municipal	Barretos
	CAPS I	H-Dia em Saúde Mental – Largo 13	46392148/0023-25	20.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS I	H-Dia em Saúde Mental Adulto – Vila Prudente	46392148/0020-82	20.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS I	H-DIA em Saúde Mental São Mateus	46392148/0021-63	20.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS I	CAPS Sul – São José dos Campos	46643466/0001-06	20.000,00	Público Municipal	São José dos Campos
	CAPS I I	H-Dia em Saúde Mental – Pirituba	46392148/005006	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS I I	H-Dia em Saúde Mental – Itaim Bibi	46392130/0003-80	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS I I	H-Dia em Saúde Mental – Jd. Lúcia	46392130/0003-80	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
CAPS I I	H-Dia em Saúde Mental – Lapa	46392130/0003-80	30.000,00	Público Municipal	São Paulo	

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço Atenção Psicossocial	CAPS I I	CAPS –Escola Paulista de Medicina/ UNIFESP	60453032/0001-74	30.000,00	Público Federal	São Paulo
	CAPS I I	Ambulatório de Saúde Mental de Mandaqui	46374500/0001-94	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS I I	H-DIA em Saúde Mental – Ermelino Matarazzo	46392130/0003-80	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS I I	Ambulatório de Saúde Mental de Itaquera	46374500/0001-94	30.000,00	Público Estadual	São Paulo
	CAPS I I	Ambulatório de Saúde Mental – Jaçanã	46375000026/42	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS I I	Ambulatório de Saúde Mental – Brasilândia	46392148/0050-06	30.000,00	Público Estadual	São Paulo
	CAPS I I	Ambulatório de Especialidades Sapopemba	46392130/0003-80	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS I I	Ambulatório de Saúde Mental Dr. Manoel Munhoz – Perdizes	46374500/0027-23	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPSi	CAPSi de Santana de Parnaíba	465.229.83/0001-27	30.000,00	Público Municipal	Santana de Parnaíba
	CAPS I I	NAPS Mater	49955719/0001-75	30.000,00	Público Municipal	São Vicente
	CAPS I I	CAPS – Saquare	49955719/0001-75	30.000,00	Público Municipal	São Vicente
	CAPS I I	CAPS – Itanhaém	46578498/0001-75	30.000,00	Público Municipal	Itanhaém
	CAPS I I	CAPS – Itu	46634440/0001-00	30.000,00	Público Municipal	Itu
	CAPS I I	CAPS – Guarulhos	46319000/0001-50	30.000,00	Público Municipal	Guarulhos
	CAPS I I	CAPS – Embu	59058974/0001-79	30.000,00	Público Municipal	Embu das Artes
	CAPS I I	CAPS – Francisco Morato	59.045351/0001-61	30.000,00	Público Municipal	Francisco Morato
	CAPS I I	CAPS – Cubatão	47492806/0001-08	30.000,00	Público Municipal	Cubatão
CAPS I I	CAPS – Assis	46179941/0001-35	30.000,00	Público Municipal	Assis	

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço Atenção Psicossocial	CAPS I I	CAPS – Piracicaba	046341038/0001-29	30.000,00	Público Municipal	Piracicaba
	CAPS I I	CAPS Nossa Senhora Aparecida de Penápolis	55750301/0001-24	30.000,00	Público Municipal	Penápolis
	CAPS I I	NAPS – Caraguatatuba	46482840/0001-39	30.000,00	Público Municipal	Caraguatatuba
	CAPS I I	CAPS – Guarujá	44959021/0001-04	30.000,00	Público Municipal	Guarujá
	CAPS I I	CAPS – Integração (Noroeste)	518852420001-40	30.000,00	Público Municipal	Campinas
	CAPS I I	CAPS – Santo André	46522942/0001-30	30.000,00	Público Municipal	Santo André
	CAPS I I	Núcleo de Atenção Psicossocial Prof. Dr. Cláudio Roberto Carvalho Rodrigues	56.024.581/0001-56	30.000,00	Público Municipal	Ribeirão Preto
	CAPS I I	Centro de Atenção Psicossocial	64.924.665/0001-74	30.000,00	Público Municipal	São Carlos
	CAPS I I I	NAPS – Rio Claro	00955107/0001-93	50.000,00	Público Municipal	Rio Claro
	CAPS I I I	Centro de Reabilitação de Casa Branca	46374500/0051-53	50.000,00	Público Estadual	Casa Branca
	CAPS I I I	CAPS – Jundiaí	45780103/0001-50	50.000,00	Público Municipal	Jundiaí
	CAPS I I I	CAPS – Anrônio da Costa Santos (Sul)	518852420001-40	50.000,00	Público Municipal	Campinas
	CAPS I I I	CAPS – Esperança (Leste)	518852420001-40	50.000,00	Público Municipal	Campinas
	CAPS I I I	CAPS – Estação (Norte)	518852420001-40	50.000,00	Público Municipal	Campinas
	CAPS I I I	NAPS – Santo André	46522942/0001-30	50.000,00	Público Municipal	Santo André
	CAPS I I I	SENAPS I – Areia Branca	58200015/0001-83	50.000,00	Público Municipal	Santos
	CAPS I I I	SENAPS I I – Encruzilhada	58200015/0001-83	50.000,00	Público Municipal	Santos
	CAPS I I I	SENAPS I I I – Boqueirão	46182648/0008-01	50.000,00	Público Municipal	Santos
	CAPS I I I	SENAPS IV – Marapé	58200015/0001-83	50.000,00	Público Municipal	Santos
	CAPS I I I	SENAPS V – Campo Grande	58200015/0001-83	50.000,00	Público Municipal	Santos
CAPS I I I	CAPS – Novo Tempo (Sudoeste)	51.885.242/0001-40	50.000,00	Público Municipal	Campinas	

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço Atenção Psicossocial	CAPS I I I	CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira	46374500/0001-94	50.000,00	Público Estadual	São Paulo
	CAPS i	CAPS Infantil CEVI – Campinas	518852420001-40	30.000,00	Público Municipal	Campinas
	CAPS i	H-Dia em Saúde Mental Criança e Adolescente – V. Prudente	46392130000380	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS i	H-Dia em Saúde Mental Infantil – Santana	46392148/0031-35	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS i	H-Dia em Saúde Mental Infantil – Mooca	46392130/0003-80	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS i	H-Dia em Saúde Mental Infantil – Santo Amaro	46392148/0023-25	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS i	CRIA – Itaquera	00912510/0001-33	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS i	UAISM – Centro	46643466/0001-06	30.000,00	Público Municipal	São José dos Campos
	CAPS i	CAPSi Bauru	46.137.410/0001-80	30.000,00	Público Municipal	Bauru
	CAPS i	CAPS Santo Amaro	46.392.148/0023-25	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
	CAPS i	Cria – Casinha Jabaquara	46.392.148/0001-10	30.000,00	Público Municipal	São Paulo
Total				2.360.000,00		
Serviço Atenção Psicossocial	CAPS I I	CAPS Aracaju	13128780/0001-00	30.000,00	Público Municipal	Aracaju
	CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial 24 horas	13.128.780/0001-00	50.000,00	Público Municipal	Aracaju
	Total				80.000,00	
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	CAPS Imperatriz	06.158.455/0001-16	20.000,00	Público Municipal	Imperatriz
	CAPS I	CAPS Bacelar Viana	06.033.740/0001-87	20.000,00	Público Estadual	São Luís
	CAPS I I	CAPS Timon	01.803.082/0001-75	30.000,00	Público Municipal	Timon
	Total				70.000,00	

Denominação	Classificação	Nome do Serviço	CGC/CNPJ	Valor(R\$)	Natureza	Município
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I I	CAPS Dr. Gutemberg Botelho	08.778.268/0012-13	30.000,00	Público Estadual	João Pessoa
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial	05.626697/0001-24	30.000,00	Público Municipal	Sousa
	Total			60.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS I	COMPP – Centro de Orientação Médico Psicopedagógico	00.054.015/0014-57	30.000,00	Público Distrital	Brasília
	CAPS I	ISM – Instituto de Saúde Mental	00.054.015/0001-32	30.000,00	Público Distrital	Brasília
	Total			60.000,00		
Serviço de Atenção Psicossocial	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Policlínica Rafael Vaz e Silva	05.903.125/0001-45	30.000,00	Público Estadual	Porto Velho
	CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Policlínica Oswaldo Cruz	04.287.520/0001-88	30.000,00	Público Estadual	Porto Velho
	Total			60.000,00		

Comentário

Define a transferência fundo a fundo de um incentivo financeiro para compra de equipamentos para esses serviços, abrangendo todos os CAPS cadastrados em 2002 e 2003.

Portaria GM nº 1.946, de 10 de outubro de 2003

Cria Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando as determinações da Lei 10.216/01 e da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que apontam a necessidade de estender as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infanto-juvenil;

Considerando a elevada prevalência dos transtornos psicossociais entre crianças e adolescentes;

Considerando a necessidade da ampliação da cobertura assistencial destinada a esse segmento, e da realização de um diagnóstico aprofundado das condições de atendimento atualmente oferecidas;

Considerando as interfaces que uma política de atenção em saúde mental a crianças e adolescentes apresentam necessariamente com outras políticas públicas, como ação social, direitos humanos, justiça, educação e outras;

Considerando a existência de importantes setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que prestam relevante atendimento nessa área;

Considerando a experiência bem-sucedida da implantação de fóruns intersetoriais de saúde mental de crianças e adolescentes em estados e municípios brasileiros, bem como as recomendações da Organização Mundial da Saúde no sentido de uma política marcadamente intersetorial;

Considerando a prioridade estabelecida pelos organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e a Federação Mundial para Saúde Mental, recomendando a atenção especial dos países, no ano de 2003, para a saúde mental da infância e da juventude, resolve:

Art. 1º Constituir Grupo de Trabalho destinado a analisar o diagnóstico da situação do atendimento psicossocial a crianças e adolescentes, no âmbito do SUS, e propor medidas destinadas a ampliar a acessibilidade e equidade do atendimento nessa área.

Art. 2º Atribuir ao Grupo de Trabalho a tarefa de, com base nesse diagnóstico preliminar, proporcionar condições para a implantação de um

Fórum Nacional sobre Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que funcione como espaço de articulação intersetorial.

Art. 3º Designar, para compor o referido Grupo de Trabalho, representantes das seguintes instâncias, sob a coordenação do primeiro:

- I – Coordenação-Geral de Saúde Mental/DAPE/SAS;
- II – Coordenação-Geral de Saúde da Criança/DAPE/SAS;
- III – Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPE/SAS;
- IV – Coordenação-Geral de Atendimento aos Deficientes/DAPE/SAS;
- V – Departamento de Atenção Básica/SAS;
- VI – Coordenação Nacional de DST/AIDS;
- VII – Representante dos Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (indicado no Seminário Nacional de CAP-Si, realizado em comemoração ao Dia Mundial de Saúde Mental, 9 e 10/10/2003);
- VIII – Representante do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental.

Art. 4º Convidar, para integrarem o Grupo de Trabalho, os seguintes órgãos e instituições:

- I – Ministério da Justiça;
- II – Ministério da Educação;
- III – Ministério da Cultura;
- IV – Conselho Nacional de Procuradores do Ministério Público;
- V – Ministério da Assistência Social;
- VI – Conselho Nacional de Saúde;
- VII – Secretaria Nacional de Direitos Humanos;
- VIII – Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais;
- IX – Federação Nacional das APAEs;
- X – Federação Nacional das Pestalozzi;
- XI – Associação Brasileira de Autismo;
- XII – Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;
- XIII – Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados;
- XIV – Associação Juízes para a Democracia;

XV – Representação do Juizado da Infância e Juventude;

XVI – Associação Brasileira de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Art. 5º Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias para a conclusão dos trabalhos do Grupo, cuja continuidade se fará por intermédio do Fórum Nacional de Atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência.

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

Humberto Costa

Comentário

No dia Mundial da Saúde Mental – no ano de 2003 dedicado à saúde mental da criança e do adolescente – o Ministro de Estado da Saúde, pela presente portaria, cria Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes como espaço de articulação intersetorial.

Portaria GM nº 1.947, de 10 de outubro de 2003

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Lei n.º 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 elevada prevalência dos transtornos psicossociais entre crianças e adolescentes;

Considerando as dificuldades objetivas que vêm sendo encontradas na expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes, cujo número ainda se situa muito aquém das exigências de acesso e equidade;

Considerando a prioridade estabelecida pelos organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e a Federação Mundial para Saúde Mental, recomendando a atenção dos países, no ano de 2003, ao campo da saúde mental para o segmento infanto-juvenil, resolve:

Art. 1º Aprovar o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, constante do anexo, a qual prevê a implantação de 70 CAPSi em municípios estratégicos, até dezembro de 2004.

Art. 2º Destinar para essa finalidade recursos da ordem de R\$13.386.000,00 (treze milhões, trezentos e oitenta e seis mil reais), previstos no orçamento 2003/2004, sendo R\$ 2.100.000,00 (dois milhões e cem mil reais) para o repasse de incentivo único e fundo a fundo de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) por CAPSi ao Distrito Federal, aos estados e aos municípios que implantarem e habilitarem CAPSi junto ao Ministério da Saúde até dezembro de 2004, e R\$ 11.286.000,00 (onze milhões, duzentos e oitenta e seis mil reais) para o financiamento dos procedimentos executados pelos serviços, constantes da Portaria SAS n.º 189, de 20 de março de 2002.

Art. 3º Estabelecer que os incentivos únicos, da ordem de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), de que trata o artigo anterior, correrão por conta do Ministério da Saúde, devendo onerar o programa de trabalho abaixo:

10.846.1312.0844 – Apoio aos serviços extra-hospitalares para transtornos de saúde mental e decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Art. 4º Esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

Humberto Costa

Anexo

Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência 2003/2004

Os grandes e atuais desafios do campo da atenção à saúde mental da infância e adolescência permanecem sendo a garantia da equidade e da acessibilidade aos serviços. Existe um elevado número de crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, incluídos aqueles com transtornos devidos ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, que não conseguem alcançar o sistema de saúde e receber atendimento, seja através da forma tradicional, em hospitais psiquiátricos ou em ambulatórios convencionais, seja pelos novos dispositivos que vêm sendo instituídos no Brasil, os CAPS, desde o início de 1990.

Foi somente no ano de 2002 que o Ministério da Saúde instituiu, no Sistema Único de Saúde, por intermédio da Portaria GM nº 336/02, a modalidade dos Centros de Atenção Psicossocial para a infância e adolescência, o CAPSi, fruto da necessidade da atenção especializada a essa clientela. A experiência dos serviços tipo CAPS, de cerca de dez anos, demonstrou a necessidade de que os CAPS tivessem configurações diferentes e definidas de acordo com a clientela assistida, a população, e as características socioeconômicas do seu território de atuação. Nesta Portaria, o CAPSi define-se como um serviço que deve ter capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população de cerca de 200.000 habitantes, caracterizando-se como um equipamento típico e resolutivo para os grandes centros urbanos. A clientela típica dos CAPSi são crianças e adolescentes com transtornos mentais severos, tais como psicose infantil, autismo, deficiência mental com co-morbidade psiquiátrica, uso prejudicial de álcool e outras drogas e neuroses graves.

Desde o ano de 2002, no entanto, foram cadastrados junto ao Ministério da Saúde apenas 36 CAPSi, distribuídos desigualmente entre as regiões brasileiras. De fato, a maioria das grandes cidades brasileiras ainda não possui esse equipamento e, embora disponha de outros equipamentos resolutivos, a assistência especializada às crianças e adolescentes com transtornos severos e persistentes permanece precária.

O Plano Estratégico para a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência procura corrigir essas distor-

ções. O objetivo é incentivar, por meio deste Plano, a implantação de 70 novos CAPSi em municípios estratégicos, ao longo dos exercícios de 2003 e 2004. Trata-se de municípios prioritários, já que populosos e sem qualquer equipamento do tipo CAPSi. Também constituem prioridade aqueles municípios que, embora possuindo CAPSi, por caracterizarem-se como grandes centros urbanos, apresentam uma baixa cobertura na atenção à saúde mental no campo da infância e adolescência.

Os municípios a terem serviços implantados prioritariamente são:

UF	Município	CAPSi previstos
AL	Maceió	1
AM	Manaus	1
AP	Macapá	1
BA	Salvador	2
BA	Feira de Santana	1
BA	Vitória da Conquista	1
CE	Fortaleza	2
CE	Caucaia	1
DF	Brasília	1
ES	Vila Velha	1
ES	Serra	1
ES	Cariacica	1
ES	Vitória	1
GO	Aparecida de Goiânia	1
GO	Goiânia	1
MA	São Luís	1
MA	Imperatriz	1
MG	Belo Horizonte	2
MG	Juiz de Fora	1
MG	Montes Claros	1
MG	Governador Valadares	1
MS	Campo Grande	1
PA	Ananindeua	1
PA	Belém	1
PB	João Pessoa	1
PB	Campina Grande	1
PE	Jaboatão dos Guararapes	1
PE	Olinda	1

UF	Município	CAPSi previstos
PE	Caruaru	1
PE	Paulista	1
PE	Petrolina	1
PE	Recife	1
PR	Curitiba	2
RJ	São Gonçalo	1
RJ	Duque de Caxias	1
RJ	Nova Iguaçu	1
RJ	Niterói	1
RJ	São João de Meriti	1
RJ	Belford Roxo	1
RJ	Campos dos Goytacazes	1
RJ	Rio de Janeiro	2
RN	Natal	1
RO	Porto Velho	1
RR	Boa Vista	1
RS	Caxias do Sul	1
RS	Pelotas	1
RS	Porto Alegre	2
SC	Joinville	1
SC	Florianópolis	1
SE	Aracaju	1
SP	Guarulhos	1
SP	São Bernardo do Campo	1
SP	Osasco	1
SP	Santo André	1
SP	Ribeirão Preto	1
SP	Santos	1
SP	Mauá	1
SP	São José do Rio Preto	1
SP	Diadema	1
SP	Carapicuíba	1
SP	Moji das Cruzes	1
SP	São Paulo	2
SP	Campinas	1

Comentário

Aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevendo a implantação de 70 CAPSi em municípios estratégicos, até 2004.

Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003

Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, com base no que determina o artigo 5º da Lei nº 10.216, de 16 de abril de 2001; e

Considerando a necessidade de regulamentar a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, inseridos no Programa “De Volta Para Casa”; e

Considerando a necessidade de garantir os benefícios da reintegração social à pessoa portadora de transtorno mental submetida à internação de longa permanência, ou moradora de serviço residencial terapêutico, conforme recomendado no Capítulo V do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, resolve:

Art. 1º São considerados egressos e possíveis beneficiários para efeito da Lei nº 10.708 todas as pessoas portadoras de transtorno mental que estejam comprovadamente internadas em hospital psiquiátrico por período ininterrupto igual ou superior a dois anos, as quais deverão estar incluídas no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa “De Volta Para Casa”.

Parágrafo único. Este critério aplica-se também às situações previstas nos § 1º e § 3º, do artigo 3º, da Lei nº 10.708/2003.

Art. 2º São documentos e procedimentos necessários para inclusão no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa “De Volta Para Casa”:

I – relação de beneficiários potenciais colhidas pelo gestor local nas unidades prestadoras, num prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta Portaria;

II – relatório da área de controle e avaliação atestando a conferência dos dados constantes na relação do inciso I; e

III – relação de possíveis beneficiários encaminhados pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, num prazo de 30 (trinta) dias,

para Secretaria Estadual de Saúde a contar da data de publicação desta portaria.

§ 1º As relações referidas nos incisos I e III deverão conter as seguintes informações: nome e CNPJ da instituição, nome do paciente, data de nascimento, RG ou certidão de nascimento (se houver), CPF (se houver), diagnóstico, data de início da internação.

§ 2º As relações acima referidas deverão ser encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde/Coordenação de Saúde Mental para conhecimento e registro, e à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, para análise e validação pela Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-MS), de que trata o artigo 11 desta Portaria.

Art. 3º Da habilitação dos municípios, tendo em vista atender ao inciso IV do art. 3º, da Lei nº 10.708/2003, são pré-condições cumulativas:

I – o município ofertar ações de saúde que atendam às necessidades dos beneficiários, conforme certificação pela Comissão Estadual pela comissão de acompanhamento (CAP-SES), de que trata o artigo 11 desta Portaria;

II – os municípios terem aderido formalmente ao Programa, por meio de envio de Termo de Adesão (Anexo I); e

III – formalização da habilitação pelo Ministério da Saúde por meio de portaria.

Art. 4º Serão considerados municípios prioritários para habilitação no Programa aqueles que possuem ações desenvolvidas, ou em desenvolvimento, de reintegração social para pessoas acometidas por transtorno mental, que tenham moradores em serviços residenciais terapêuticos, e equipe de saúde estruturada para apoiar esta ação e que cumpram as seguintes condições:

I – apresentam alta concentração de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos que atendem aos requisitos de temporalidade do tratamento;

II – tenham hospitais em processo de descredenciamento do SUS; e

III – que estejam destinados a acolher pacientes de programas de desinstitucionalização egressos de hospitais localizados em outros municípios.

Art. 5º A solicitação de inclusão no Programa “De Volta Para Casa”, preenchida e assinada pelo paciente (Anexo II) ou seu representante legal,

quando necessário (Anexo III) é documento indispensável para iniciar o processo, e será dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, de município habilitado;

Parágrafo único. O fluxo da solicitação à Secretaria Municipal de Saúde obedecerá à seguinte seqüência:

I – avaliação da solicitação por parte de uma equipe de saúde designada pelo gestor municipal conforme Instrução Normativa (Anexo IV) e utilizando como base roteiro específico para avaliação proposto em manual do Programa “De Volta Para Casa” a ser expedido pela Secretaria de Atenção à Saúde;

II – se o parecer for favorável, será preenchido Formulário de Inclusão do Solicitante (Anexo V), contendo informações necessárias e obrigatórias que deverá ser enviado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (CAP-MS); e

III – se a solicitação de inclusão não for aprovada, é facultado ao solicitante recurso junto à Secretaria Estadual de Saúde e, em última instância, ao Ministério da Saúde.

Art. 6º São requisitos necessários para a solicitação de inclusão do beneficiário no Programa “De Volta Para Casa”:

I – a habilitação do município responsável pela atenção continuada;

II – o beneficiário deverá possuir a documentação exigida: Documento de Identidade /Registro Geral ou Certidão de Nascimento; e

III – Formulário de Inclusão no Programa preenchido pelo município.

Parágrafo único. O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, poderá solicitar informações complementares, para validação da inclusão, de acordo com o caso.

Art. 7º Para efeito de pagamento, de acordo com artigo 2º da Lei nº 10.708/2003:

§ 1º O recebimento do benefício pelo paciente se dará após a sua saída da instituição hospitalar e de sua inserção no Programa “De Volta Para Casa” no âmbito local;

§ 2º Quando for o caso, se o beneficiário do Programa necessitar de representante legal, este deverá firmar termo de compromisso de fielmente zelar pelos direitos e deveres do beneficiário no âmbito do referido Programa (Anexo VI);

§ 3º Para os beneficiários contemplados nos § 1º e § 3º, do art 3º, da Lei nº 10.708/2003, os repasses serão efetuados quando aprovados os processos de inclusão; e

§ 4º A operacionalização do pagamento será descrita em manual do Programa “De Volta Para Casa” a ser expedido pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

Art. 8º A saída do paciente da instituição hospitalar implicará a exclusão do leito do cadastro SIH/SUS e transferência dos recursos correspondentes para ações extra-hospitalares de Saúde Mental por meio de mecanismos a ser regulamentado pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

Art. 9º A suspensão do benefício, nos termos do artigo 4º, da Lei nº 10.708/2003, ocorrerá:

§ 1º A qualquer momento, por solicitação do beneficiário ou seu representante legal;

§ 2º Quando ocorrer reinternação do beneficiário em hospital psiquiátrico, por período igual ou superior a 30 (trinta) dias ao ano;

§ 3º Quando o beneficiário, de acordo com relatório trimestral de avaliação individual, realizado pela coordenação local, não reunir condições de permanecer inserido no Programa, conforme inciso II, do artigo 4º, da supracitada Lei;

§ 4º Quando a coordenação local do Programa identificar que o representante legal não cumpre com as exigências contidas no termo de compromisso, enquanto não seja definido um novo representante legal;

§ 5º Quando o gestor local descumprir com os compromissos firmados no Termo de Adesão municipal ao Programa;

§ 6º Quando o paradeiro do beneficiário for desconhecido por mais de 40 (quarenta dias);

§ 7º Nos casos previstos nos § 2º e § 3º, é facultado recurso, pelo beneficiário ou seu representante legal, à Secretaria Estadual de Saúde e, em última instância, ao Ministério da Saúde;

§ 8º Nos casos previstos no § 4º, é facultado recurso do Município ao Ministério da Saúde; e

§ 9º Cabe à Secretaria Municipal de Saúde a notificação imediata à Secretaria de Estado da Saúde (CAP-SES), dos casos de reinternação dos

beneficiários em hospital psiquiátrico ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Art. 10 Para a renovação do benefício será necessário:

§ 1º Apresentação de relatório do gestor local ao Ministério da Saúde, contendo parecer da equipe de saúde que indicará necessidade de permanência do beneficiário no Programa, com antecedência de 60 dias do término de um ano do recebimento do auxílio; e

§ 2º Parecer favorável da Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES).

Art. 11 Cabe ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, ouvir a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”:

- I – conceder o auxílio-reabilitação psicossocial;
- II – decidir sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa;
- III – decidir sobre o pedido de renovação e homologá-lo ou não;
- IV – gerar informação à instituição financeira quanto à renovação por mais 1 (um) ano;
- V – garantir recurso orçamentário para este fim; e
- VI – decidir sobre habilitação de município no Programa “De Volta Para Casa”.

Art. 12 O acompanhamento do auxílio-reabilitação psicossocial será efetuado através de Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-MS), constituída pelo Ministério da Saúde, por meio de Portaria, que terá as seguintes atribuições:

- I – emitir parecer sobre a habilitação de municípios;
- II – emitir parecer sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa;
- III – emitir parecer sobre renovação do auxílio-reabilitação psicossocial ao beneficiário;
- IV – elaborar e pactuar as normas aplicáveis ao Programa e submetê-las ao Ministério da Saúde;
- V – ratificar o levantamento nacional de clientela de beneficiários em potencial do Programa “De Volta Para Casa”; e
- VI – acompanhar e assessorar a implantação e avaliação do Programa.

Parágrafo único. No âmbito estadual, deverá ser constituída Comissão Estadual de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES) que terá as funções de emitir parecer sobre exclusão do Programa e renovação do benefício, bem como outras ações necessárias ao acompanhamento do Programa.

Art. 13 Casos omissos serão decididos pela Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental, ouvida a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”.

Art. 14 Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Humberto Costa

Anexo I – Termo de Adesão Municipal ao Programa “De Volta Para Casa”

Município: _____ UF: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Nome do Prefeito: _____

Nome do Secretário Municipal de Saúde: _____ RG: _____

A Prefeitura Municipal de solicita adesão ao Programa “De Volta Para Casa”, que se destina à assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de longa internação em hospitais ou unidades psiquiátricas, sendo o auxílio parte integrante de um programa de ressocialização de pessoas com transtorno mental e excluídas do convívio social, conforme definido em Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e em Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003. Ao aderir ao Programa, esta Prefeitura Municipal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, assume os seguintes compromissos:

- ser responsável pela atenção integral em saúde e assegurar a continuidade de cuidados em saúde mental, em programas extra-hospitalares, para os beneficiários do Programa;
- seleção, avaliação, preenchimento e encaminhamento de ficha cadastral e demais documentações exigidas dos beneficiários a serem incluídos no Programa;
- realizar o acompanhamento dos beneficiários inseridos no programa;
- avaliar o desempenho e implantação do programa em nível municipal;
- submeter ao Conselho Municipal de Saúde informações sobre o desenvolvimento contínuo das ações realizadas pelo município quanto à implementação e resultados do programa, aos beneficiários atendidos.

O(A) Coordenador(a) Responsável pelo Programa “De Volta Para Casa” neste município será:

Nome Completo: _____

REG: _____

Assinatura do(a) Coordenador(a) do Programa:

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

Assinatura do Prefeito Municipal

Anexo II – Solicitação de Auxílio-reabilitação Psicossocial

Eu _____,
solicito, enquanto um direito a mim facultado no inciso 1º, do artigo 3º, da Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, a inclusão para recebimento do auxílio-reabilitação psicossocial criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura/Impressão digital do Beneficiário Solicitante

Hospital (com CNPJ) ou Serviço Residencial Terapêutico de Origem do Solicitante: _____

Anexo III – Solicitação de Auxílio-reabilitação Psicossocial pelo Representante Legal

Eu _____, representante legal de _____,
enquanto direito facultado no inciso 1º do artigo 3º, da Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, e atendendo às condições legais para tanto, solicito a inclusão da pessoa, à qual represento, para ser beneficiária do recebimento do auxílio-reabilitação psicossocial, criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura/Impressão digital do Representante Legal Solicitante

Assinatura/Impressão digital do Beneficiário Solicitante

Hospital (com CNPJ) ou Serviço Residencial Terapêutico de Origem do Solicitante: _____

Anexo IV – Instrução Normativa

Esta Instrução Normativa da portaria do Programa “De Volta Para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde, visa oferecer orientações importantes que complementam assuntos referidos em artigos desta portaria para auxiliar na implantação deste programa.

1 – Responsabilidade dos Gestores do SUS com o Programa

I – Ao nível municipal compete:

- ser responsável pela atenção integral em saúde e assegurar a continuidade de cuidados em saúde mental, em programas extra-hospitalares para os beneficiários do programa;
- seleção, avaliação, preenchimento e encaminhamento ao Ministério da Saúde de informações cadastrais necessárias dos beneficiários a serem incluídos no Programa; e
- acompanhamento dos beneficiários inseridos no programa.

II – Ao nível estadual compete:

- acompanhar as ações dos municípios vinculados ao programa;
- confirmar o município como apto a se inserir no programa;
- analisar os recursos provenientes das solicitações indeferidas pelos municípios; e
- ter papel articulador entre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e município, quanto da indicação de pessoas em condições de serem beneficiadas pelo programa.

III – Ao nível federal compete:

- cadastrar os beneficiários dos municípios habilitados no programa, que não estão em Gestão Plena do Sistema;
- organizar e consolidar os cadastros dos beneficiários e dos Municípios inseridos no programa;
- zelar pelo monitoramento e avaliação do programa;

- definir critérios de prioridade de inclusão de beneficiários por municípios;
- julgar os recursos provenientes do âmbito municipal ou estadual;
- o processamento mensal da folha de pagamento aos beneficiários do programa; e
- constituir Comissão Gestora do Programa “De Volta Para Casa”.

2 – Beneficiários

Para fins de cálculo de tempo de internação, períodos de alta por transferência para outros serviços, em razão de intercorrências clínicas ou cirúrgicas, não serão considerados interrupções de internação para fins de contabilizar a temporalidade de internação exigida.

3 – Quanto à inclusão de beneficiários no Programa

O Município deverá preencher cadastro de inclusão de beneficiário para o programa e enviá-lo ao Ministério da Saúde, quando:

- da solicitação de inclusão no programa por parte do beneficiário, ou seu representante legal;
- a avaliação de equipe de saúde local confirmar os requisitos exigidas na Lei nº 10.708/2003, para inclusão no programa; e
- da habilitação do município pelo Ministério da Saúde no Programa.

Será necessário que a pessoa incluída no programa esteja de alta hospitalar ou morando em residência terapêutica; com suas famílias de origem ou famílias substitutas, ou formas alternativas de moradia e de convívio social.

4 – Atenção Continuada em Saúde Mental no Município

O município habilitado designará equipe de saúde específica de apoio direto aos beneficiários, para garantir ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional. Esta equipe deverá ter suas ações baseadas em proposta de reabilitação psicossocial assistida, a serem explicitadas em programa de saúde mental municipal, o qual deverá conter estratégia de acompanhamento dos beneficiários e de avaliação regular do processo de reintegração social destes.

5 – Responsabilidades do Representante Legal

O representante legal do beneficiário do programa terá sua indicação e desempenho supervisionados pela equipe de saúde do Município. Se for identificado caso de inadequado e ilícito uso, por parte do representante legal, do benefício recebido, deverão ser tomadas medidas cabíveis no âmbito municipal, em primeira instância, para intervenção e responsabilização quanto aos atos infligidos, podendo vir a ser necessário o recurso a outras instâncias.

6 – Controle e Avaliação do Programa

6.1 – Ministério da Saúde

Compete à Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” definir estratégias de acompanhamento e avaliação da implantação do programa junto aos municípios. Caberá auditoria interna para apuração de irregularidade quanto ao pagamento indevido, inclusão e exclusão de beneficiários.

6.2 – Estado

Acompanhar e apoiar a implementação do programa junto aos municípios habilitados de seu estado;

Constituir Comissão de acompanhamento do Programa em âmbito estadual, quando houver municípios dos estados habilitados no programa.

6.3 – Município

O município habilitado assegurará atenção continuada de saúde mental na rede de saúde e promoverá avaliações do processo de implantação do programa, cabendo ao mesmo enviá-las para o Ministério da Saúde, através instrumento específico, a ser determinado pela Comissão de Acompanhamento do Programa e divulgado pelo Ministério da Saúde.

7 – Comissão de Acompanhamento do Programa

A Comissão de Acompanhamento do Programa deverá ser constituída em portaria e terá dentre seus membros: representante do Conass, representante do Conasems, representante da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental – Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

8 – Responsabilidade da Instituição Financeira Oficial

A instituição financeira oficial deverá, mediante remuneração e

condições a serem pactuadas com o Ministério da Saúde, obedecidas as formulações legais: organizar e operar a logística de pagamento dos benefícios; elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.

Anexo V – Formulário de Inclusão do Solicitante

1. DADOS DO ESTABELECIMENTO:

- Inclusão ou Alteração (DADO OBRIGATÓRIO)
- Nº CNES Estabelecimento (DADO OBRIGATÓRIO)
- Nome do Estabelecimento (DADO OBRIGATÓRIO)
- Código IBGE (DADO OBRIGATÓRIO)
- Data de Preenchimento (DADO OBRIGATÓRIO)

2. DADOS RESIDENCIAIS:

- UF (DADO OBRIGATÓRIO)
- Número do IBGE (DADO OBRIGATÓRIO)
- Nome do Município (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- Tipo do Logradouro (DADO OBRIGATÓRIO)
- Nome do Logradouro (DADO OBRIGATÓRIO)
- Número (DADO OBRIGATÓRIO)
- Complemento (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- Bairro/Distrito (DADO OBRIGATÓRIO)
- CEP (DADO OBRIGATÓRIO)
- DDD-Telefone (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)

3. DADOS PESSOAIS:

- Nome Completo – sem abreviaturas (DADO OBRIGATÓRIO)
- Nome da Mãe – sem abreviaturas (DADO OBRIGATÓRIO)
- Nome do Pai (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- Sexo (DADO OBRIGATÓRIO)
- Raça/Cor (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- Situação Familiar (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- Nacionalidade (DADO OBRIGATÓRIO)
- Data de Nascimento dd/mm/aaaa (DADO OBRIGATÓRIO)
- UF de Nascimento (DADO OBRIGATÓRIO)

- Município de Nascimento (DADO OBRIGATÓRIO)
- Nome do Município (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- Escolaridade (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- Frequenta Escola? Sim ou Não (DADO OBRIGATÓRIO)
- CBOR - Código Brasileiro de Ocupação-reduzido (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- Ocupação (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- PIS/PASEP (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- CPF (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- CERTIDÃO/TIPO (DADO OBRIGATÓRIO) – ou RG (Identidade)
- Identidade ((DADO OBRIGATÓRIO) – ou Certidão/Tipo
- Data de Emissão da Identidade (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- UF da Identidade (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
- Órgão Expedidor (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)

4. DADOS ESPECÍFICOS QUANTO AO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA (DADOS NÃO OBRIGATÓRIOS)

- Tipo de Moradia: Serviço Residencial Terapêutico; Moradia com Familiares; Mora Sozinho ou Outro.
- Procedência (instituição de origem do beneficiário): Serviço Residencial Terapêutico; Hospital Psiquiátrico; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
- Tempo de internação: 2 anos; entre 2 e 5 anos; entre 5 e 10 anos; acima de 10 anos.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE: Se o beneficiário possuir representante legal também serão necessárias as mesmas informações, acima descritas, deste representante, exceto tipo de moradia e tempo de internação e procedência. O nº do CNES deverá ser o mesmo do beneficiário.

Anexo VI – Termo de Compromisso

Eu, _____, na qualidade de representante legal de _____, beneficiário do “De Volta Para Casa”, comprometo-me a receber o benefício criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e a:

- zelar fielmente pelos direitos e deveres do beneficiário no âmbito do referido Programa;
- incumbir-me do dever de representar os interesses de um paciente em qualquer matéria especificada, ou de direitos específicos em seu nome, nos termos dos princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais (ONU, 1991); e
- Prestar todas as informações que me forem solicitadas pela equipe de Saúde Mental responsável pelo acompanhamento do beneficiário.

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura/Impressão digital do Solicitante

Comentário

Esta portaria regulamenta a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial previsto no Programa “De Volta Para Casa”. Define os critérios de cadastramento dos beneficiários do Programa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedidos.

Portaria GM nº 2.078, de 31 de outubro de 2003

Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, com base no que determina o artigo 5º da Lei nº 10.216 de 16 de abril de 2001, e

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, inseridos no programa “De Volta Para Casa”, especialmente seu artigo 8º,

Resolve:

Art. 1º Instituir a Comissão de Acompanhamento do “De Volta Para Casa” que será composta pelos representantes das seguintes instâncias/instituições, sob a coordenação do primeiro:

I – Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental.;

II – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS;

III – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; e

IV – Comissão Intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 2º Atribuir à referida Comissão as seguintes responsabilidades:

I - emitir parecer sobre a habilitação de Municípios;

II - emitir parecer sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa;

III - emitir parecer sobre renovação do auxílio-reabilitação psicossocial ao beneficiário;

IV - elaborar e pactuar as normas aplicáveis ao programa e submetê-las ao Ministério da Saúde;

V - pactuar a definição de Municípios prioritários para habilitação no programa;

VI - ratificar o levantamento nacional de clientela de beneficiários em potencial do Programa “De Volta Para Casa”; e

VII - acompanhar e assessorar a implantação e avaliação do programa.

Art. 3º Atribuir à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS a constituição de Grupo Técnico para assessorar a Comissão de Acompanhamento do Programa.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Humberto Costa

Comentário

Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”, composta pelos representantes de diversos segmentos e instituições da área, coordenada pela Coordenação de Saúde Mental/DAPE/SAS

Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004

Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que atribui ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de substituição progressiva dos leitos em hospital psiquiátrico por uma rede comunitária de atenção psicossocial;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o Programa De Volta para Casa, por meio do qual os internos de longa permanência em hospitais psiquiátricos passam a contar com programa de suporte social que potencializa seu processo de alta hospitalar e reintegração social;

Considerando a necessidade de estabelecer critérios técnicos para a redução progressiva de leitos, especialmente nos hospitais de maior porte, de modo a garantir a adequada assistência extra-hospitalar aos internos;

Considerando a necessidade de estabelecer uma planificação racional dos investimentos financeiros do SUS no sistema hospitalar psiquiátrico e na rede de atenção psicossocial, de modo a permitir uma transição adequada do modelo assistencial; e

Considerando a urgência de se estabelecer critérios racionais para a reestruturação do financiamento e remuneração dos procedimentos de atendimento em hospital psiquiátrico, com recomposição das diárias hospitalares,

Resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o “Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004”.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de fevereiro de 2004.

Humberto Costa

Anexo

Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS 2004

1. O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. Aprofundando estratégia já estabelecida em medidas anteriores da política de saúde mental do SUS, a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte, levando em conta sua localização em regiões de maior densidade de leitos hospitalares, e deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado, o que vem sendo realizado anualmente através do PNASH – Psiquiatria. Na mesma direção estratégica, a recomposição das diárias hospitalares deve ser instrumento da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento. A estratégia deve garantir também que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatorios, atenção básica e outros. Finalmente, é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social.

2. Os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS deverão reduzir progressivamente seus leitos contratados/conveniados, de acordo com limites máximos e mínimos que atendam às necessidades de garantia da adequada assistência aos usuários do SUS, com base em planificação local e regional .

3. Para esta finalidade, os hospitais passam a ser agrupados segundo classes de acordo com o porte, conforme o quadro. Os limites máximos e mínimos de redução anual (expressos em módulos de 40 leitos que serão descritos no item 4), aplicáveis às diversas classes hospitalares, em cada grupo, estão definidos a seguir:

Hospitais Psiquiátricos por Grupos de Classes e Limites de Redução

GRUPOS	CLASSES	Nº LEITOS	MÍNIMO	MÁXIMO
I	I	até 120	Não há	Não há
	II	121 – 160		
II	III	161 – 200	1 módulo	1 módulo
	IV	201 – 240		
	V	241 – 280		
III	VI	281 – 320	1 módulo	2 módulos
	VII	321 – 360		
	VIII	361 – 400		
	IX	401 – 440		
IV	X	441 – 480	1 módulo	3 módulos
	XI	481 – 520		
	XII	521 – 560		
	XIII	561 – 600		
	V	XIV	acima de 600	—

3.1. A classe XIV comporta grupo de 8 (oito) hospitais acima de 600 leitos contratados, que terá tratamento à parte, tendo em vista sua complexidade e atipicidade. Para os hospitais desta classe, poderão ser pactuados limites maiores de redução de leitos.

4. Ficam estabelecidos Módulos Assistenciais de atendimento hospitalar, cada um com 40 leitos. Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte. O módulo igual a 40 leitos passa a ser a unidade adotada para este programa de reestruturação. As exigências técnicas de equipe mínima e arquitetura para cada módulo são aquelas já definidas em normas anteriores, especialmente a Portaria nº 251/GM, de 31/1/2002.

5. Retificação/ajuste do número de leitos por módulos assistenciais.

5.1 Os hospitais que tenham leitos que excedam os limites dos módulos (múltiplos de 40) terão o prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º/1/2004, para fazerem esta primeira reestruturação, reduzindo os leitos que superem o limite dos módulos. Assim, por exemplo, um hospital com 168 leitos SUS deverá ajustar-se para 160 leitos SUS (4 módulos); ou um hospital de 416 leitos SUS, deverá ajustar-se para 400 leitos SUS (10 módulos).

5.2 Após este período de retificação/ajuste, cada hospital passará a

fazer parte da classe imediatamente acima, de acordo com o total de módulos assistenciais, conforme definido no item 6.

5.3. Esta retificação do número de leitos não será exigida aos hospitais das Classes I e II.

6. Redução dos leitos dos hospitais das Classes III a XIII.

As reduções mínimas previstas no item 3 deverão ser iniciadas a partir de 1º/5/2004. A redução de leitos será objeto de pactuação entre prestadores e gestores municipais e estaduais, e formalizada conforme definido no item 9. A participação da instância estadual justifica-se em vista da abrangência regional dos hospitais, e do estabelecimento das medidas de reintegração social dos pacientes egressos.

Hospitais até 160 leitos não precisarão reduzir seus portes nesta etapa, a menos que reduções neste grupo estejam previstas e pactuadas em planos municipais ou micro-regionais de saúde mental.

7. Nova Classificação Hospitalar e Recomposição das Diárias Hospitalares.

Fica estabelecida nova classificação dos hospitais psiquiátricos, baseada no número de leitos contratados/conveniados ao SUS, com novos valores de remuneração das diárias hospitalares, nas quais estão incorporados o incentivo de qualificação do atendimento prestado, aferido pelo PNASH, e também o incentivo pela redução dos leitos.

Novos Valores das Diárias Hospitalares por Classe

CLASSES	Nº de leitos	após ajuste	Nº módulos	
			PNASH < 80%	Novos valores diária PNASH > 80%
I	Até 120	até 3	35,80	37,00
II	121 – 160	entre 3 e 4	32,80	34,00
III	161 – 200	5	30,13	31,33
IV	201 – 240	6	28,68	29,88
V	241 – 280	7	28,35	29,55
VI	281 – 320	8	28,01	29,21
VII	321 – 360	9	27,75	28,95
VIII	361 – 400	10	26,95	28,15
IX	401 – 440	11	26,80	28,00
X	441 – 480	12	26,69	27,89
XI	481 – 520	13	26,59	27,79
XII	521 – 560	14	26,50	27,70
XIII	561 – 600	15	26,42	27,62
XIV	Acima de 600	–	26,36	27,56
–	Não classificados	–	25,15	–

7.1. Cada redução de 1 (um) módulo corresponderá à ascensão do hospital à classe imediatamente superior, da mesma forma que após a retificação/ajuste definida no item 4.

7.2. Os hospitais não classificados no PNASH – Psiquiatria 2002 estão em processo de descredenciamento do sistema, e permanecem com os valores de remuneração da Portaria SAS nº 77/2002.

7.3. O gestor local, municipal ou estadual, conforme o nível de gestão, deverá manter permanentemente atualizado o número de leitos dos estabelecimentos hospitalares junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

8. Os hospitais dos grupos II a IV (Classes III a XIII) que, após o prazo definido no item 5, não tiverem realizado o ajuste/retificação dos leitos, quando for o caso, e não tiverem iniciado o processo de redução dos leitos, através da formalização do Termo de Compromisso e Ajustamento referido no item 10, voltarão a ser remunerados conforme os valores definidos na Portaria nº 77/SAS, de 1º/2/2002, a partir de 1º/5/2004.

9. Os recursos financeiros restantes após a redução de leitos, em cada etapa e a cada nova redução, permanecerão nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema, para utilização na rede local, microrregional e regional de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento da implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, bem como custear equipes para suporte à desinstitucionalização.

10. Os gestores locais de saúde, durante a primeira etapa do Programa (janeiro a abril de 2004) firmarão Termo de Compromisso e Ajustamento com os prestadores públicos e privados, definindo as atribuições de ambas as partes (prestadores e gestores públicos) na garantia do adequado atendimento aos pacientes que necessitem cuidados em saúde mental, em seu âmbito de atuação. Os prestadores deverão comprometer-se a cumprir as exigências de equipe mínima e demais determinações técnicas contidas na Portaria nº 251/GM, de 31/1/2002. Os gestores municipais do âmbito de referência do hospital, bem como o gestor estadual, deverão assegurar a adequada realização do plano de reintegração social dos pacientes desinstitucionalizados, bem como assegurar o atendimento em saúde mental na rede extra-hospitalar nos territórios implicados. Este Termo de Ajusta-

mento definirá a planificação caso a caso dos leitos a serem reduzidos.

11. Este Programa Anual – 2004 é parte integrante da Política de Saúde Mental do SUS, cujo objetivo é a consolidação do processo de reforma psiquiátrica. Ele trata do componente hospitalar especializado, de sua reestruturação, das mudanças de seu financiamento, do redirecionamento dos recursos financeiros para atenção extra-hospitalar, da construção de planos municipais, microrregionais e estaduais de desinstitucionalização e de implantação de rede de atenção comunitária. O Programa articula-se com outras áreas da reforma psiquiátrica, especialmente: atenção em saúde mental no hospital geral, saúde mental na atenção básica, urgência e emergência em saúde mental, consolidação da rede de CAPS I, II, III, i e AD, Programa De Volta para Casa, expansão das residências terapêuticas e outros, que são objeto de normas e documentos específicos. A base teórico-conceitual e política do Programa está contida nos seguintes documentos: Lei nº 10.216/2001, Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Lei nº 10.708/2003, legislação geral do SUS, Portaria nº 251/GM, de 31/1/2002 e outros textos normativos.

11.1. Fica estabelecido o prazo de 90 (noventa) dias para que a Secretaria de Atenção à Saúde apresente proposta de reorganização da atenção em saúde mental em hospital geral e de mudança dos mecanismos de financiamento aplicáveis a esta modalidade.

12. Este Programa deverá ter vigência de 12 meses, contados a partir de 1º de maio de 2004, com uma etapa preliminar de janeiro a abril de 2004, e será acompanhado por Comissão de Avaliação e Acompanhamento nomeada pelo Ministério da Saúde, integrada por representantes de:

- Ministério da Saúde;
- Prestadores Privados;
- Prestadores Filantrópicos;
- CONASS;
- CONASEMS;
- Trabalhadores de saúde;
- Conselho Nacional de Saúde; e
- Entidade da sociedade civil vinculada ao tema dos direitos humanos.

12.1. Nos estados com grande concentração de leitos psiquiátricos – São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Pernambuco, Goiás, Bahia e Alagoas – a Secretaria de Estado da Saúde, através da área técnica de saúde mental, constituirá Grupo Técnico de Avaliação e Acompanhamento, do qual fará parte um representante do Ministério da Saúde, encarregado de acompanhar o desenvolvimento do Programa, em articulação com a Comissão de Avaliação e Acompanhamento de âmbito federal.

Comentário

Cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004 reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos. Os três componentes principais do Programa são: 1) a redução progressiva de leitos (por módulos de 40 leitos), constituindo nova classificação para os hospitais a partir do número de leitos SUS, com recomposição das diárias; 2) estímulo às pactuações entre gestores e prestadores para que a redução se dê de forma planejada, prevendo a assinatura de um Termo de Compromisso e Ajustamento entre as partes na garantia de efetivação do programa e 3) redirecionamento dos recursos financeiros da internação para a atenção extra-hospitalar em saúde mental. Em suma, este programa estabelece um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com incentivo financeiro pela redução (priorizando os hospitais de menor porte) e pela melhor qualidade de assistência, aferida pelo PNASH – Psiquiatria.

Portaria GM nº 53, de 20 de janeiro de 2004

Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e dá outras providências.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e nos termos do “Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS – 2004”, instituído pela Portaria nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004,

Resolve:

Art. 1º Incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH-SUS o grupo 63.100.06-1 – Internação em Psiquiatria RPH, com os procedimentos abaixo:

63.001.58.6 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe I – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
30,85	2,50	2,45	35,80	006	00	01

63.001.59.4 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe II – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
27,85	2,50	2,45	32,80	006	00	01

63.001.60.8 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe III – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
25,18	2,50	2,45	30,13	006	00	01

63.001.61.6 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe IV – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
23,73	2,50	2,45	28,68	006	00	01

63.001.62.4 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe V – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
23,40	2,50	2,45	28,35	006	00	01

63.001.63.2 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VI – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
23,06	2,50	2,45	28,01	006	00	01

63.001.64.0 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VII – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
22,20	2,50	2,45	27,75	006	00	01

63.001.65.9 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VIII – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
22,00	2,50	2,45	26,95	006	00	01

63.001.66.7 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe IX – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,85	2,50	2,45	26,80	006	00	01

63.001.67.5 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe X – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,74	2,50	2,45	26,69	006	00	01

63.001.68.3 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe XI – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,64	2,50	2,45	26,59	006	00	01

63.001.69.1 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe XII – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,55	2,50	2,45	26,50	006	00	01

63.001.70.5 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe XIII – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,47	2,50	2,45	26,42	006	00	01

63.001.70.3 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe XIV – RPH

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,41	2,50	2,45	26,36	006	00	01

Parágrafo único. Os valores constantes deste artigo terão vigência a partir da competência fevereiro de 2004, podendo sofrer as modificações previstas no artigo 4º, a partir da competência maio de 2004.

Art. 2º Definir que aos valores constantes do artigo 1º será acrescentado o valor de R\$ 1,20 (um real e vinte centavos), para aqueles hospitais que tiverem obtido pontuação igual ou superior a 81% no PNASH – Psiquiatria.

Art. 3º Manter os valores atuais para o procedimento abaixo:

63.001.56.0 – Tratamento Psiquiátrico em hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Psiquiatria

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
20,20	1,67	2,45	25,15	006	00	01

Art. 4º Definir que os hospitais que não cumprirem as exigências definidas na Portaria nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004, deixarão de ser remunerados através dos procedimentos constantes no artigo 1º desta Portaria, voltando a ser remunerados de acordo com a Portaria nº 77/SAS de 1º/2/2002, a partir de 1º de maio de 2004.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de fevereiro de 2004.

Humberto Costa

Comentário

Estabelece novos procedimentos no SIH-SUS referentes ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004.

Portaria de Cadastramento de CAPS

A Portaria GM nº 2.103, de 19 de novembro de 2002, trata sobre a homologação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados no ano de 2002. A referida portaria não está reproduzida nesta publicação, servindo apenas como remissão. Entretanto, essa portaria pode ser consultada no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs.

SECRETARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria SNAS nº 189, 19 de novembro de 1991

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990.

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais;

Considerando a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando à integralidade da atenção a esse grupo e;

Considerando finalmente a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial proposto, resolve:

1. Aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental.

1.1. GRUPO 63.100.00-2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I, 63.001.00-4 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

1.2 GRUPO 63.100.01-1 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA II, 63.100.10-1 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL.

1.3 GRUPO 63.100.02-9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL-DIA. 63.100.20-9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL- DIA.

2. Incluir no Grupo 43.100.00-7 – DIAGNÓSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO, o procedimento 63.000.00-8 – Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria.

2.1. O procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente aos hospitais gerais previamente autorizados pelo órgão gestor local.

3. A partir de 1º de janeiro de 1992, será adotada a seguinte sistemática para as internações em Psiquiatria:

3.1. Pagamento máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias de psiquiatria, através do documento AIH-1 – Autorização de Internação Hospitalar.

3.2. As internações do Grupo 63.100.00-2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I, poderão ultrapassar o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, devendo, nesse caso, ser utilizado o formulário AIH complementar (AIH-5 – longa permanência) com o mesmo nº da AIH-1 que deu origem à internação, desde que seja autorizada, segundo critérios do órgão local do SUS.

3.2.1. Cada AIH-5 permitirá a cobrança de até 31 (trinta e uma) diárias, ficando estabelecido o pagamento máximo de até 180 (cento e oitenta) diárias para o paciente de psiquiatria, através de um único número de AIH-1.

3.2.2. Toda autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo diretor clínico da unidade assistencial, mediante laudo específico. Uma cópia do laudo médico deverá ser encaminhada, a cada 30 (trinta) dias, ao Órgão Gestor que, segundo critérios do nível local do SUS, autorizará ou não a continuação da internação.

3.2.3. Após o período de 180 (cento e oitenta) dias, havendo necessidade do paciente permanecer internado, deverá a Unidade Assistencial solicitar nova AIH-1, conforme o estabelecido no item 3.4 desta Portaria.

3.3 As AIHs dos pacientes atualmente internados que necessitam de continuidade de internação serão substituídas por novas AIHs, à medida que forem perdendo a validade, observado o cronograma do Anexo I.

3.4 A autorização para emissão de AIH de paciente psiquiátrico será de competência exclusiva de gestores estaduais e/ou municipais.

4. As normas técnicas para o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais-dia e urgências psiquiátricas serão elaboradas e divulgadas pelo Ministério da Saúde até 16 de dezembro de 1991, com complementação e regulamentação pelo gestor estadual e/ou municipal.

5. O número de leitos cadastrados de cada unidade assistencial será estabelecido pelo órgão gestor local.

6. No Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), a atenção em saúde mental incluirá novos procedimentos além dos já existentes (códigos 040-0 e 031-0):

Código 038-8 Atendimento em grupo executados por profissionais de nível superior;

Componentes: atividade de grupo de pacientes (grupo de orientação, grupo operativo, psicoterapia grupal e/ou familiar), composto por no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes, com duração média de 60 minutos, executada por um profissional de nível superior, desenvolvida nas unidades ambulatoriais cadastradas no SIA, e que tenham estes profissionais devidamente cadastrados.

Código 036-1 Atendimento em grupo executado por profissionais de nível médio;

Componentes: atividades em grupo de pacientes (orientação, sala de espera), composta por no mínimo 10 e no máximo 20 pacientes, com duração média de 60 minutos, executada por profissional de nível médio, desenvolvida nas unidades ambulatoriais cadastradas do SIA, e que tenham estes profissionais devidamente cadastrados.

Código 840-0 Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (01 turno);

Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de um turno de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de duas refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.

Código 842-7 Atendimento em Núcleos/Centros Atenção Psicossocial (02 turnos);

Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de dois turnos de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar), com

fornecimento de três refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.

Código 844-3 Atendimento em Oficinas Terapêuticas I;

Componentes: atividades grupais (no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 2 (duas) horas, executadas por profissional de nível médio, através de atividades como: carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. Serão realizadas em serviços extra-hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SIA para a execução deste tipo de atividade.

Código 846-0 Atendimento em Oficinas Terapêuticas II;

Componentes: atividades grupais (no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, executadas por profissional de nível superior, através de atividades como: teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. Serão realizadas em serviços extra-hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SIA para a execução deste tipo de atividade.

Código 039-6 Visita domiciliar por profissional de nível superior;

Componentes: atendimento domiciliar realizado por profissional de nível superior, com duração média de 60 minutos.

Código 650-5 Psicodiagnóstico;

Componentes: entrevistas de anamnese com o paciente, familiares ou responsáveis, utilização de técnicas de observação e/ou aplicação de testes/instrumentos de avaliação psicológica (o psicodiagnóstico sempre envolverá a elaboração de laudo, bem como a especificação das técnicas e testes), executado por psicólogo.

7. Os estabelecimentos de saúde que prestam serviços de saúde mental, integrantes do Sistema Único de Saúde, serão submetidos periodicamente à supervisão, controle e avaliação, por técnico dos níveis federal, estadual e/ou municipal.

8. Conforme modelo assistencial proposto para a atenção à saúde mental, o cadastramento dos serviços de saúde mental no SIH e no SIA caberá às secretarias estaduais e/ou municipais de saúde, com apoio técnico da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e da Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS no estado.

9. Os valores de remuneração dos procedimentos constantes das tabelas do SIH/SUS e SIA/SUS serão estabelecidos em portarias específicas, com vigência a partir de 1º de janeiro de 1992.

10. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação com efeitos a partir de 1º de janeiro de 1992.

Ricardo Akel

Anexo I

Cronograma de vigência da AIH dos pacientes internados na especialidade de Psiquiatria em Hospitais do SIH-SUS.

1. AIH com data de internação do mês de fevereiro de 1990.
 - Validade até o mês de janeiro de 1992.
 - Apresentação para pagamento até fevereiro de 1992.
2. AIH com data de internação no período de março de 1990 a junho de 1990.
 - Validade até o mês de fevereiro de 1992.
 - Apresentação para pagamento até março de 1992.
3. AIH com data de internação no período de julho de 1990 a dezembro de 1990.
 - Validade até o mês de março de 1992.
 - Apresentação para pagamento até o mês de abril de 1992.
4. AIH com data de internação no período de janeiro de 1991 a dezembro de 1991.
 - Validade até o mês de maio de 1992.
 - Apresentação para pagamento até junho de 1992.

Comentário

Altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental.

Política pública se faz conhecer quando se define o seu financiamento.

Essa portaria evidenciou que o nível central do SUS, como principal financiador do sistema público, oferecia para os demais gestores a possibilidade de implantar, no campo da atenção em saúde mental, ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de valores éticos, substituindo o modelo tradicional: ela aprova os procedimentos NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal e sinaliza que se seguirá outra norma administrativa regulamentando todo o subsistema, considerado claramente inadequado.

Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4º da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de 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:

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/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitalares.

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 unidades 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 do 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 ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, 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 em 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 freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois 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 a realização dos 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 de 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 Hospitalares do SUS)

1. Hospital-dia

1.1. A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-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, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço do 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 a trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes em regime de 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 níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.5. Para fins de financiamento pelo SIH/SUS:

- a) Os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-1 para o máximo de 30 pacientes-dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos.
- b) Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 habitantes, 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 médico-psicológica e social;

- b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à 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 à 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 breves):

- 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 prontos-socorros gerais.

3. Leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral

3.1. O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipes multiprofissionais.

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 socioterápicas.

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

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

4.4. O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de $6\text{m}^2/\text{leito}$ e 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 sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m^2 , mais 20m^2 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 o mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;

- 1 enfermeiro das 7 às 19 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

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

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 1 nutricionista e 1 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 dos 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) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo órgão gestor local.

2. Em relação ao atendimento em regime de internação em hospitais gerais ou especializados, que sejam referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente Portaria será da competência das respectivas secretarias estaduais de saúde.

Ricardo Akel

Comentário

Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental.

Além da incorporação de novos procedimentos à tabela do SUS, esta portaria tornou-se imprescindível para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que sabidamente eram, e alguns ainda são, lugares de exclusão, silêncio e martírio.

Ela estabelece normas, proíbe práticas que eram habituais e define como co-responsáveis, à luz da Lei Orgânica da Saúde, pela fiscalização do cumprimento dos seus conteúdos, os níveis estadual e municipal do sistema, que são estimulados inclusive a complementá-la. Esta portaria teve a particularidade de ter sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores/assessores de saúde mental dos estados, para que, entendida como “regra mínima”, pudesse ser cumprida em todas as regiões do País.

Portaria SAS nº 407, de 30 de junho de 1992

O Secretário de Assistência à Saúde e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990; resolve:

I – Autorizar o cadastramento no Grupo de Procedimentos 63.100.03-7 – Internação em Psiquiatria III, pelos gestores estaduais, aos hospitais que cumprirem os seguintes quesitos, a partir de 1º de janeiro de 1993:

1. Pessoal Técnico:

- 1.1. médico plantonista nas 24 horas;
- 1.2. 1 médico psiquiatra (20h/sem.) para cada 50 leitos;
- 1.3. 1 enfermeira (30h/sem.) para cada 100 leitos;
- 1.4. assistente social (20h/sem.) para cada 100 leitos;
- 1.5. 1 psicólogo (30h/sem.) para cada 200 leitos;
- 1.6. 1 terapeuta ocupacional (30h/sem.) para cada 200 leitos;
- 1.7. 1 nutricionista (30h/sem.) por hospital;
- 1.8. 1 farmacêutico (30h/sem.) por hospital, de acordo com a legislação em vigor;
- 1.9. 1 médico clínico (20h/sem.) para cada 200 leitos;
- 1.10. Nas cidades/regiões onde não existirem as categorias exigidas, substituir por outro técnico de nível universitário, dentre os relacionados acima, de acordo com a legislação em vigor.

2. Pessoal Auxiliar:

2.1. 2 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas e 2 atendentes de enfermagem, cadastrados no COREN, para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas.

Nas regiões onde não houver auxiliares de enfermagem, após avaliação conjunta da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde e do Conselho Regional da Jurisdição, serão aceitos 4 atendentes de enfermagem, para

cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas, cadastrados no COREN. Em qualquer caso, os atendentes de enfermagem deverão estar matriculados, até dezembro de 1993, nos cursos de formação de auxiliares, autorizados pelos Conselhos Estaduais de Educação.

Os estabelecimentos hospitalares deverão realizar cadastramento de seus funcionários junto ao COREN da jurisdição estadual até 30 de abril de 1993, de acordo com as normas para cadastramento de atendentes estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

3. Estrutura e Funcionamento:

3.1. Ausência de quartos-forte.

3.2. Registro obrigatório em prontuário diário das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais supracitadas.

3.3. Inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados.

4. Os hospitais que se considerarem habilitados para o acreditamento, no referido código 63.100.03-7, deverão encaminhar o Anexo I desta Portaria ao órgão gestor local até 2 de fevereiro de 1993.

4.1. A relação dos auxiliares e atendentes de enfermagem deverá ser encaminhada ao Conselho de Enfermagem da respectiva jurisdição.

5. As secretarias estaduais de saúde deverão encaminhar a relação de acreditados no referido código até 10 de fevereiro de 1993 à Coordenação de Controle do Sistema Hospitalar – INAMPS/DG, com cópia para a Coordenação de Saúde Mental/DPROG/SAS/MS.

6. O hospital que se declarar habilitado ao acreditamento no Grupo 63.100.03-7, Internação Psiquiatria III, sem atender às exigências no momento de vistoria da SES, estará automaticamente descredenciado desta categoria e sofrerá as seguintes sanções:

1º Retorno imediato ao Grupo 63.100.00-2, Internação em Psiquiatria.

2º Devolução ao SUS das importâncias indevidamente recebidas.

3º Sanção pecuniária de valor mínimo de 10 dias/multa.

7. As exigências desta Portaria se encerram em 31 de maio de 1993, conforme item 1.3 da PT/MS/SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992,

e todos os estabelecimentos de atenção na área de Psiquiatria terão como norma a PT/MS/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, com as respectivas complementações dos gestores estaduais e municipais, quando houver.

8. A habilitação no Grupo 63.100.04.5 – Internação em Psiquiatria IV dependerá do relatório de vistoria pelo órgão gestor municipal ou estadual, sempre com o de acordo do gestor estadual no primeiro caso, a ser encaminhado até 30 de maio de 1993 à Coordenação de Controle do Sistema Hospitalar INAMPS/DG, com cópia para a Coordenação de Saúde Mental/SAS/MS.

II – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Carlos Eduardo Venturelli Mosconi

Republicada por ter saído com incorreções, do original, no DO de 7 de janeiro de 1993.

Comentário

Cria código de procedimento transitório para hospitais psiquiátricos que ainda não cumpriram integralmente a Portaria SNAS/MS nº 224/92, definindo exigências mínimas e mecanismos para habilitação neste procedimento.

Portaria SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992

O Secretário de Assistência à Saúde e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990.

Considerando a exposição de motivos datada de 14 de dezembro de 1992 do Grupo de Trabalho criado pela Portaria MS/SNAS nº 321, de 3 de julho de 1992;

Considerando a diversificação dos procedimentos na área de Saúde Mental e,

Considerando os grupos de procedimentos médicos incluídos na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS para atendimento de pacientes na área de Saúde Mental, resolve:

1. Incluir no SIH-SUS os grupos de procedimentos para Tratamento em Psiquiatria realizados em hospitais previamente autorizados pelo INAMPS, mediante proposição da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Grupo 63.100.03.7 – Internação em Psiquiatria III

- 63.001.30.6 – Tratamento em Psiquiatria em Hospital Psiquiátrico A.

Grupo 63.100.04.5 – Internação em Psiquiatria IV

- 63.001.40.3 – Tratamento em Psiquiatria em Hospital Psiquiátrico B.

1.1. Para efeito de pagamento, os respectivos Grupos de Procedimentos obedecerão o seguinte cronograma:

- Internação em Psiquiatria III – Vigorará a partir de 1º de janeiro de 1993.
- Internação em Psiquiatria IV – Vigorará a partir de 1º de junho de 1993.

1.2. As condições de creditação dos hospitais para os grupos de procedimentos 63.100.03.7 e 63.100.04.5 serão objeto de Portaria complementar à PT/MS/SNAS nº 224/92.

1.3. O Grupo de Procedimento Internação em Psiquiatria III – 63.100.03.7 é transitório, sendo extinto em 31/5/93.

2. Adotar classificação para as Unidades Assistenciais de Saúde Mental do SIH-SUS.

2.1. Unidade de Saúde Mental Tipo I – possui mais de 30 (trinta) leitos psiquiátricos contratados no SIH-SUS e autorizada exclusivamente para cobrança dos procedimentos do Grupo 63.100.00.2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I.

2.2. Unidade de Saúde Mental Tipo II – possui mais de 30 (trinta) leitos psiquiátricos contratados no SIH-SUS e autorizada para cobrança dos procedimentos dos Grupos 63.100.00.2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I e 63.100.02.9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL-DIA.

2.3. Unidade de Saúde Mental Tipo III – possui até 30 (trinta) leitos contratados no SIH-SUS e autorizada para cobrança dos procedimentos do Grupo 63.100.01.0 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA II e de procedimento 63.000.00.0 – DIAGNÓSTICO e/ou PRIMEIRO ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA.

2.4. Unidade de Saúde Mental Tipo IV – possui até 30 (trinta) leitos de psiquiatria contratados no SIH-SUS e autorizada para cobrança dos procedimentos do Grupo 63.100.02.9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL-DIA.

2.5. Unidade de Saúde Mental Tipo V – possui até 60 (sessenta) leitos de psiquiatria contratados no SIH-SUS e autorizada para cobrança dos procedimentos dos Grupos 63.100.01.0 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA II e 63.100.02.9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL-DIA.

2.6. Unidade de Saúde Mental Tipo VI – possui até 30 (trinta) leitos de psiquiatria contratados no SIH-SUS e autorizada para cobrança de procedimento do Grupo 63.100.01.0 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA II.

2.7. Unidade de Saúde Mental Tipo VII – possui até 30 (trinta) leitos de psiquiatria contratados no SIH-SUS e autorizada para cobrança de procedimento 63.000.00.8 – DIAGNÓSTICO e/ou PRIMEIRO ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA.

2.8. Unidade de Saúde Mental Tipo VIII – possui até 60 (sessenta) leitos de psiquiatria contratados nos SIH-SUS e autorizada para cobrança dos procedimentos dos Grupo 63.100.01.0 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA II, 63.100.02.9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA

HOSPITAL-DIA e de procedimento 63.000.00.8 – DIAGNÓSTICO e/ou PRIMEIRO ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA.

2.9. Unidade de Saúde Mental Tipo IX – possui mais de 30 (trinta) leitos psiquiátricos contratados no SIH-SUS, preenche as exigências da PT/MS/SAS nº 407/92. Autorizada exclusivamente para cobrança dos procedimentos do Grupo 63.100.03.7 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA III.

2.10. Unidade de Saúde Mental Tipo X – possui mais de 30 (trinta) leitos psiquiátricos contratados no SIH-SUS, preencha as exigências da PT/MS/SAS nº 407/92. Autorizada para cobrança dos procedimentos dos grupos 63.100.03.7 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA III e 63.100.02.9 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL-DIA.

3. Com base nos critérios aqui estabelecidos, caberá ao gestor (Secretário de Saúde) classificar as Unidades Assistenciais de Saúde Mental como Tipos I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X.

4. O órgão gestor deverá encaminhar relação em 2 (duas) vias das Unidades Assistenciais de Saúde Mental já classificadas, por tipo, para fins de cadastramento no SIH-SUS. A 1ª via deverá ser enviada para Coordenação de Controle do Sistema Hospitalar/INAMPS-DO, através da Coordenação de Cooperação Técnica e Controle/CCTC e a 2ª via para Coordenação de Saúde Mental/SNAS/MS.

5. As internações em psiquiatria realizadas a partir de 1º/1/1993 nas unidades assistenciais de saúde mental do SIH-SUS, serão remuneradas com base na classificação e número de leitos contratados na especialidade.

6. Caberá ao Gestor estabelecer critérios para emissão e renovação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), assim como supervisionar, controlar e avaliar, com apoio técnico do nível federal, os prestadores de serviço de saúde mental.

7. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Carlos Eduardo Venturelli Mosconi

Republicada por ter saído com incorreções no Diário Oficial nº 04 de 7 de janeiro de 1993.

Comentário

Relaciona todos os códigos de procedimento da assistência psiquiátrica e regulamenta o cadastramento dos serviços.

Portaria SAS nº 88, de 21 de julho de 1993

O Secretário de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso de suas atribuições que lhe confere o Decreto-Lei nº 99.244, de 10 de maio de 1990, e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei nº 8.080, de setembro de 1990, e o disposto no item 4 da Portaria nº 189/91;

Considerando as Normas para Atendimento Hospitalar/Hospital Especializado em Psiquiatria, estabelecidas pela Portaria MS/SNAS nº 224/92, de 29/1/92, no DOU de 30/1/92, e o contido nas Portarias MS/SAS nº 407/92, republicada no DOU nº 43, de 5/3/93, e nº 408/92, republicada no DOU nº 22, de 2/2/93;

Considerando as sugestões dos Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, dos representantes dos Conselhos Federais de Profissionais da Área de Saúde e do Grupo de Trabalho da Portaria nº 321/92, reconvoado através de ato publicado, no DOU de 22/3/93;

Considerando a necessidade de serem estabelecidos critérios explícitos para um adequado processo de credenciamento dos hospitais autorizados para a cobrança do procedimento 63.001.40.3 – Tratamento em Psiquiatria em Hospital Psiquiátrico B, do Grupo 63.100.40.5 – Internação Psiquiátrica IV, da Tabela SIH-SUS, e

Considerando, ainda, a necessidade de definição de mecanismos que reforcem efetivamente as atividades de supervisão, controle e avaliação, conforme recomendação da II Conferência Nacional de Saúde Mental e deliberação do Grupo de Trabalho da Portaria nº 321/92, reconvoado pelo DOU, de 22/3/93, resolve:

1. O Grupo de Procedimento 63.100.03-7 – Internação em Psiquiatria III da Tabela SIH-SUS fica mantido, por prazo indeterminado.

1.1. Fica prorrogado até 31/12/93 o prazo para credenciamento dos hospitais como Unidade de Saúde Mental Tipo IX.

2. Autorizar, a partir de 1º/9/93, a inclusão, na Tabela do SIH-SUS, do Grupo 63.100.04-5 – Internação em Psiquiatria IV, Código de Procedimento 63.001.40-3 – Tratamento em Psiquiatria em Hospital Psiquiátrico B.

2.1. Os hospitais psiquiátricos para se habilitarem à cobrança do procedimento referido no *caput* deste item terão que comprovar sua adequação às normas estabelecidas no item 4 e subitens da Portaria SNAS/MS nº 224/92 e às complementações estabelecidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, respeitando o estabelecido no último item das disposições gerais da PT SNAS/MS nº 224/92, e observada a seguinte rotina:

- a) o hospital que se considerar habilitado deverá encaminhar solicitação de credenciamento ao Gestor Estadual, até o segundo dia útil do mês, acompanhada da relação de todos os profissionais exigidos pela normas do *caput*, contendo nome, categoria profissional, número de registro no conselho e respectivos horários de trabalho; a relação dos funcionários, com a respectiva jornada de trabalho, deverá estar afixada em local de fácil visualização, conforme legislação em vigor;
- b) o Gestor Estadual viabilizará a vistoria do serviço solicitante, juntamente com o Gestor Municipal, quando este existir;
- c) a documentação apresentada pelo hospital e o relatório da equipe de vistoria serão formalizados em processo que, após parecer técnico da Coordenação de Saúde Mental ou órgão equivalente da Secretaria Estadual, será submetido à deliberação do secretário estadual de saúde;
- d) a Secretaria Estadual de Saúde deverá enviar, até o segundo dia útil do mês subsequente, à Coordenação de Operações de Controle dos Serviços de Saúde/MS, com cópia para a Coordenação de Saúde Mental, relação dos hospitais autorizados à cobrança do procedimento Internação Psiquiátrica IV, a partir do mês anterior.

3. A partir de 1º/9/93, o reajuste do componente Serviço Hospitalar (SH) do grupo Internação em Psiquiatria I será correspondente a 80% do índice aplicado aos demais procedimentos do SIH/SUS, salvo exceções encaminhadas pelas SES até 31/8/93 e homologadas pelo GT nº 321/92.

3.1. Em 31/12/93, o procedimento do grupo 63.100.00-2 – Internação em Psiquiatria I será extinto da Tabela do SIH-SUS.

4. A partir de 1º/1/94, o componente Serviço Hospitalar do grupo Internação em Psiquiatria III, terá índice de reajuste inferior ao aplicado

aos demais procedimentos do SIH-SUS, com percentual a ser estabelecido até 30/11/93.

5. Retificar os seguintes itens da Portaria MS/SNAS nº 224/92.

5.1. Acrescentar ao item 4 da Portaria: "As alterações no quadro de pessoal técnico (equipe mínima) só serão permitidas mediante apresentação de projeto técnico específico, devidamente aprovado pelos gestores estaduais e municipais, quando houver, respeitada a legislação em vigor".

5.2. No subitem 4.6, onde se lê "1 enfermeira para intercorrência clínica ...", leia-se "1 enfermagem para intercorrências clínicas ...";

5.3. No subitem 4.6, onde se lê "1 enfermeiro das 7h às 19 h, para cada 240 leitos", leia-se "1 enfermeiro das 19h às 7h, para cada 240 leitos".

5.4. No subitem 4.6, onde consta "2 auxiliares de enfermagem", substitua-se pela seguinte redação: "2 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas, e 2 atendentes de enfermagem, cadastrados no COREN, para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas.

Para o cálculo de número de auxiliares e/ou atendentes, deverão ser consideradas as escalas de serviço, verificando-se a compatibilidade entre o número global de funcionários e a efetiva cobertura nas 24 horas.

Nas regiões onde não houver auxiliares de enfermagem, após avaliação conjunta da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde e do Conselho Regional da Jurisdição, serão aceitos 4 atendentes de enfermagem, para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas, cadastrados no COREN.

Em qualquer caso, os atendentes de enfermagem deverão estar matriculados, até junho de 1994, nos cursos de formação de auxiliares autorizados pelos conselhos estaduais de educação".

6. Dar a seguinte redação ao item 1.10 da Portaria nº 407/92: "As alterações no quadro de pessoal técnico (equipe mínima) só serão permitidas mediante apresentação de projeto técnico específico, devidamente aprovado pelos gestores estaduais e municipais, quando houver, respeitada a legislação em vigor".

7. Os hospitais psiquiátricos que descumprirem os dispositivos normativos desta Portaria e das Portarias nºs 224/92, 407/92 e 408/92, supracitadas, estarão sujeitos a uma das seguintes sanções abaixo, aplicadas progressivamente, sem prejuízo das demais previstas em lei:

- a) redução do total de leitos cadastrados no SIH-SUS;
- b) sanção pecuniária;
- c) exclusão do hospital do cadastro do SIH-SUS.

7.1. As sanções previstas poderão ser aplicadas por qualquer dos níveis gestores do Sistema Único de Saúde, cabendo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar da data do recebimento da notificação, recurso administrativo das partes à(s) instância(s) superior(es) do SUS e, em última instância, ao Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

8. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Carlos Eduardo Venturelli Mosconi

Comentário

Prorroga o prazo de validade do código de procedimento Internação em Psiquiatria III.

Portaria SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto nº 99.224, de 10 de maio de 1990, e no artigo 16 do Anexo I do Decreto nº 809, de 24 de abril de 1993;

Considerando o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso;

Considerando deliberação do Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental e do Grupo de Trabalho constituído pela Portaria MS/SNAS nº 321/92, reconvocato pela PT/SAS nº 47/93 (DOU de 22/3/93), quanto à necessidade de supervisão, controle e avaliação sistemática dos serviços de saúde mental, pelos diversos níveis do SUS, de modo a garantir um bom padrão de qualidade;

Considerando, ainda, a vigência das Portarias MS/SAS nº 407/92 (29/12/92 – DOU 5/3/93), PT MS/SNAS nº 224/92 (29/1/92 – DOU 30/1/92) e PT MS/SAS nº 88/93 (21/7/93 – DOU 27/7/93), resolve:

1. Criar um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor.

1.1. O subsistema deverá ser criado nas três esferas de governo, através da constituição de Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP).

1.2. Fica estabelecida a seguinte composição mínima para a constituição dos referidos grupos:

- um representante do nível de gestão do SUS que institui o Grupo;
- um representante das Associações de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares;
- um técnico de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde;
- um representante de cada conselho regional de profissionais na área de Saúde, da jurisdição;
- um representante dos prestadores de serviços.

2. O grupo criado no nível federal terá as seguintes atribuições e competências:

2.1. Vistoriar e avaliar unidades de saúde que prestam assistência em saúde mental, públicas, privadas, filantrópicas, universitárias, cadastradas no SIA ou no SIH/SUS, em todo o território nacional, mediante escolha amostral aleatória, denúncia ou solicitação de qualquer nível de gestão do sistema.

2.2. Priorizar os hospitais psiquiátricos para a finalidade de vistoria e avaliação, tendo em vista o momento atual do processo reestruturação da assistência psiquiátrica.

2.3. Acionar o Ministério da Saúde que, por sua vez, acionará as secretarias estaduais ou municipais de saúde, conforme disposto no item 3 desta Portaria.

3. Nos casos de constatação de irregularidades ou de não cumprimento das portarias ministeriais, com as respectivas complementações normativas estaduais/municipais, o fluxo de encaminhamento a ser adotado pelo GAP será o seguinte:

3.1. Ao final da vistoria, será elaborado um relatório-síntese, sumário, apontando as irregularidades encontradas e a definição quanto à sanção a ser aplicada ao estabelecimento, assinado por todos os participantes. Este relatório-síntese será encaminhado à COSAM/DAPS/SAS, no máximo em 48 horas, que o enviará ao gestor estadual para conhecimento e encaminhamento das providências pertinentes. A partir da data de recebimento da notificação pelo gestor, a SES terá o prazo de 30 dias para aplicação da sanção proposta pelo GAP.

3.2. O relatório final, completo e detalhado da vistoria, a ser elaborado pelo representante do Ministério da Saúde do GAP, será encaminhado à COSAM/DAPS/SAS, no prazo máximo de 15 dias. O referido relatório será enviado ao Secretário de Estado de Saúde, pelo Secretário de Assistência à Saúde/MS, reiterando os resultados da vistoria.

3.3. A SES deverá oficiar aviso ao Ministério da Saúde relatando as providências tomadas quanto às sanções.

3.4. A SES deverá realizar nova visita de vistoria, da equipe local, no prazo indicado pelo relatório de vistoria do GAP, para avaliação quanto ao

cumprimento das recomendações. Os relatórios das visitas locais deverão ser encaminhados ao Ministério da Saúde.

4. Os serviços que descumprirem os dispositivos normativos estarão sujeitos a uma das seguintes sanções abaixo, aplicadas progressiva ou simultaneamente, sem prejuízos das demais previstas em lei:

- a) rebaixamento à classificação anterior, nos caso de hospitais autorizados para cobrança do Procedimento Internação em Psiquiatria IV;
- b) devolução das importâncias indevidamente recebidas;
- c) sanção pecuniária equivalente a 10% do faturamento mensal;
- d) redução dos leitos cadastrados no SIH-SUS;
- e) descadastramento do SUS.

4.1. As sanções previstas poderão ser aplicadas por qualquer dos níveis gestores do Sistema Único de Saúde, cabendo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar da data de recebimento da notificação, recurso administrativo das partes à(s) instância(s) superiores do SUS e, em última instância, ao secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

4.2. No caso de não aplicação, pelos demais níveis, da sanção prevista, findo o prazo de 30 dias, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, aplicará a sanção devida, podendo ser acionado, ainda, o Sistema Nacional de Auditoria.

5. As atividades do GAP não substituem as ações de supervisão, controle e avaliação de competência dos gestores estaduais e municipais.

6. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Portaria MS/SAS nº 63/93, de 30/4/1993 (DO de 6/5/1993).

Gilson de Cássia Marques de Carvalho

Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DOU de 29/8/1994.

Comentário

O GAP representou um importante instrumento de qualificação da assistência psiquiátrica hospitalar do SUS. Suas equipes, multidisciplinares e com integrantes dos diversos níveis de gestão, percorreram o país estabelecendo os critérios objetivos de acreditação e qualificação dos hospitais psiquiátricos públicos ou contratados. De 1997 em diante, o GAP foi sendo progressivamente desativado, com algumas exceções estaduais (como o Rio Grande do Sul), e sua lógica de funcionamento, como dispositivo ágil e articulado de supervisão hospitalar, é retomada agora, através da Portaria GM nº 799, de 19/7/2000 (ver página 107).

Portaria SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto nº 99.224, de 10 de maio de 1990, e no artigo 16 do Anexo 1 do Decreto nº 809, de 24 de abril de 1993, e;

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da assistência prestada às pessoas portadoras de transtornos mentais;

Considerando as Normas para Atendimento Hospitalar/Hospital Especializado em Psiquiatria estabelecidas pela Portaria MS/SNAS nº 224/92, de 29/1/92 (DOU de 30/1/92), e pela Portaria MS/SAS nº 88, de 21/7/93 (DOU de 27/7/93), que regulamentam os hospitais psiquiátricos autorizados para cobrança do grupo de procedimento Internação em Psiquiatria IV (código 63-100-04-5);

Considerando, ainda, o consenso quanto ao conceito de Projeto Terapêutico, deliberado no colegiado de coordenadores estaduais de saúde mental e no Grupo de Trabalho convocado pela PT MS/SNAS nº 321/92, reconvocato pela PT MS/SAS nº 47/93 (DOU de 22/3/93), resolve:

1. Ampliar o item 4.2 da PT MS/SNAS nº 224/92, de 29/1/92 (DOU de 30/1/92), que passa a ter a seguinte redação:

1.1. 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 socioterápicas);
- d) abordagem à família incluindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de

atenção psicossocial), visando a prevenir a ocorrência de outras internações;

- f) essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Incluindo o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permita o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito.

2. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Gilson de Cássia Marques de Carvalho

Comentário

A exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da instituição psiquiátrica, de uma forma susceptível de confronto com a realidade institucional no momento da supervisão técnica, é o objetivo desta portaria, que teve grande importância na qualificação do atendimento realizado pelos hospitais, no período de 1994 a 1996. Ainda hoje, ela é um instrumento normativo importante para os gestores.

Portaria SAS nº 111, de 3 de abril de 2001

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a necessidade de um constante acompanhamento dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar,

Considerando a necessidade de intensificar as atividades relativas ao controle, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde, e

Considerando a Portaria SAS/MS nº 98, de 28 de março de 2000, que torna obrigatória a utilização, pelos gestores do SUS, do Sistema de Gestão de Autorização de Internação Hospitalar – SGAIH, resolve:

Art. 1º Alterar, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS, a sistemática de emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH de identificação 5, para internação de longa permanência.

Art. 2º Estabelecer que, nas internações de longa permanência, serão emitidas AIH-7(AIH inicial), com validade de até 45 (quarenta e cinco dias).

§ 1º Havendo necessidade de prorrogação da internação, a AIH-7 será encerrada com um dos motivos de cobrança constantes do SIH-SUS, cujo primeiro dígito seja 2 (permanência) e será solicitada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH-7.

§ 2º A autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo Diretor Clínico, mediante laudo médico a cada 30 (trinta) dias, a ser encaminhado ao Órgão Gestor, para avaliação por especialista na área, que autorizará, ou não, a continuidade da internação.

§ 3º A data de início da internação constante da AIH-5 deverá ser a da AIH-7.

§ 4º A data de encerramento da AIH deverá ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência.

Art. 3º Estabelecer que as internações de longa permanência deixam de ter validade máxima, devendo ser emitidas AIH-5 quanto necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente.

§ 1º Não será permitida a emissão de AIH-7, para continuidade de tratamento.

§ 2º Em caso de necessidade de tratamento cirúrgico, será permitida a solicitação de nova AIH na especialidade correspondente, sendo vedada a emissão de AIH simultânea.

§ 3º Somente poderá ser emitida nova AIH-7 nos casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação de longa permanência seja, no mínimo, 15 (quinze) dias após internação anterior, exceto para o caso previsto no § 2º deste artigo.

Art. 4º Criar o campo denominado “seqüencial longa permanência” na AIH-5, onde deverá ser preenchido o número de seqüência da AIH-5 emitida.

Art. 5º Definir que no valor estipulado para diária do paciente internado por procedimento de longa permanência está previsto o atendimento de intercorrências clínicas, não cabendo cobranças adicionais nos campos procedimentos especiais, serviços profissionais ou mudança de procedimento.

Art. 6º Estabelecer que o pagamento dos Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT das internações de longa permanência seja desvinculado dos Serviços Hospitalares – SH.

Art. 7º Manter a sistemática de lançamento na 1ª linha do campo serviços profissionais da AIH do código do procedimento realizado e do número de diárias utilizadas.

Parágrafo único. O preenchimento de mais de uma linha acarretará a rejeição da AIH.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeito a partir de 1º de maio de 2001, revogando as disposições em contrário.

Renilson Rehem de Souza

Comentário

Altera a sistemática de emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de identificação 5, para internações de longa permanência.

Portaria SAS nº 77, de 1º de fevereiro de 2002

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando a Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos e determina à Secretaria de Assistência à Saúde que promova a atualização dos procedimentos de atendimento em psiquiatria, resolve:

Art. 1º Excluir da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS os seguintes procedimentos do grupo 63.100.04.5 – Internação em Psiquiatria IV:

63.001.41.1 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Especializado – B/Nível I

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
25,3	2,50	2,45	30,30	006	00	01

63.001.42.0 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Especializado – B/Nível II

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
24,74	2,50	2,45	29,69	006	00	01

63.001.43.8 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Especializado – B/Nível III

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
24,14	2,50	2,45	29,09	006	00	01

63.001.44.6 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Especializado – B/Nível IV

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
23,53	2,50	2,45	28,48	006	00	01

63.001.45.4 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Especializado – B/Nível V

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
22,21	2,00	2,45	26,66	006	00	01

63.001.46.2 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Especializado – B/Nível VI

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,61	2,00	2,45	26,06	006	00	01

63.001.47.0 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Especializado – B/Nível VII

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,33	1,67	2,45	25,45	006	00	01

Art. 2º Incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS os seguintes procedimentos, que passam a constituir o grupo 63.100.04.5 – Internação em Psiquiatria IV:

63.001.48.9 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe I

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
25,3	2,50	2,45	30,30	006	00	01

63.001.49.7 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe II

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
24,74	2,50	2,45	29,69	006	00	01

63.001.50.0 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe III

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
24,14	2,50	2,45	29,09	006	00	01

63.001.51.9 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe IV

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
23,53	2,50	2,45	28,48	006	00	01

63.001.52.7 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe V

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
22,21	2,50	2,45	27,16	006	00	01

63.001.53.5 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VI

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,91	2,50	2,45	26,86	006	00	01

63.001.54.3 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VII

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,61	2,50	2,45	26,56	006	00	01

63.001.55.1 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VIII

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,33	2,50	2,45	26,28	006	00	01

63.001.56.0 – Tratamento Psiquiátrico em hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Psiquiatria

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
21,03	1,67	2,45	25,15	006	00	01

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com aplicação dos seus efeitos a partir da competência julho de 2002, revogando as disposições em contrário.

Renilson Rehem de Souza

Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DO nº 24, de 4/2/2002, Seção I, Pág. 86.

Comentário

Exclui os procedimentos do Grupo Internação Psiquiátrica IV da Tabela do SIH-SUS, criando novos procedimentos a partir da publicação da Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, que institui o PNASH-Psiquiatria.

Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002

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

Considerando a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, e

Considerando a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes que demandam atenção em saúde mental, resolve:

Art. 1º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento abaixo descrito e seu procedimento:

63.100.05.3 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial

63.001.57.8 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	PERM
25,30	2,50	2,45	30,30	018	01

Parágrafo único. O procedimento constante deste artigo consiste no acolhimento/observação/repouso de pacientes em acompanhamento nos Centros de Atendimento Psicossocial III, quando necessária a utilização do leito.

Art. 2º Estabelecer que a cobrança do procedimento 63.001.57.8 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial – somente poderá ser efetuada por CAPS III cadastrado no SIH-SUS.

Art. 3º Estabelecer que a AIH para cobrança do procedimento 63.001.57.8 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial – terá validade de 30 (trinta) dias, sendo o limite de 10 diárias por AIH.

§ 1º Não serão permitidas as cobranças de permanência a maior, diária de UTI e demais procedimentos especiais.

§ 2º Na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o número de diárias utilizadas.

Art. 4º Alterar a redação do tipo de unidade de código 37 constante da Tabela de Tipo de Unidade do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, que passará a ter a seguinte denominação:

Tabela de Tipo de Unidade

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
37	Centro de Atenção Psicossocial

Art. 5º Alterar a redação do serviço de código 14, constante da Tabela de Serviços do SIA/SUS, que passará a ter a seguinte denominação:

Tabela de Serviços

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
14	Serviço de Atenção Psicossocial

Art. 6º Excluir da Tabela de Classificação de Serviços, do SIA/SUS, os códigos abaixo relacionados:

Classificação do Serviço 14 – Atenção Psicossocial

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
065	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, constituída por equipe multiprofissional e com oficina terapêutica.
066	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, constituída por equipe multiprofissional e sem oficina terapêutica.

Art. 7º Excluir da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, os procedimentos abaixo relacionados:

19.151.01-2 Atendimento em núcleos/centros atenção psicossocial – dois turnos – paciente/dia;

19.151.02-0 Atendimento em núcleos/centros atenção psicossocial – um turno – paciente/dia.

Art. 8º Incluir na Tabela de Classificação do Serviço 14, constante da Tabela de Serviços do SIA/SUS, os códigos abaixo relacionados:

Classificação do Serviço 14 – Atenção Psicossocial

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
124	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS I.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
126	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS II.
127	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, diariamente, com no máximo 5 (cinco) leitos para observação e/ou repouso para atendimento inclusive feriados e finais de semana, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS III.
129	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, e desenvolvendo atividades diárias em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Designação: CAPSi.
147	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 100.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, com leitos para desintoxicação e repouso (2 a 4 leitos), desenvolvendo atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas. Designação: CAPSad.

Art. 9º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS os seguintes procedimentos:

38.000.00-8	Acompanhamento de Pacientes
38.040.00-0	Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos
38.042.00-2	Acompanhamento de Pacientes em Serviço de Atenção Diária
38.042.01-0	Acompanhamento de Pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 25 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos diários desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I máximo 25 pacientes/ mês, CAPS II máximo 45 pacientes/mês, CAPS III máximo 60 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/124, 14/126, 14/127
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 39, 57, 62, 89

Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F00, F01, F02, F03, F04, F05, F06, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F60, F61, F62, F63, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$ 18,10

38.042.02-9	Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I máximo 50 pacientes/mês, CAPS II máximo 75 pacientes/mês e CAPS III máximo 90 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/124, 14/126, 14/127
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F00, F01, F02, F03, F04, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F68, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$ 15,90

38.042.03-7	Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico, demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 3 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I máximo 90 pacientes/mês, CAPS II máximo 100 pacientes/mês e CAPS III máximo 150 pacientes/mês.	

Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/124, 14/126, 14/127
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F00, F01, F02, F03, F04, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F68, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$ 14,85

38.042.04-5	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi máximo 25 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/129
Atividade Profissional	01, 02, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	50 a 62
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.8, F19.9,
Valor do Procedimento	R\$ 25,40

38.042.05-3	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtorno Mentais que demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi máximo 50 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/129
Atividade Profissional	01, 02, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	50 a 62
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F59, F70, F71, F72, F78, F79, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F95, F99
Valor do Procedimento	R\$ 16,30
38.042.06-1	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 3 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi máximo 80 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/129
Atividade Profissional	01, 02, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19

Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	50 a 62
CID	F10.1, F10.8, F10.9, F11.1, F11.8, F11.9, F12.1, F12.8, F12.9, F13.1, F13.8, F13.9, F14.1, F14.8, F14.9, F15.1, F15.8, F15.9, F16.1, F16.8, F16.9, F17.1, F17.8, F17.9, F18.1, F18.8, F18.9, F19.1, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F59, F70, F71, F72, F78, F79, F80, F81, F82, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F92, F93, F94, F95, F98, F99
Valor do Procedimento	R\$ 14,85

38.042.07-0	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad máximo 40 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	60 a 72

CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9
Valor do Procedimento	R\$18,10
38.042.08-8	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/pacientes/mês).
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad máximo 60 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	60 a 72
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9
Valor do Procedimento	R\$ 15,90

38.042.09-6	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 3 procedimentos/pacientes/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad máximo 90 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	60 a 72
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9
Valor do Procedimento	R\$ 14,85
38.042.10-0	Acompanhamento de Pacientes que demandem Cuidados em Saúde Mental no período das 18 às 21 horas. (máximo 8 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos, no período compreendido entre 18 e 21 horas, individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental, CAPS II máximo 15 pacientes/mês, CAPS III máximo 20 pacientes/mês, CAPSi máximo 15 pacientes/mês, CAPSad máximo 15 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/126, 14/127, 14/129, 14/147

Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F69, F70, F71, F72, F78, F79, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F95, F99.
Valor do Procedimento	R\$ 16,30

Art. 10 Estabelecer que somente as unidades cadastradas no SIA/SUS, como Tipo de Unidade de código 37 – Centro de Atenção Psicossocial e que possuam o Serviço de Atenção Psicossocial (códigos 14/124, 14/126, 14/127, 14/129 e 14/147), poderão realizar/cobrar os procedimentos definidos no artigo 9º desta Portaria.

Parágrafo único. Os Centros de Atenção Psicossocial cadastrados/re-cadastrados não poderão cobrar os procedimentos abaixo discriminados:

- 19.151.03-9 Atendimento em Oficinas Terapêuticas I – por oficina.
- 19.151.04-7 Atendimento em Oficinas Terapêuticas II – por oficina.

Art. 11 Incluir, no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, os procedimentos definidos no artigo 9º desta Portaria, assim como, regulamentar os instrumentos e formulários utilizados no Sistema:

- Laudo para Emissão de APAC (Anexo I) – Este documento justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação dos procedimentos. Deve ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo paciente, em duas vias. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.
- APAC-I/Formulário (Anexo II) – Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Deve ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.
- APAC-II/Meio Magnético – Instrumento destinado ao registro de informações, identificação de paciente e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

§ 1º Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer Lay Out próprio do Laudo e definir outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações contidas no *layout* desta Portaria.

§ 2º A confecção e distribuição da APAC-I/Formulário é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a PT SAS/MS nº 492, de 26 de agosto de 1999.

§ 3º Os gestores estaduais e dos municípios habilitados, em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão designar os órgãos autorizadores para a emissão de APAC.

Art. 12 Estabelecer que permanece a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identidade do Contribuinte – CPF/CIC, para identificar os pacientes no Sistema.

Parágrafo único. A utilização do CPF/CIC não é obrigatória para os pacientes que não o possuem até a data da realização do procedimento. Nesses casos, eles serão identificados nominalmente.

Art. 13 Determinar que os processos de cadastramento de novas unidades e recadastramento dos CAPS existentes serão de responsabilidade dos gestores estaduais e deverão ser compostos das seguintes etapas:

§1º Requerimento dos gestores municipais, de acordo com a demanda dos CAPS de seu município, à Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Secretário de Estado da Saúde. O processo deverá estar instruído com a documentação exigida para cadastramento de serviços, acrescida de:

A – Documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor;

B – Projeto Técnico do CAPS;

C – Planta Baixa do CAPS;

D – Discriminação da Equipe Técnica, anexados os currículos dos componentes;

E – Relatório de Vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde – a vistoria deverá ser realizada *in loco* pela Secretaria de Saúde –, que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescido de parecer favorável da Secretaria de Estado da Saúde.

§ 2º Aprovação do cadastramento pela Comissão Intergestores Bipartite que poderá reprovar ou aprovar o cadastramento com exigências, caso em que o processo retornará ao gestor municipal para arquivamento ou adequação.

§ 3º Remessa do processo para a Área Técnica de Saúde Mental/AS-TEC/SAS, que deverá emitir parecer, conforme determinado pelo artigo 6º da Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, ouvida, se necessário, a Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Caso o parecer seja favorável, o processo será encaminhado ao gestor estadual para efetivar o credenciamento.

Art. 14 Estabelecer que os gestores estaduais terão o prazo de 06 (seis) meses, a partir da publicação desta Portaria, para efetivar o recadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial.

Art. 15 Determinar que a APAC-I/Formulário será emitida para a realização dos procedimentos constantes do artigo 9º, desta Portaria, e terá validade de até 03 (três) competências.

Parágrafo único. Na APAC-I/Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento constante do artigo 9º, desta Portaria a exceção do procedimento 38.042.10.0 – Acompanhamento de Pacientes no período das 18 às 21 horas que poderá ser principal ou secundário.

Art. 16 Definir que a cobrança dos procedimentos principais autorizados na APAC-I/Formulário será efetuada mensalmente somente por meio de APAC-II/Meio Magnético, da seguinte forma:

§ 1º APAC-II/Meio Magnético Inicial – Abrange o período a partir da data de início da validade da APAC-I/Formulário até o último dia do mesmo mês;

§ 2º APAC-II/Meio Magnético de Continuidade – Abrange o 2º e 3º mês subsequentes a APAC-II/Meio Magnético inicial.

Art. 17 Definir que a APAC-II/Meio Magnético poderá ser encerrada com os códigos abaixo discriminados, de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança do SIA/SUS:

6.3 Alta por abandono do tratamento.

6.8 Alta por outras intercorrências clínica/cirúrgica.

6.9 Alta por conclusão de tratamento.

7.1 Permanece na mesma UPS com o mesmo procedimento.

7.2 Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento.

8.1 Transferência para outra UPS.

8.2 Transferência para internação por intercorrência.

9.1 Óbito relacionado à doença.

9.2 Óbito não relacionado à doença.

Art. 18 Definir que o valor dos procedimentos inclui todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais voltados para a assistência em saúde mental, inclusive, as desenvolvidas em oficinas terapêuticas.

Art. 19 Estabelecer que os procedimentos definidos no artigo 9º, desta Portaria, sejam incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art. 20 Utilizar para o registro das informações dos procedimentos constantes do artigo 9º, desta Portaria, as Tabelas do Sistema APAC-SIA abaixo relacionadas:

- Tabela Motivo de Cobrança (Anexo III);

- Tabela de Nacionalidade (Anexo IV).

Art. 21 Definir que o Departamento de Informática do SUS/DATASUS disponibilizará em seu BBS/DATASUS/MS área 38 – SIA, o programa de APAC-II/Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.


Art. 22 Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 23 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos financeiros a contar da competência outubro de 2002.

Renilson Rehem de Souza


Republicada por ter saído com incorreções do original no DO nº 56, de 22 de março de 2002, seção 1, pág 108

Anexo I

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC DE ESTIMULAÇÃO NEURO-SENSORIAL	Nº do Prontuário
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
Nome			CNPJ	
Dados do Paciente				
Nome				
CNS DO USUÁRIO			CPF	
Nome da Mãe ou Responsável				
Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)			DDD	Nº DO TELEFONE
Município	UF	CEP	Data de nascimento	SEXO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
CONVÊNIO	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nome do Convênio		
DADOS DA SOLICITAÇÃO				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO		
1	CID 10	PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
2				
3				
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)				
CNS DO PROFISSIONAL			CPF DO PROFISSIONAL	
DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM O Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PACIENTE			

Laudo_APAC_Autismo_vst

Anexo II

 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		APAC - I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO		NÚMERO DA APAC
NOME DO PACIENTE				
CNS			CPF	
SOLICITAÇÃO				
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE			CÓDIGO	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO				
PROCEDIMENTO/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)			CÓDIGO	
ÓRGÃO AUTORIZADOR			CÓDIGO	
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS			CNPJ	CÓDIGO
CNS DO AUTORIZADOR			CPF DO AUTORIZADOR	
PERÍODO DE VALIDADE			ASSINATURA E CARIMBO	

Anexo III

Tabela de Motivo de Cobrança da APAC

Código	Descrição
2.1	Recebimento de órtese e prótese e meios auxiliares de locomoção;
2.2	Equipamento não dispensado dentro do período de validade da APAC;
2.3	Equipamento não dispensado (inadequação do equipamento);
3.1	Deficiência auditiva comprovada (utilizado para a indicação do AASI);
3.2	Adaptação do AASI (utilizado para indicação do procedimento acompanhamento);
3.3	Progressão da perda auditiva (utilizado para indicação de reposição do AASI);
3.4	Falha técnica de funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI (utilizado para indicação de reposição do AASI);

Código	Descrição
3.5	Indicação para cirurgia com implante coclear;
3.6	Audição normal;
3.7	Diagnóstico em fase de conclusão (utilizado para cobrança dos exames BERA e Emissões Otoacústicas)
4.1	Exame(s) realizado(s)
4.2	Paciente não compareceu para tratamento;
5.1	Suspensão do(s) medicamento(s) por indicação médica devido à conclusão do tratamento;
5.2	Permanência do fornecimento do(s) medicamento(s) por continuidade do tratamento;
5.3	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por transferência do paciente para outra UPS;
5.4	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por óbito;
5.5	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por abandono do tratamento;
5.6	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devida a mudança da medicação;
5.7	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devido a intercorrências.
5.8	Interrupção temporária do fornecimento do(s) medicamento(s) por falta da medicação;
6.0	Alta do treinamento de DPAC ou DPA;
6.1	Alta por recuperação temporária da função renal;
6.2	Alta para transplante;
6.3	Alta por abandono do tratamento;
6.4	Alta do acompanhamento do receptor de transplante para retransplante por perda do enxerto;
6.5	Alta de procedimentos cirúrgicos;
6.6	Alta por progressão do tumor na vigência do planejamento (sem perspectiva de retorno ao tratamento);
6.7	Alta por toxicidade (sem perspectiva de retorno ao tratamento);
6.8	Alta por outras intercorrências;
6.9	Alta por conclusão do tratamento;
7.1	Permanece na mesma UPS com mesmo procedimento;
7.2	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento;

Código	Descrição
7.3	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de linha de tratamento;
7.4	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de finalidade de tratamento;
7.5	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento por motivo de toxicidade.
8.1	Transferência para outra UPS;
8.2	Transferência para internação por intercorrência.
9.1	Óbito relacionado à doença;
9.2	Óbito não relacionado à doença;
9.3	Óbito por toxicidade do tratamento.

Anexo IV

Tabela de Nacionalidade

Código	Descrição	Código	Descrição
14	Venezuelano	32	Britânico
15	Colombiano	34	Canadense
16	Peruano	35	Espanhol
17	Equatoriano	36	Norte-Americano (EUA)
18	Surinamês	37	Francês
19	Guianense	38	Suíço
20	Naturalizado Brasileiro	39	Italiano
21	Argentino	41	Japonês
22	Boliviano	42	Chinês
23	Chileno	43	Coreano
24	Paraguaio	45	Português
25	Uruguaio	48	Outros Latino-Americanos
30	Alemão	49	Outros Asiáticos
31	Belga	50	Outros

Comentário

Inserir novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SIA-SUS, a partir do estabelecido pela Portaria GM nº 336/2002, ampliando o financiamento daqueles serviços.

Portaria SAS nº 305, de 3 de maio de 2002

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando o aumento do consumo de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes no País e os crescentes problemas relacionados ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa;

Considerando a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as diferentes modalidades de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002, que inclui nas Tabelas do SIH-SUS e SIA-SUS os procedimentos autorizados para cobrança para atendimento a pacientes dos Centros de Atenção Psicossocial, resolve:

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

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e outras Drogas.

Parágrafo único. As secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde deverão adotar as medidas necessárias à organização/habilitação/cadastramento dos Centros de que trata o *caput* deste artigo em seus respectivos âmbitos de atuação.

Art. 2º Designar Centros de Referência nos estados, atribuindo-lhes a responsabilidade de, junto aos gestores estaduais e sob a coordenação de Grupo de Trabalho constituído pela Secretaria de Assistência à Saúde, implementar a primeira etapa do Programa Permanente de Capacitação para a Rede de CAPSad, na forma descrita no Anexo II desta Portaria.

Art. 3º Estabelecer que os gestores estaduais terão o prazo de 5 (cinco) meses, a partir da publicação desta Portaria, para efetivar o cadastramento/recadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial para Atenção a Pacientes com Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, com efeitos financeiros a partir da competência setembro/2002.

Renilson Rehem de Souza

Anexo I

Normas para funcionamento e cadastramento de centros de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos causados por uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas

1. Cadastramento

1.1. Planejamento/Distribuição de Centros

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas (CAPSAd), de maneira a facilitar o acesso dos usuários e a cobertura assistencial. Deverão, para isso, levar em conta seus respectivos quantitativos populacionais, características epidemiológicas, distribuição de serviços assistenciais, além dos quantitativos de centros previstos e suas respectivas etapas de implantação, conforme descrito no art. 3º, alínea a, da Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, respeitando-se os critérios técnicos e as garantias de adequado fluxo assistencial de sua rede.

1.2. Processo de Cadastramento

1.2.1. A abertura de qualquer dos Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas (CAPSAd) deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS – Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município em Gestão Plena do Sistema Municipal – sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação, o planejamento/distribuição regional e a possibilidade de cadastramento, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento. Cabe à secretaria estadual de saúde, conforme já enunciado, o planejamento da rede e a definição do quantitativo de serviços necessários de acordo com os critérios estabelecidos por esta Portaria;

1.2.2. Uma vez confirmada a necessidade do cadastramento pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 2002.

1.2.3. O processo de cadastramento de novas unidades e recadastramento dos CAPSad existentes deverá ser composto das seguintes etapas:

I – Requerimento dos gestores municipais, de acordo com a demanda dos CAPSad de seu município, à Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Secretário de Estado da Saúde. O processo deverá estar instruído com a documentação exigida para cadastramento de serviços, acrescida de:

- a) Documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor.
- b) Projeto Técnico do CAPSad;
- c) Planta Baixa do CAPSad;
- d) Discriminação da Equipe Técnica, anexados os *curricula vitae* dos componentes;
- e) Relatório de Vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde – a vistoria deverá ser feita *in loco* pela secretaria de saúde, que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, normas técnicas da vigilância sanitária, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, – acrescido de parecer favorável da Secretaria de Estado da Saúde.

II – Análise e parecer da Comissão Intergestores Bipartite, que poderá reprovar ou aprovar o cadastramento com exigências, caso em que o processo retornará ao gestor municipal para arquivamento ou adequação.

III – Remessa do processo à Assessoria Técnica ASTEC/SAS, que deverá emitir parecer, conforme determinado pelo artigo 6º da Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Caso o parecer seja favorável, o processo será encaminhado ao gestor estadual para efetivar o credenciamento.

1.3. Exigências para Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas (CAPSad).

1.3.1. Exigências Gerais

1.3.1.1. Características Gerais

Os Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e outras Drogas são destinados à operacionalização, execução e controle do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, na sua área de abrangência, e devem possuir as seguintes características gerais:

- 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, as 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) funcionar das 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas;
- h) manter de 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

1.3.2. Os CAPSAd deverão incluir as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupo (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) atividades educativas e preventivas na unidade e na comunidade;
- h) orientação profissional;
- i) acolhimento/observação/repouso/desintoxicação para pacientes que necessitem de acompanhamento sem apresentar um quadro severo de abstinência ou outro problema decorrente que implique na necessidade de ser encaminhado para hospital geral;
- j) encaminhamento, quando as condições clínicas o exigirem, dos pacientes para internação em hospital geral de referência devidamente acreditado pelo gestor local, e acompanhamento dos pacientes durante sua internação.

Obs.: os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

1.4. Exigências Específicas

Além das exigências gerais, o Centro deverá cumprir com as seguintes exigências específicas:

1.4.1. Instalações Físicas

A área física do Centro deverá se enquadrar aos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento para Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação de projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

A área física deve ser adequada, convenientemente iluminada e ventilada, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com organização e segurança.

A área física deve contar, no mínimo, com:

- sala de espera e recepção;
- área de apoio administrativo;
- consultórios;
- área para atividades em grupo;
- 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso;
- refeitório;
- posto de enfermagem.

1.4.2. Recursos Humanos

De acordo com o definido na Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Anexo II

Programa permanente de capacitação de recursos humanos para os serviços de atenção aos usuários de drogas na rede do SUS

1. Na forma do disposto na Portaria GM/MS nº 816, de 20 de abril de 2002, fica instituída a Primeira Etapa do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os CAPSad na rede do SUS, do qual fazem parte o Ministério da Saúde – por intermédio da Assessoria Técnica/ASTEAC da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, os gestores estaduais e municipais – por meio de suas áreas técnicas de saúde mental, e das instituições formadoras conveniadas para esta finalidade.

2. Compete ao Ministério da Saúde constituir Comissão de Acompanhamento Técnico-Pedagógico, no âmbito da Assessoria Técnica da SAS – ASTEC/SAS, que examinará e aprovará as propostas de convênios de cooperação técnica com instituições formadoras, para o cumprimento das finalidades do Programa Permanente de Capacitação, bem como elaborar e aplicar instrumentos de avaliação do Programa.

3. Compete às instituições formadoras instituir programas de capacitação, destinados a profissionais em atividade ou direcionados para atuarem nos CAPSAd, nas seguintes modalidades de treinamento:

3.1. Curso de Especialização, com 360 horas, de características multidisciplinares, para profissionais universitários, selecionados entre aqueles em atividade ou direcionados para os CAPSAd;

3.2. Curso de Atualização, com 110 horas, para profissionais universitários ou de nível médio, selecionados entre aqueles em atividade ou direcionados para atuarem nos CAPSAd;

3.3. Cursos de Informação Técnica, com no mínimo 40 horas, com conteúdos definidos segundo as necessidades da rede local ou regional de serviços de saúde do SUS, para profissionais universitários ou de nível médio, selecionados entre aqueles em atividade ou direcionados para atuarem nos CAPSAd.

4. Os Centros de Referência deverão ser credenciados por meio de Convênio com o Ministério da Saúde, sob os seguintes valores para financiamento das atividades e limites de clientela-alvo:

4.1. Curso de Especialização – R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais), máximo 50 (cinquenta) alunos;

4.2. Curso de Atualização – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), máximo 50 (cinquenta) alunos por curso.

Comentário

Aprova as normas de funcionamento e cadastramento de CAPS para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas.

Portaria SAS nº 728, de 10 de outubro de 2002

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

Considerando que a plena assistência às pessoas portadoras de deficiência depende da qualificação dos serviços, formas de atendimento e processos educativos e laborativos;

Considerando a reorganização da rede assistencial ambulatorial em saúde mental, e

Considerando a necessidade de desmembrar e regulamentar os procedimentos de Oficinas Terapêuticas constantes da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS, para Pessoas Portadoras de Deficiência, e para as Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais, resolve:

Art. 1º Excluir da Tabela do SIA/SUS, os procedimentos de códigos 19.151.03-9 – Atendimento em Oficina Terapêutica I – por oficina e 19.151.04-7 – Atendimento em Oficina Terapêutica II – por oficina.

Art. 2º Alterar a descrição da Classificação de código 100, do Serviço de Reabilitação, conforme abaixo discriminada:

Cód	Denominação	Atividade Específica	
		Cód	Classificação
18	Reabilitação	100	Deficiência mental/Autismo

Art. 3º Incluir, na Tabela do SIA/SUS, os procedimentos abaixo relacionados:

19.151.05-5 – Atendimento em Oficina Terapêutica I para Pessoas Portadoras de Deficiência – por oficina	
Atividade Profissional em Grupo (mínimo 5 ou no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social com duração mínima de 2 (duas) horas executada por profissionais de nível médio, através de atividades profissionais tais como carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, entre outros. As oficinas terapêuticas poderão funcionar, não apenas na própria unidade, mas também em outros espaços específicos, com a condição de estarem sob supervisão e acompanhamento de profissional de reabilitação. Deverá contar com equipe composta de, no mínimo 4 (quatro) profissionais de nível superior, sendo pelo menos 1 (um) na área de reabilitação.	
Nível de Hierarquia	02, 03, 04, 06, 07, 08

Serviço/Classificação	18/082, 18/083, 18/100, 18/115, 18/116
Atividade Profissional	00
Tipo de Prestador	01, 03, 04, 05, 06, 07, 11, 13, 14, 15, 16, 17
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
Valor do Procedimento	R\$ 6,11

19.151.06-3 – Atendimento em Oficina Terapêutica II para pessoas Portadoras de Deficiência – por oficina

Atividade profissional em Grupo (no mínimo 5 e no máximo 10 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 2 (duas) horas executada por profissionais de nível superior, através de atividades profissionais como carpintaria, costura, cerâmica, artesanato, artes plásticas, entre outras. As oficinas terapêuticas poderão funcionar, não apenas na própria unidade, mas também em outros espaços específicos, desde que o profissional responsável pela execução do procedimento esteja lotado na unidade de saúde a qual a oficina está subordinada. A unidade deverá contar com uma equipe mínima composta de quatro profissionais de nível superior, sendo pelo menos um da área de reabilitação.

Nível de Hierarquia	02, 03, 04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	18/082, 18/083, 18/100, 18/115, 18/116
Atividade Profissional	00
Tipo de Prestador	01, 03, 04, 05, 06, 07, 11, 13, 14, 15, 16, 17
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
Valor do Procedimento	R\$ 23,16

19.151.07-1 – Atendimento em Oficina Terapêutica I para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais – por oficina

Atividade profissional em grupo (mínimo de 5 e máximo de 15 pacientes), de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 2 (duas) horas, executada por profissionais de nível médio, através de atividades tais como carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato e artes plásticas, entre outras. As oficinas terapêuticas poderão funcionar, não apenas na própria unidade, mas também em outros espaços específicos, com a condição de estarem sob supervisão e acompanhamento de profissional de saúde mental da unidade de saúde à qual a oficina está vinculada.

Nível de Hierarquia	02, 03, 04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	00/000
Atividade Profissional	01, 02, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 03, 04, 05, 06, 07, 11, 13, 14, 15, 16, 17
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
Valor do Procedimento	R\$ 6,11

19.151.08-0 – Atendimento em Oficina Terapêutica II para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais – por oficina	
Atividade profissional em grupo (mínimo de 5 e máximo de 15 pacientes), de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 2 (duas horas), executada por profissionais de nível superior, através de atividades como carpintaria, costura, cerâmica, artesanato e artes plásticas, entre outras. As oficinas terapêuticas poderão funcionar, não apenas na própria unidade, mas também em outros espaços específicos, desde que o profissional responsável pela execução do procedimento esteja lotado na unidade de saúde à qual a oficina está vinculada.	
Nível de Hierarquia	02, 03, 04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	00/000
Atividade Profissional	01, 02, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 03, 04, 05, 06, 07, 11, 13, 14, 15, 16, 17
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
Valor do Procedimento	R\$ 23,16

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos financeiros a partir da competência novembro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

Renilson Rehem de Sousa

Comentário

A portaria redefine os procedimentos de atendimento em oficinas terapêuticas, distinguindo aqueles voltados aos portadores de deficiência mental daqueles destinados aos portadores de transtornos mentais.

Portaria SAS nº 1.001, de 20 de dezembro de 2002

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e o disposto nas portarias GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002 e SAS/MS nº 77, de 1º de fevereiro de 2002, resolve:

Art. 1º Homologar os resultados das vistorias realizadas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH/Psiquiatria, no período de maio a julho de 2002.

Art. 2º Estabelecer, na forma do Anexo I desta portaria, nova classificação dos hospitais psiquiátricos credenciados pelo SUS, com base no porte (número de leitos existentes) e na pontuação obtida no PNASH/Psiquiatria.

Art. 3º Definir o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da publicação deste ato, para os hospitais constantes do Anexo II desta portaria, que não obtiveram pontuação suficiente no PNASH (hospitais com pontuação entre 40-61%), tomarem as medidas de correção necessárias, a serem aferidas por nova avaliação do PNASH/Psiquiatria.

Parágrafo único. Os hospitais psiquiátricos deverão atingir a pontuação mínima de 61% para que sejam classificados como hospital psiquiátrico do SUS.

Art. 4º Estabelecer que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser reavaliados anualmente pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria.

Art. 5º Estabelecer que os eventuais casos de revisão da pontuação atribuída pelo PNASH serão apreciados pela Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, instituída pela Portaria SAS/MS nº 1.467, de 14 de agosto de 2002.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de dezembro de 2002.

Renilson Rehem de Souza

Anexo I

Hospitais Psiquiátricos por Classe – PNASH/Psiquiatria – 2002

Classe I

UF	Município	CGC	Hospital	Classe	leitos	% final
PR	Loanda	78195971000121	Hospital Psiquiátrico Nosso Lar	I	36	89,03
PR	Londrina	76245596000151	Villa Normanda Clin. Comunitária SC Ltda	I	65	81,74
PR	Campo Largo	80205685000141	Associação de Pesquisa e Tratamento do Alcoolismo (Apta)	I	36	80,77

Classe II

UF	Município	CGC	Hospital	Classe	leitos	% final
AC	Rio Branco	04034526000577	Hospital de Saúde Mental do Acre	II	65	74,82
CE	Fortaleza	07271711000140	Instituto de Psiquiatria do Ceará	II	60	76,73
DF	Brasília	00054015000728	Hospital São Vicente de Paula	II	49	77,59
ES	Cachoeiro de Itapemirim	27189505001417	Iesp/ES - Centro Atend. Psiq. Aristides Campos	II	35	67,43
GO	Jataí	01165729000423	Núcleo de Saúde Mental de Jataí	II	60	76,16
GO	Rio Verde	01813401000123	Clinica Psiquiátrica Pinel Ltda	II	40	65,03
GO	Rio Verde	02233948000112	Associação Pro Carítas	II	78	72,15
MG	Ituiutaba	21330303000142	Sanatório Espírita José Dias Machado	II	51	68,55
MS	Paranaíba	03163912000172	Hospital Psiquiátrico de Adolfo Bezerra de Menezes	II	50	65,30
MT	Cuiabá	03507415000144	Centro Integrado de Assist. psicossocial Adauto Botelho/Ciaps	II	60	77,02
PR	Curitiba	76440577000186	Clin. H. Soc. Civil Ltda.	II	49	68,25
PR	União da Vitória	76839588000133	Clínica Médica H. J. Ltda.	II	96	82,75
RJ	Rio de Janeiro	03390337000140	SMS Rio Hospital Munic. Jurandyr Manfredini	II	56	76,00
RJ	Rio de Janeiro	33974106002270	Serviço de Assistência Social Evangélico/CREDEQ Campo Grande	II	60	62,01
RJ	Rio de Janeiro	42498717002280	Pam Psiquiátrico Centro	II	15	79,91
SC	São José	86186509000196	Instituto São José Ltda	II	105	92,54
SP	Espírito Santo do Pinhal	54232459000140	Clínica de Repouso Santa Rosa Ltda Soc. Civil	II	69	77,89
SP	Penápolis	00033940000187	Hospital Espírita João Marche	II	78	69,87
SP	Pirapozinho	51394278000121	Hospital Santa Maria de Pirapozinho SC Ltda	II	59	67,42
SP	São Paulo	60448040000122	SES Hosp.Clínicas Fac.Med.Usp. - Hosp.Universitário	II	40	74,53

Classe III

UF	Município	CGC	Hospital	Classe	leitos	% final
CE	Fortaleza	07273592000326	Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo	III	120	62,83
CE	Fortaleza	07275753000159	Clínica Saúde Mental Dr. Suliano Ltda	III	112	69,50
GO	Aparecida de Goiânia	01569060000192	Clínica Santa Mônica Ltda	III	120	65,89
GO	Goiânia	01653450000146	Sanatório Espírita Baturai	III	86	63,80
MA	São Luís	0.6033740000187	Hospital Nina Rodrigues	III	102	68,07
MG	Barbacena	21479183000140	Casa de Saúde Santa Izelbe Ltda	III	106	63,74
MG	Belo Horizonte	19843929000372	Fundação Hosp. do Estado MG Instituto Raul Soares	III	120	72,73
MG	Juiz de Fora	21586987000148	Hospital São Marcos SA	III	81	67,10
MG	Juiz de Fora	21589775000114	Clínica Psiquiátrica Pinho Masini Ltda	III	105	64,25
MT	Rondonópolis	00176040000199	Sociedade Beneficente Paulo de Tarso	III	82	77,36
PA	Ananindeua	0.5054929000117	Centro Integrado de Assist.Social do Pará – Ciaspa	III	120	79,69
PB	João Pessoa	08778268001132	Sanatório Cliffort	III	96	72,66
PE	Barreiros	09794975019394	Hospital Colônia de Barreiros Vicente Gomes de Matos	III	120	70,47
PE	Garanhuns	08123408000162	Hospital da Providência Ltda	III	101	73,69
PE	Igarassu	09794975001185	Hospital Colônia Prof. Alcides Codeceira	III	120	79,18
PE	Recife	03030431000199	Clínica Sto. Antônio de Pádua Ltda.	III	106	69,40
PE	Caruaru	10001295000174	Clínica Psiquiátrica de Caruaru	III	100	74,00
PR	Rolândia	80910383000174	Casa de Saúde Rolândia	III	147	80,61
RJ	Campos dos Goytacazes	28963932000159	Liga Espírita de Campos Mant. do Hosp. Abrigo Dr. João Viana	III	120	73,33
RJ	Petrópolis	31158223000105	Clínica Solar Pedras Brancas Ltda	III	120	64,07
RJ	Rio de Janeiro	03875041000110	SMS Rio Instituto Philippe Pinel	III	90	71,00
RJ	Rio de Janeiro	33282617000104	Sanatório Rio de Janeiro Ltda	III	120	66,41
RJ	Rio de Janeiro	33663683002593	UFRJ Instituto de Psiquiatria	III	115	69,24
RJ	Rio de Janeiro	33833690000119	Clínica de Repouso Santa Edwiges Ltda	III	100	70,10
RJ	Três Rios	32295503000128	Clínica de Repouso Três Rios Ltda	III	120	72,22
RJ	Volta Redonda	32501272000161	Casa de Saúde Volta Redonda Ltda	III	117	71,33
RN	Natal	08430225000190	Clínica Santa Maria Ltda	III	112	64,62
RS	Passo Fundo	92030543000250	Hosp. Cidade P. Fundo/Hosp. Psiquiátrico Bezerra de Menezes	III	82	64,23

RS	Rio Grande	94862265000819	Hospital Psiquiátrico Vicenca Maria da Fontoura	III	100	74,50
SC	São José	82951245002102	Instituto de Psiquiatria	III	140	86,13
SP	Adamantina	43007814000160	Clínica de Repouso Nosso Lar	III	152	82,65
SP	Barretos	47062112000130	Hospital Psiquiátrico Vale do Rio Grande Ltda	III	119	61,33
SP	Birigüi	59761015000115	Hospital Felício Luchini	III	112	72,62
SP	São Paulo	61617908000486	Congr. Irmãs Hosp. Sgdo Coração de Jesus	III	144	84,72

Classe IV

UF	Município	CGC	Hospital	Classe	leitos	% final
AL	Arapiraca	01606515000100	Associação Psiquiátrica Teodora Albuquerque	IV	140	66,16
AM	Manaus	00697295006057	Hospital Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	IV	126	73,16
CE	Fortaleza	07287865000120	Instituição Espírita Nossa Lar	IV	150	70,33
DF	Planaltina	00099093000153	Clínica de Repouso do Planalto SA	IV	157	65,39
MG	Juiz de Fora	21561576000106	Casa de Saúde Dr. Aragão Villar Ltda	IV	142	63,35
MG	Passos	17922477000127	Fundação Beneficente S. João da Escócia Hosp. Otto Krakauer	IV	138	62,96
PB	Campina Grande	08830721000130	Inst. N. de Campina Grande SC Ltda	IV	131	69,85
PE	Olinda	10588424000172	Sanatório Psiquiátrico de Recuperação Ltda	IV	148	76,20
PE	Recife	10882132000148	Clínica Psiq. Sto. Antônio Ltda	IV	159	70,46
PE	Recife	11452240000224	Organização Hospitalar de PE Ltda - Clin. de Repouso Dom Vital	IV	157	68,34
PR	Umuarama	75518530000125	Clínica Santa Cruz SC	IV	150	68,58
RJ	Niterói	32556060002710	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba SMS Niteroi	IV	130	74,82
RJ	Vassouras	29081924000141	Casa de Saúde S. José de Vassouras Ltda	IV	129	63,65
SP	Americana	43266220000174	Seara Sanat. Esp. de Assit. e Recup. de Americana Hosp. Psq. Benef.	IV	140	66,53
SP	Araçatuba	43762442000188	Associação das Sras. Cristas Sanatório Benedita Fernandes	IV	158	71,05
SP	Campinas	46044368000152	Sanatório Dr. Cândido Ferreira	IV	148	69,30
SP	Catanduva	47078019000114	Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi	IV	146	69,79
SP	Garça	48209704000103	Associação Beneficente Espírita de Garça	IV	200	81,59
SP	Ourinhos	53412144000200	Soc. Sta. Casa de Mis. Ourinhos / Hosp. Saúde Mental Ourinhos	IV	123	78,96
SP	Ribeirão Pires	44179539000125	Clínica de Repouso Ribeirão Pires Ltda	IV	129	61,33
SP	São José dos Campos	61956496000247	Centro Valorização da Vida Clínica Repouso Francisca Julia	IV	153	61,72

SP	São Paulo	61617908000214	Casa de Saúde Nossa Senhora de Fatima	IV	177	89,92
SP	São Paulo	46374500012958	SES/SP-Hosp. Psiqu. da Agua Funda	IV	130	72,84
SP	São Paulo	46374500013253	Hospital Psiquiátrico Pinel	IV	126	69,65

Classe V

UF	Município	Cgc	Hospital	Classe	leitos	% final
AL	Maceió	12277315000160	Clínica Santa Juliana SC Ltda.	V	200	76,45
AL	Maceió	12301131000198	Casa de Saude Clínica de Repouso Ulysses Pernambucano	V	200	72,76
AL	Maceió	12346417003377	Hospital Portugal Ramalho	V	200	76,72
BA	Itabuna	14356562000187	Clipi Clínica Psiquiátrica de Itabuna Ltda Casa S. S. J. Tadeu	V	193	63,17
CE	Crato	07179096000146	Casa de Saúde Santa Teresa Ltda	V	198	67,42
CE	Fortaleza	07228703000110	Casa de Saúde São Gerardo Ltda	V	162	76,21
CE	Fortaleza	07329758000117	Hospital Mira Y Lopez	V	180	65,66
CE	Fortaleza	07954571003715	Hospital de Saude Mental de Messejana	V	187	75,02
GO	Goiânia	01613967000101	Clínica Isabela	V	177	62,15
GO	Goiânia	02652865000168	Clínica Jardim América Ltda	V	170	65,31
MA	Imperatriz	06375125000182	Clin Psiquiátrica Imperatriz Ltda	V	190	77,63
MG	Belo Horizonte	19843929000291	Fundação Hosp. do Estado MG Hospital Galba Velloso	V	170	73,99
MG	Juiz de Fora	21562855000186	Casa de Saúde Esperanca SA	V	173	68,96
MG	Juiz de Fora	21587373000180	Clínica São Domingos SA Matriz	V	187	66,75
MS	Campo Grande	03267101000200	Centro Espírita Discipulos de Jesus/Sanatório Mato Grosso	V	193	64,78
PB	João Pessoa	08778268001213	Hospital Psiquiátrico Colonia Juliano Moreira	V	171	68,27
PB	João Pessoa	09096181000176	Inst de Psiquiatria da Paraíba Ltda	V	188	63,33
PB	João Pessoa	09108614000166	Casa de Saúde São Pedro Ltda	V	189	69,14
PE	Camargibe	11452240000305	Organização Hosp. de PE. Ltda Comunidade Psicot. N. S. Graças	V	178	71,24
PE	Recife	10826071000100	Casa de Saúde São José Ltda	V	200	67,93
PE	Recife	10856433000105	Sanatório Recife Ltda	V	195	70,15
PE	Serra Talhada	10280543000244	Clínica Psiquiátrica São Vicente Ltda	V	190	65,60
PR	Londrina	75229021000182	Clínica Psiquiátrica de Londrina Ltda	V	240	82,24
PR	Marechal Cândido Rondon	81556748000177	Hospital e Maternidade Filadélfia Ltda	V	240	81 ,32
RJ	Nova Friburgo	30538011000190	Clínica de Repouso Santa Lúcia Ltda	V	200	72,77

RJ	Rio de Janeiro	42498691000498	ISEJRJ Desipe Hosp. Psiquiátrico Penal Roberto Medeiros	V	198	64,43
RJ	Rio de Janeiro	42498691000226	ISEJRJ Desipe Hosp. Cust. e Tto. Psiquiátrico Heitor Carrilho	V	167	63,50
RJ	Rio de Janeiro	30477954000150	Clínica das Amendoeiras Ltda	V	200	61,74
RJ	Tanguá	30098479000101	Clínica de Repouso Ego Ltda	V	180	67,85
RS	Pelotas	92202498000193	Sanatório Espírita de Pelotas	V	199	70,70
RS	Pelotas	92204585000180	Clínica Olive Leite SA	V	199	71,53
SC	Criciúma	83659607000105	Casa de Saúde Rio Maina Ltda	V	199	76,86
SE	Aracaju	13030481000120	Casa de Saúde Santa Maria Ltda	V	199	63,49
SP	Araraquara	45271137000119	Hospital Psiquiátrico Espírita Caibar Schutel	V	200	71,22
SP	Botucatu	46374500005072	São Paulo - Secr. Saúde - Hosp. Prof. Cantídio Moura Campos	V	180	72,04
SP	Franca	47957667000140	Fundação Espírita Allan Kardec	V	191	66,84
SP	Itapira	49911233000135	Clínica de Repouso Santa Fé Ltda	V	180	66,46
SP	Nova Granada	53150298000182	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Nova Granada	V	174	63,90
TO	Araguaina	02860567000163	LC de Oliveira Xavier Clínica de Repouso S. Francisco Ltda	V	170	69,92

Classe VI

UF	Município	CGC	Hospital	Classe	leitos	% final
AL	Maceió	12281036000170	Clínica de Repouso Dr José Lopes de Mendonça	VI	344	84,78
BA	Salvador	15113087000180	Sanatório São Paulo Ltda	VI	226	62,32
ES	Cariacica	27189505000526	Iesp/ES - Hosp. Aduino Botelho	VI	208	66,90
GO	Anápolis	01029180000105	Sanatório Espírita de Anápolis	VI	369	86,26
GO	Aparecida de Goiânia	01250414000131	Pax Clínica PSG Ltda	VI	226	77,07
GO	Goiânia	01572593000123	Clínica de Repouso Bom Jesus Ltda	VI	204	66,64
GO	Trindade	00420371000122	Vila São José Bento Cottolengo	VI	395	87,07
PE	Recife	09794975000707	Hospital Ulysses Pernambucano	VI	228	71,54
PR	Curitiba	76544741000600	Hosp. Espírita de Psiquiatria Bom Retiro	VI	260	83,88
PR	Jandaia do Sul	75753442000108	Centro de Triagem e Obras Sociais do Vale do Itaipó	VI	290	89,14
PR	Piraquara	80138431000158	Hospital de Neuro Psiquiatria do Paraná S A	VI	400	92,68
PR	Ponta Grossa	80224934000146	S/A Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha	VI	273	81,85
RJ	Duque de Caxias	29428588000160	Sanatório Duque de Caxias Ltda	VI	240	74,13
RJ	Paracambi	32414435000179	Hospital Paracambi Ltda	VI	202	68,49
RJ	Petrópolis	31146863000103	Casa de Saúde Santa Mônica Ltda (Masculina e Feminina)	VI	220	61,93
RJ	São Gonçalo	31690019000130	Clínica Santa Catarina Ltda	VI	210	65,09

RN	Mossoró	08260549000127	Casa de Saúde São Camilo de Lellis	VI	280	80,95
SC	São José	82951245001483	Hospital Colônia Santana	VI	338	80,78
SP	Lins	46374500005404	SPSES - Hospital Clemente Ferreira	VI	230	74,63
SP	Presidente Prudente	44868644000171	Associação Assistencial Adolpho Bezerra de Menezes	VI	380	82,57
SP	Rio Claro	56390123000130	Casa de Saúde Bezerra de Menezes	VI	214	71,40
SP	São José do Rio Preto	59986224000167	Dr. Adolfo Bezerra de Menezes	VI	211	73,30
SP	São Roque	70949722000172	Clínica de Repouso Mailasqui Ltda S/C	VI	228	65,17
SP	Tupã	44570711000177	Clínica de Repouso Dom Bosco Sociedade Civil Limitada	VI	240	72,20
SP	Tupã	62424536000191	Sociedade Civil de Assistência Médica Sociam Ltda	VI	240	73,48

Classe VII

UF	Município	CGC	Hospital	Classe	leitos	% final
BA	Salvador	15106156000129	Serviços Médico Cirúrgicos da Bahia SA Sanatório Bahia	VII	330	62,87
BA	Salvador	15106156000390	Serviços Médico Cir. da Bahia SA Casa de Saúde Ana Nery	VII	309	71,44
GO	Goiânia	01269083000181	San. Espirita Eurípedes Barsanulfo	VII	269	65,90
GO	Goiânia	01550789000117	Clínica de Repouso de Goiânia	VII	258	61,54
MA	São Luís	05746318000130	Clínica São Francisco de Neuropsiquiatria	VII	347	73,97
PE	Recife	10984508000125	Instituto de Psiquiatria do Recife Ltda	VII	320	64,46
PE	Recife	11005774000121	Hospital Psiquiátrico de Pernambuco Ltda	VII	399	69,36
PR	Cascavel	75524041000186	Hospital e Casa de Saúde Sao Marcos Ltda	VII	315	80,29
PR	Maringá	79129110000108	Sanatório Maringa Limitada	VII	380	75,52
PR	Pinhais	76683986000707	Fund S. C. M. da Rocha Hosp. Col. Adatao Botelho	VII	291	77,70
PR	São José dos Pinhais	76639798000188	Hospital Pinheiros Ltda São José dos Pinhais	VII	584	90,70
RJ	Bom Jesus do Itabapoana	29113024000139	Clínica de Repouso Itabapoana Ltda	VII	380	61,17
RJ	Rio de Janeiro	03874990000185	SMS Rio Inst. Mun. de Assist. a Saúde Nise da Silveira	VII	302	68,99
RJ	Rio de Janeiro	72386212000160	Instituto Doutor Francisco Spinola	VII	400	67,66
RJ	São João de Meriti	31935349000149	Casa de Saúde Vilar dos Teles Ltda	VII	330	66,92
SP	Amparo	43464031000106	Sanatório Ismael	VII	303	69,64
SP	Espírito Santo do Pinhal	54228366000141	Sanatório Bezerra de Menezes (Assoc. Esp. Vicente de Paulo)	VII	392	73,89
SP	Itapira	49914773000172	Fundacao Espirita Américo Bairral	VII	820	81,74

SP	Jau	50756600000152	Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jau	VII	284	70,42
SP	Marília	52050010000135	Hospital Espírita de Marília	VII	280	73,09
SP	Presidente Prudente	55348122000165	Sanatório São João Ltda	VII	316	64,87
SP	Ribeirão Preto	46374500004939	Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto Hosp. Santa Tereza	VII	292	70,74
SP	São Bernardo do Campo	44353571000185	Centro Psiquiátrico de São Bernardo do Campo SC Ltda	VII	345	65,55
SP	Sorocaba	71462501000138	Instituto Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima Ltda	VII	297	70,50
SP	Sorocaba	71867600000108	Associação Protetora dos Insanos de Sorocaba	VII	299	76,49

Classe VIII

UF	Município	CGC	Hospital	Classe	leitos	% final
ES	Cachoeiro de Itapemirim	27187301000122	Clínica de Repouso Santa Isabel	VIII	468	72,07
MA	São Luís	06496111000117	Clínica La Ravardiere Ltda	VIII	406	69,90
MG	Barbacena	19843929000615	Fundacao Hospitalar Estado MG Centro Hospitalar Psiquiátrico	VIII	456	71,24
MT	Cuiabá	32994972000135	Instituto Neuropsiquiatria de Cuiaba Ltda	VIII	437	66,34
PE	Camaragibe	11924693000125	Hospital José Alberto Maia Ltda	VIII	980	64,28
PR	Curitiba	76613835000260	Hospital Psiquiátrico Dom Alberto Irm. Sta. Casa Mis. Curitiba	VIII	549	68,17
RJ	Rio de Janeiro	03389961000128	SMS Rio Inst. Munic. de Assist. a Saúde Juliano Moreira	VIII	820	68,84
RS	Caxias do Sul	88667167000151	Clínica Professor Paulo Guedes	VIII	420	62,59
RS	Porto Alegre	92697291000137	Hospital Espírita de Porto Alegre	VIII	415	64,27
RS	Porto Alegre	87958625000220	Hospital Psiquiátrico Sao Pedro	VIII	693	63,83
SP	Araras	44214203000156	Clínica Antônio Luiz Sayao Acompanhamento Psiquiátrico	VIII	865	63,33
SP	Casa Branca	46374500005153	Centro de Reabilitação de Casa Branca	VIII	400	71,03
SP	Itapira	49918949000164	Clínica de Repouso de Itapira SC Ltda	VIII	589	78,68
SP	Piedade	45474863000139	Hospital Psiquiátrico Vale das Hortências	VIII	514	79,84
SP	Salto de Pirapora	47820279000113	Clínica Psiquiátrica Salto de Pirapora	VIII	425	69,00
SP	Salto de Pirapora	49544703000170	Hospital Psiquiátrico Santa Cruz SC Ltda	VIII	576	71,42
SP	Santa Rita do Passa Quatro	46374500005315	Hospital Psiquiátrico Santa Rita Passa Quatro	VIII	450	74,01
SP	Sao Paulo	60988813000163	Hospital Vera Cruz Ltda	VIII	436	70,32
SP	Sorocaba	45403631000190	Mental Medicina Especializada SC Ltda	VIII	420	68,99
SP	Sorocaba	71858880000180	Hospital Psiquiátrico Vera Cruz S/C Ltda	VIII	558	64,04

Anexo II

Hospitais sem classificação

UF	Município	CGC	Hospital	Classe	leitos	% final
BA	Feira de Santana	13937131005020	Hospital Colônia Lopes Rodrigues		500	42,93
BA	Juazeiro	14661987000108	Associação Sanfranciscana Assistência Psicopata Desvalido		78	44,70
BA	Salvador	13937131000818	Hospital Juliano Moreira		240	50,88
BA	Salvador	15106156000200	Serviços Médico Cir. da Bahia SA Casa de Saúde Santa Mônica		492	59,55
BA	Vitória da Conquista	13937131004996	Hospital Afrânio Peixoto		100	60,00
GO	Goiânia	01088350000114	Clínica Espirita de Repouso		51	53,51
MG	Alfenas	18901645000160	Clínica Neuro Psiquiátrica de Alfenas Ltda		170	46,92
MG	Barbacena	17076928000152	Sanatório Barbacena Ltda		121	52,29
MG	Barbacena	17089541000130	Clínica Mantiqueira Ltda		228	54,23
MG	Barbacena	17077538000105	Casa de Saúde Xavier Ltda		120	60,90
MG	Belo Horizonte	17204470000170	Clínica Pinel SA		240	50,98
MG	Belo Horizonte	17478223000161	Clínica Nossa Senhora de Lourdes Ltda		274	60,58
MG	Belo Horizonte	25548009000162	G. D. Psiquiatria Ltda		153	46,24
MG	Divinópolis	61617908000303	Cong Irmãs Hosp Sagrado Cor. Jesus Clínica Lazer Bento Menni		110	60,61
MG	Lavras	22073043000130	Casa de Saúde Paulo Menicucci Ltda		184	52,70
MG	Leopoldina	22155709000107	Clínica São José Ltda		268	45,23
MG	Montes Claros	18017491000149	Organ. Hosp. Psiquiátrica Ltda Casa de Saúde Santa Catarina		124	47,16
MG	São Sebastião do Paraíso	24899874000190	Sanatório Gedor Silveira		170	59,39
MG	Uberaba	25445347000250	Sanatório Espirita de Uberaba		160	59,09
MG	Vespasiano	16517476000134	Clínica Serra Verde Ltda.		339	58,22
PB	Campina Grande	08834632000162	Inst. C. de N. e Reabilitação Funcional		145	56,15
PE	Paulista	10661759000179	Hospital Psiquiátrico do Paulista SA		120	47,28
PI	Teresina	06553564009860	Hospital Areolino de Abreu		251	51,16
PI	Teresina	06846547000199	Sanatório Meduna Ltda		300	51,76
PR	Curitiba	76552918000105	Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória Ltda		220	59,55
RJ	Campos dos Goytacazes	28930451000147	Instituto de Doenças Nervosas e Mentais Ltda		120	50,17
RJ	Carmo	42498717001984	SES RJ Hospital Estadual Teixeira Brandão		262	59,51
RJ	Engenheiro Paulo de Frontin	28576387000148	Sanatorio Psiquiátrico de Mendes Ltda		116	55,28

RJ	Mage	29589124000136	Same Sociedade de Assistência Médica Especializada Ltda		84	60,89
RJ	Niterói	30055677000198	Casa de Saúde Alfredo Neves Ltda		139	60,43
RJ	Niterói	30074397000127	Casa de Saúde Niterói Ltda		120	57,40
RJ	Niterói	42498691000730	ISEJRJ Desipe Hosp. Cust. Tto. Psiquiátrico Henrique Roxo		155	59,87
RJ	Nova Iguaçu	30807069000192	Casa de Saúde Santa Cecília Ltda		150	58,14
RJ	Paracambi	34161232000305	Casa de Saúde Dr. Eiras SA / Filial Paracambi		1130	51,65
RJ	Quatis	28692606000154	Clínica Vale do Paraíba Ltda		250	47,17
RJ	Rio Bonito	31517345000140	Hospital Colônia Rio Bonito Ltda		650	59,21
RJ	Rio de Janeiro	33501214000109	Clínica da Gávea SA		360	59,17
RJ	Rio de Janeiro	33657222000130	Associação Espírita Obreiros do Bem		80	57,40
RJ	Rio de Janeiro	34053710000100	Clínica de Repouso Valência Ltda		240	59,53
RJ	Rio de Janeiro	34161232000143	Casa de Saúde Dr. Eiras SA		63	58,96
RJ	São Gonçalo	31731458000144	Clínica Nossa Senhora das Vitórias Sociedade Civil Ltda		462	56,38
RN	Caicó	08069577000161	Fund. H. Dr. C. D. Hospital do Serido		107	59,19
RN	Natal	08241754010884	Hospital Col. Dr. João Machado		221	59,65
RN	Natal	08328460000155	Casa de Saúde Natal SA		220	59,61
SE	Aracaju	13124227000190	Clínica de Repouso São Marcello Ltda		199	51,69
SE	Nossa Senhora do Socorro	13130521001187	Centro Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno		110	58,42
SP	Bauru	44998144000154	Sociedade Beneficente Cristã		250	52,86
SP	Franco da Rocha	46374500005234	SES/SP-Depart. Psq. II - Franco da Rocha		1178	58,77
SP	Indaiatuba	44732154000143	Clínica de Repouso Indaiá Ltda		234	56,98
SP	Presidente Prudente	55348866000341	Assoc. Reg. Esp. Assist. 25 Região Sanatório Allan Kardec		75	60,48
SP	Promissão	44570711000258	Clínica de Repouso Dom Bosco SC Ltda		93	59,31
SP	Ribeirão Preto	55991954000103	Sanatório Espírita Vicente de Paulo		54	56,63
SP	São José dos Campos	00698882000100	Associação Instituto Chui de Psiquiatria		180	57,50
SP	São Paulo	61592788000167	Clínica Psiquiátrica Charcot S/A		221	53,17

Comentário

Define a classificação dos hospitais psiquiátricos do SUS, com sua correspondente remuneração, a partir do resultado da avaliação do PNASH/Psiquiatria – 2002.

Portaria SAS nº 150, de 18 de junho de 2003

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto nas Portarias GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002; SAS/MS nº 77, de 1º de fevereiro de 2002, e SAS/MS nº 1.001, de 20 de dezembro de 2002, resolve:

Art. 1º Homologar os resultados das revistorias realizadas, no período de janeiro a março de 2003, nos hospitais que não haviam obtido percentual mínimo de 61% da pontuação exigida pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH/Psiquiatria 2002.

Art. 2º Estabelecer, na forma do Anexo I desta Portaria, a classificação dos hospitais revistoriados que obtiveram pontuação acima de 61%, com base no porte (número de leitos existentes) e na pontuação obtida no PNASH/Psiquiatria.

Art. 3º Estabelecer, na forma do Anexo II desta Portaria, a pontuação obtida por aqueles hospitais revistoriados e que não foram reclassificados segundo os critérios exigidos pelo PNASH/Psiquiatria.

Art. 4º Determinar que, após a publicação dos resultados de que trata o artigo 3º desta portaria, o gestor local deverá adotar as providências necessárias para a suspensão de novas internações e o descredenciamento da instituição, planejando a substituição do atendimento aos pacientes destes hospitais que não obtiveram pontuação mínima suficiente para a sua classificação.

Art. 5º Estabelecer, na forma do Anexo III desta Portaria, a reclassificação dos hospitais que solicitaram revisão do número de leitos e da pontuação atribuída pelo PNASH/Psiquiatria, por meio de recursos encaminhados pelos gestores locais responsáveis e apreciados pela Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.467, de 14 de agosto de 2002.

Art. 6º Definir que esta Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS atualizará os procedimentos de atendimento em psiquiatria, de acordo com a classificação definida nesta portaria, em substituição ao estabelecido na Portaria SAS/MS nº 1.001, de 20 de dezembro de 2002, para os hospitais constantes dos Anexos I, II e III.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros vigentes a contar da competência junho de 2003.

Jorge Solla

Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DOU nº 117, de 20/6/2003, página 95, Seção 1.

Anexo I

Hospitais Reclassificados – PNASH/Psiquiatria – 2002

Classe II

UF	Município	CNPJ	Hospital	Leitos existentes	Classe	Pontuação % obtida
BA	Vitória da Conquista	13937131004996	Hospital Afrânio Peixoto	64	II	67,31
BA	Juazeiro	14661987000108	Associação Sanfranciscana Assistência Psicopata Desvalido	71	II	60,91
PE	Paulista	10661759000179	Hospital Psiquiátrico do Paulista Sá	80	II	62,83
RJ	Rio de Janeiro	33657222000130	Associação Espírita Obreiros do Bem	80	II	61,00
SP	Presidente Prudente	55348866000341	Assoc. Reg. Esp. Assist. 25 Região Sanatório Allan Kardec	75	II	77,43
SP	Osasco	61857710000208	Assistência Vicentina de São Paulo	70	II	71,37
SP	Garça	48209233000125	Irmandade da Santa Casa Misericórdia Hospital São Lucas	76	II	76,79
SP	São Paulo	62779145000190	Irm. Sta. Casa Mís. S. Paulo Fac. C. Med. S. Casa Hosp. Univ. Mec. MPAS	98	II	80,18

Classe III

UF	Município	CNPJ	Hospital	Leitos existentes	Classe	Pontuação % obtida
MG	Barbacena	17077538000105	Casa de Saúde Xavier Ltda	120	III	62,59
MG	Divinópolis	61617908000303	Cong Irmãs Hosp. Sagrado Cor Jesus Clínica Lazer Bento Menni	110	III	69,70
RJ	Magé	29589124000136	Same Sociedade de Assistência Médica Especializada Ltda	84	III	66,36
RJ	Campos dos Goytacazes	28930451000147	Instituto de Doenças Nervosas e Mentais Ltda	120	III	61,00
RJ	Engenheiro Paulo de Frontin	28576387000148	Sanatório Psiquiátrico de Mendes Ltda	116	III	61,00
RJ	Niterói	30074397000127	Casa de Saúde Niterói Ltda	120	III	61,00
SE	Nossa Senhora do Socorro	13130521001187	Centro Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno	110	III	65,48

Classe IV

UF	Município	CNPJ	Hospital	Leitos existentes	Classe	Pontuação % obtida
MG	Uberaba	25445347000250	Sanatório Espírita de Uberaba	160	IV	62,97
RJ	Niterói	42498691000730	ISEJRJ Desipe Hosp. Cust. Tto. Psiquiátrico Henrique Roxo	155	IV	68,18
RJ	Nova Iguaçu	30807069000192	Casa de Saúde Santa Cecília Ltda	150	IV	61,00
RJ	Niterói	30055677000198	Casa de Saúde Alfredo Neves Ltda	139	IV	61,00

Classe V

UF	Município	CNPJ	Hospital	Leitos existentes	Classe	Pontuação % obtida
BA	Salvador	13937131000818	Hosp. Juliano Moreira	199	V	61,19
MG	Lavras	22073043000130	Casa de Saúde Paulo Menicucci Ltda	184	V	63,31
MG	São Sebastião do Paraíso	24899874000190	Sanatório Gedor Silveira	170	V	60,94
MG	Alfenas	18901645000160	Clínica Neuro Psiquiátrica de Alfenas Ltda	170	V	60,80
PR	Curitiba	76552918000105	Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória Ltda	169	V	69,99
RJ	Rio de Janeiro	34053710000100	Clínica de Repouso Valência Ltda	200	V	60,91
SE	Aracaju	13124227000190	Clínica de Repouso São Marcello Ltda	199	V	67,95
SP	São José dos Campos	00698882000100	Associação Instituto Chui de Psiquiatria	180	V	61,00

Classe VI

UF	Município	CNPJ	Hospital	Leitos existentes	Classe	Pontuação % obtida
MG	Barbacena	17089541000130	Clínica Mantiqueira Ltda	228	VI	61,46
RN	Natal	08241754010884	Hospital Col. Dr. João Machado	221	VI	66,40
RN	Natal	08328460000155	Casa de Saúde Natal Sá	220	VI	70,03
SP	Indaiatuba	44732154000143	Clínica de Repouso Indaiá Ltda	234	VI	69,85
SP	São Paulo	61592788000167	Clínica Psiquiátrica Charcot S/A	221	VI	60,73

Classe VII

UF	Município	CNPJ	Hospital	Leitos existentes	Classe	Pontuação % obtida
MG	Leopoldina	22155709000107	Clínica São José Ltda	268	VII	63,69
MG	Vespasiano	16517476000134	Clínica Serra Verde Ltda.	339	VII	65,02
MG	Belo Horizonte	17478223000161	Clínica Nossa Senhora de Lourdes Ltda	274	VII	61,18
PI	Teresina	06553564009860	Hospital Areolino de Abreu	251	VII	73,64
PI	Teresina	06846547000199	Sanatório Meduna Ltda	300	VII	73,64
RJ	Rio de Janeiro	33501214000109	Clínica da Gávea Sá	340	VII	64,55
RJ	São Gonçalo	31731458000144	Clínica Nossa Senhora das Vitórias Sociedade Civil Ltda	400	VII	61,00
RJ	Quatis	28692606000154	Clínica Vale do Paraíba Ltda	250	VII	61,00
SP	Bauru	44998144000154	Sociedade Beneficente Cristã	250	VII	64,90

Classe VIII

UF	Município	CNPJ	Hospital	Leitos existentes	Classe	Pontuação % obtida
BA	Feira de Santana	13937131005020	Hospital Colônia Lopes Rodrigues	457	VIII	65,36
RJ	Rio Bonito	31517345000140	Hospital Colônia Rio Bonito Ltda	650	VIII	61,00
SP	Franco da Rocha	46374500005234	SES/SP-Depart. Psq. II - Franco da Rocha	1178	VIII	67,73

Anexo II

Hospitais fora de classificação – PNASH/Psiquiatria – 2002

UF	Município	CNPJ	Hospital	Leitos existentes	Pontuação % obtida
GO	Goiânia	01088350000114	Clínica Espírita de Repouso	51	51,27
MG	Barbacena	17076928000152	Sanatório Barbacena Ltda	121	56,05
MG	Montes Claros	18017491000149	Organ. Hosp. Psiquiátrica Ltda Casa de Saúde Santa Catarina	124	47,70
PB	Campina Grande	08834632000162	Inst. C. de N. E. Reabilitação Funcional	145	46,36
RJ	Carmo	42498717001984	SES RJ Hospital Estadual Teixeira Brandão	262	44,55
RJ	Paracambi	34161232000305	Casa de Saúde Dr. Eiras Sá / Filial Paracambi	1130	33,64
RN	Caicó	08069577000161	Fund. H. Dr. C. D. Hospital do Seridó	107	53,20
SP	Ribeirão Preto	55991954000103	Sanatório Espírita Vicente de Paulo	54	56,63

Anexo III

Hospitais com revisão de número de leitos ou de pontuação

UF	Município	CNPJ	Hospital	Classe	Leitos existentes	Pontuação % obtida
GO	Trindade	00420371000122	Vila São José Bento Cottolengo	IV	165	87,07
GO	Aparecida de Goiânia	01250414000131	Pax Clínica PSG Ltda	V	200	77,07
MA	São Luís	06496111000117	Clínica La Ravardiere Ltda	VII	348	69,90
MG	Juiz de Fora	21587373000180	Clínica São Domingos Sá Matriz	III	120	66,75
RJ	Rio de Janeiro	30477954000150	Clínica Das Amendociras Ltda	IV	160	61,74
RJ	Niterói	32556060002710	Hospital Psiquiátrico de Jurujuba Sms Niterói	III	110	74,82
PR	Cascavel	75524041000186	Hospital e Casa de Saúde São Marcos Ltda	VI	315	87,50

Comentário

Homologa os resultados das revisórias realizadas nos hospitais psiquiátricos que não obtiveram pontuação mínima de 61%, exigida pelo PNASH/Psiquiatria 2002, na primeira vistoria (referência: Portaria SAS nº 1.001, de 20 de dezembro de 2002).

Portarias de Cadastramento de CAPS

A seguir, é apresentada uma listagem das portarias de cadastramento de CAPS em 2002 e 2003 que não foram reproduzidas nesta publicação, servindo apenas para remissão. Contudo, essas portarias podem ser consultadas no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br.

- Portaria SAS nº 652, de 20 de setembro de 2002.
- Portaria SAS nº 653, de 20 de setembro de 2002.
- Portaria SAS nº 654, de 20 de setembro de 2002.
- Portaria SAS nº 655, de 20 de setembro de 2002.
- Portaria SAS nº 658, de 23 de setembro de 2002.
- Portaria SAS nº 658, de 24 de setembro de 2002 (republicação).
- Portaria SAS nº 665, de 26 de setembro de 2002.
- Portaria SAS nº 674, de 30 de setembro de 2002.
- Portaria SAS nº 675, de 30 de setembro de 2002.
- Portaria SAS nº 676, de 30 de setembro de 2002.
- Portaria SAS nº 683, de 30 de setembro de 2002.
- Portaria SAS nº 685, de 4 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 695, de 4 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 706, de 7 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 715, de 8 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 716, de 10 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 736, de 14 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 737, de 14 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 738, de 14 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 746, de 14 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 751, de 14 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 770, de 23 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 771, de 23 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 820, de 31 de outubro de 2002.

- Portaria SAS nº 825, de 31 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 827, de 31 de outubro de 2002.
- Portaria SAS nº 854, de 6 de novembro de 2002.
- Portaria SAS nº 855, de 12 de novembro de 2002.
- Portaria SAS nº 870, de 12 de novembro de 2002.
- Portaria SAS nº 866, de 26 de novembro de 2002 (republicação).
- Portaria SAS nº 905, de 19 de novembro de 2002.
- Portaria SAS nº 906, de 19 de novembro de 2002.
- Portaria SAS nº 939, de 6 de dezembro de 2002.
- Portaria SAS nº 1.003, de 20 de dezembro de 2002.
- Portaria SAS nº 1.004, de 20 de dezembro de 2002.
- Portaria SAS nº 1.006, de 20 de dezembro de 2002.
- Portaria SAS nº 112, de 16 de maio de 2003.
- Portaria SAS nº 145, de 11 de junho de 2003.
- Portaria SAS nº 183, de 8 de julho de 2003.
- Portaria SAS nº 185, de 10 de julho de 2003.
- Portaria SAS nº 200, de 17 de julho de 2003.
- Portaria SAS nº 225, de 15 de agosto de 2003.
- Portaria SAS nº 238, de 21 de agosto de 2003.
- Portaria SAS nº 264, de 8 de setembro de 2003.
- Portaria SAS nº 309, de 7 de outubro de 2003.
- Portaria SAS nº 314, de 17 de outubro de 2003.
- Portaria SAS nº 318, de 28 de outubro de 2003.
- Portaria SAS nº 337, de 3 de novembro de 2003.
- Portaria SAS nº 347, de 11 de novembro de 2003.
- Portaria SAS nº 348, de 13 de novembro de 2003.
- Portaria SAS nº 355, de 26 de novembro de 2003.
- Portaria SAS nº 356, de 26 de novembro de 2003.
- Portaria SAS nº 361, de 27 de novembro de 2003.
- Portaria SAS nº 363, de 3 de dezembro de 2003.

RESOLUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Resolução nº 93, de 2 de dezembro de 1993

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua trigésima primeira reunião ordinária, realizada nos dias 1º e 2 de dezembro de 1993, no cumprimento de suas competências regimentais e das atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,

Considerando o relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 1992, resolve:

1. Constituir, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com os objetivos de definir estratégias para o cumprimento das resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental e avaliar o desenvolvimento do processo de reforma psiquiátrica no País.

2. Definir a composição da referida Comissão como abaixo:
- 1 (um) representante do Ministério da Saúde;
 - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS;
 - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
 - 2 (dois) representantes do segmento de Prestadores de Serviços de Saúde Privados;
 - 1 (um) representante do Ministério da Educação e do Desporto;
 - 2 (dois) representantes de Associações de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares;
 - 1 (um) representante do Fórum de Entidades das Profissões da área de Saúde;

- 1 (um) representante da Associação Brasileira de Psiquiatria;
- 1 (um) representante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

3. Designar o conselheiro Nelson de Carvalho Seixas para acompanhar os trabalhos da referida Comissão, representando o Conselho Nacional de Saúde.

4. A Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica terá caráter permanente, com previsão de realização, a cada ano, de duas Reuniões Ordinárias, uma a cada semestre. A Comissão poderá reunir-se extraordinariamente, observando o contido no Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde.

5. O custeio das atividades da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica deverá ficar a cargo da COSAM/DAPS/SAS/MS.

Henrique Santillo
Presidente do Conselho

Homologo a Resolução CNS nº 93, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

Henrique Santillo
Ministro

Comentário

Constitui a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica.

Acatando Recomendação contida no Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, o plenário do Conselho Nacional de Saúde cria comissão específica para assessorá-lo, entendendo ser a Reforma Psiquiátrica processo complexo e prioritário, devendo, para tanto, incorporar na formulação das suas diretrizes os diversos atores sociais envolvidos nesta empreitada. Respeitando o disposto na Lei nº 8.142/91, a Comissão tem representados usuários, familiares, gestores, prestadores de serviços e associações de profissionais de saúde.

Resolução nº 298, de 2 de dezembro 1999

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua nonagésima terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 1º e 2 de dezembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

1. A importância epidemiológica dos transtornos mentais, aliada à problemática social e humana que determina perda de anos de sobrevivência digna, aos que padecem com tais transtornos;

2. A necessidade de ampliar e resguardar os direitos das pessoas com transtornos, em consonância com a Carta de Princípios e Direitos de Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais da ONU (1991);

3. A necessidade de construir uma rede diversificada e ampliada de assistência socio sanitária acessível, efetiva e eficiente para o cuidado em Saúde Mental;

Resolve:

I - Constituir a Comissão de Saúde Mental, com objetivo de assessorar o plenário do CNS na formulação de políticas na área de Saúde Mental, com a seguinte composição:

- um(a) representante dos usuários e/ou familiares dos serviços de saúde.
- um(a) representante do Movimento de Luta Antimanicomial.
- um(a) representante da Associação Brasileira de Psiquiatria.
- um(a) representante do Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores de Saúde.
- um(a) representante dos prestadores contratados.
- um(a) representante da Secretaria de Direitos Humanos do Ministério da Justiça.
- um(a) representante do CONASEMS.
- um(a) representante do CONASS.
- um(a) representante do Ministério da Saúde.

II - As entidades de familiares dos usuários dos serviços de saúde mental indicarão um representante que permanecerá à disposição da comissão, na qualidade de assessor.

III - A coordenação da comissão será exercida por um conselheiro(a) indicado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde.

IV - As entidades e fóruns correspondentes deverão indicar os membros titulares e suplentes da comissão.

José Serra
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a resolução CNS n.º 298, de 2 de dezembro de 1999, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

José Serra
Ministro de Estado da Saúde

Comentário

Constitui a Comissão de Saúde Mental.

É a nova denominação, com variação na quantidade de instituições representadas da Comissão anterior, visando a ter a mesma estrutura e atribuições das demais comissões daquele órgão colegiado.

Recomendação nº 008, de 8 de maio de 2003

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de maio de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

1. as diretrizes propostas na Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e que, em seu artigo 5º *“determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de altas planejadas e reabilitação psicossocial”*.

2. as deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental que reafirmam a substituição do hospital psiquiátrico como o eixo da política de saúde mental;

3. a existência de um número expressivo de *“pacientes-moradores”* em hospitais psiquiátricos, em situação de total abandono familiar;

4. a aprovação, do Programa de Apoio a Desospitalização – PAD, pelo Conselho Nacional de Saúde em 1996, resolve:

Recomendar ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde o apoio e a aprovação ao *“Programa De Volta Para Casa”*, salientando a necessidade e a importância de:

1. que seja assegurada à participação de representantes desta comissão na comissão de regulamentação e implementação do referido programa;

2. que os recursos destinados às AIHs, após a alta dos pacientes, sejam aplicados no financiamento das políticas de saúde mental;

3. que o Ministério Público integre o processo de acompanhamento/monitoramento dos *“auxílios”*, nos casos de pacientes interditados.

4. que seja assegurada a comunicação entre a Comissão Intersetorial de Saúde Mental e a Comissão de Regulamentação, e que a mesma acompanhe permanentemente a implementação do programa.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Reunião Ordinária.

Comentário

Esta recomendação da Comissão Intersectorial de Saúde Mental aprova o Programa “De Volta Para Casa”, ressaltando a necessidade de se garantir que os recursos oriundos das AIHs de pacientes com alta sejam mantidos no financiamento de ações de saúde mental.

DELIBERAÇÕES DE INTERGESTORES BIPARTITE

Deliberação CIB/RJ nº 54, de 14 de março de 2000

Comissão Intergestores Bipartite

Ato do Presidente

Deliberação CIB-RJ nº 54, de 14 de março de 2000.

Aprova o programa de implantação de serviços residenciais terapêuticos para pacientes psiquiátricos de longa permanência – Etapa 1.

O Presidente da Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições e;

Considerando Deliberação de III Reunião Ordinária da CIB-RJ, ocorrida em 13 de março de 2000;

Considerando Análise do Relatório Técnico sobre o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro, elaborado pelo Grupo Técnico constituído pela Deliberação CIB nº 50, de 14 de dezembro de 1999, resolve:

Art. 1º Aprovar o Programa de Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos para Pacientes Psiquiátricos de Longa Permanência, Etapa 1, descrição no Anexo I.

Art. 2º Determinar que os recursos financeiros correspondentes à AIH tipo 5, dos pacientes que tiveram alta para encaminhamento aos Serviços Residenciais definidos nos termos de Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, sejam integralmente utilizados nos Serviços Residenciais Terapêuticos do município onde se localize o Hospital Psiquiátrico em que o paciente está internado, ou nos municípios de domicílio original do paciente de longa permanência.

Art. 3º Aprovar a utilização dos recursos dos tetos financeiros de internação em Hospital Psiquiátrico para custear a implantação e funcionamento de Centros de Atenção Psicossocial e Oficinas Terapêuticas, definidos pela Portaria MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, segundo os limites financeiros e o cronograma de implantação e funcionamento discriminados no Anexo II (Serviços Psiquiátricos Extra-hospitalares de Implantação e/ou Consolidação Prioritárias até dezembro de 2000), e no Anexo III (Serviços Integrantes da Rede Pública de Atendimento Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro, a serem implantados até dezembro de 2001, por município e por custo).

Art. 4º Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 14 de março de 2000.

Gilson Cantarino O'Dwyer
Presidente

Comentário

Aprova o Programa de Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos para Pacientes Psiquiátricos de Longa Permanência.

Essa deliberação foi incluída nessa publicação pelo caráter exemplar que encerra: os níveis estadual e municipal podem e devem legislar em questões relativas ao financiamento setorial. Cabe ressaltar também o fórum apropriado onde se deu a pactuação, pois o sucesso da iniciativa depende de ação articulada pelo estado entre os diversos municípios das respectivas regiões.

Nota

O Anexo I consta de um Cronograma de Implantação da Primeira Etapa dos Serviços Residenciais Terapêuticos: abril 2000 – dezembro 2000.

O Anexo II compõe-se de uma tabela de Serviços Extra-Hospitalares de Implantação/Consolidação Prioritária janeiro/dezembro de 2000; e o Anexo III apresenta a Rede de Serviços Extra-Hospitalares de Saúde Men-

tal a serem implantados ou em processo de implantação no Estado do Rio de Janeiro até dezembro de 2001, por município e por custo estimado. Os anexos podem ser consultados no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro nº 56 – Parte I, de 23 de março de 2000, páginas 12 a 14; ou pelo *site* <http://www.sec.rj.gov.br>.

Deliberação CIB/MG nº 68, de 4 de outubro de 2001

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais – CIB/SUS/MG, no uso de suas atribuições e considerando:

– a Lei Federal nº 10.216, de 6/4/01, as Leis Estaduais nº 12.684, de 1º/12/97, e nº 11.802, de 18/1/95, que trata da proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, dispõem sobre a promoção da saúde e reintegração social do portador de sofrimento mental, e determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes, respectivamente;

– a Portaria MS/GM nº 799, de 19 de julho de 2000, que institui o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;

– a Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental;

– a necessidade de criar condições para implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, no âmbito do SUS/MG, para o atendimento aos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuem suporte social e laços familiares, possibilitando sua reabilitação psicossocial e/ou sua reinserção na sociedade;

– a necessidade de ampliar a rede substitutiva da internação psiquiátrica prolongada;

– a necessidade de garantir assistência integral aos portadores de transtornos mentais com dependência institucional.

– a aprovação da CIB/SUS/MG em reunião do dia 2/10/01.

Delibera:

Art. 1º Fica aprovada a Proposta de Desospitalização Progressiva em Saúde Mental do Estado de Minas Gerais através da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS/MG.

Art. 2º O município deverá apresentar os seguintes requisitos para a implantação do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental:

– possuir serviços ambulatoriais de Saúde Mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando nos termos da Portaria MS/GM nº 224/92 e Resolução SES/MG nº 793/93, em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e 11ª Conferência Nacional de Saúde;

– elaborar Plano Municipal de Saúde Mental, visando constituir uma rede assistencial integrada, devidamente discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;

– elaborar Projeto Técnico para o Serviço Residencial Terapêutico, o qual deverá estar de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria MS/GM nº 106/00, para avaliação da Diretoria Regional de Saúde, aprovação da Comissão Intergestores Bipartite-Regional, encaminhamento à Coordenadoria Estadual de Saúde Mental para parecer técnico e posterior aprovação da Comissão Intergestores Bipartite- MG.

Art. 3º Será responsabilidade do município que pleitear a implantação do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental:

– implantar e manter a infra-estrutura física, equipamento e material permanente das Residências Terapêuticas, de acordo com o disposto na Portaria MS/GM nº 106/00;

– investir recursos financeiros, humanos e materiais para atender a necessidades assistenciais dos pacientes, visando à reabilitação psicossocial e reinserção social dos pacientes portadores de transtornos mentais;

– supervisionar, controlar e avaliar as Residências Terapêuticas.

Art. 4º Cabe à Secretaria de Estado da Saúde:

– incentivar os municípios para que sejam implantadas 100 Residências Terapêuticas, dentro do prazo de 2 (dois) anos, a partir de fevereiro de 2002;

– sensibilizar, orientar e supervisionar, por meio da Superintendência Operacional de Saúde/Diretoria de Atenção Básica/Coordenadoria Estadual de Saúde Mental, as equipes municipais de Saúde Mental durante o processo de implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, em conjunto com as Diretorias Regionais de Saúde;

– repassar incentivo financeiro, aos municípios aptos a desenvolver o programa, destinado à compra de equipamento e material permanente para cada Residência Terapêutica implantada dentro das normas estabelecidas e que não tenha sido contemplada com verba específica do Ministério da Saúde. O incentivo financeiro será proporcional ao número de pacientes desospitalizados e assistidos pelo município;

– supervisionar, controlar e avaliar permanentemente as Redes de Serviços de Saúde Mental.

Art. 5º O custeio do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental dar-se-á de acordo com o especificado abaixo:

– o recurso financeiro da AIH psiquiátrica do hospital de origem será repassado ao município que implantar o Serviço Residencial Terapêutico, com extinção imediata do leito hospitalar credenciado ao SUS;

– a realocação dos recursos financeiros correspondentes às AIHs Psiquiátricas de um município para outro, objetivando atender o Programa de Desospitalização Progressiva em Saúde Mental através da implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos, deverá ser definida pelos gestores envolvidos e aprovada pela CIB-Estadual.

– os recursos financeiros correspondentes às AIHs psiquiátricas descredenciadas deverão ser utilizados em Serviços Assistenciais de Saúde Mental dos municípios que prestarem assistência integral aos pacientes desospitalizados, objetivando custear o funcionamento das Residências Terapêuticas, Núcleos de Atenção Psicossocial e Oficinas Terapêuticas; atendendo, assim, às demandas necessárias para a reabilitação psicossocial e reinserção social dos pacientes portadores de transtornos mentais;

– serão retirados os recursos que foram alocados no Fundo Municipal de Saúde do município qualificado a estruturar os serviços residenciais terapêuticos que não cumprir as exigências técnicas relacionadas ao funcionamento das unidades, para realocação nos Fundos Municipais de Saúde dos municípios qualificados e que dispuserem a prestar assistência integral aos pacientes;

– a Secretaria de Estado da Saúde através da Câmara Estadual de Compensação poderá remanejar, com aprovação nas instâncias Colegiadas Intergestoras, recursos financeiros dos tetos municipais não utilizados nos Serviços Residenciais Terapêuticos e outros Serviços Extra-Hospitalares de Saúde Mental, para que sejam reutilizados, obrigatoriamente, em assistência ambulatorial aos pacientes portadores de transtornos mentais.

Belo Horizonte, 4 de outubro de 2001

Carlos Patrício Freitas Pereira
Secretário de Estado da Saúde, Gestor do SUS/MG e
Coordenador da CIB-SUS-MG.

Comentário

Aprova a Desospitalização Progressiva em Saúde Mental no Estado de Minas Gerais, por meio da implantação do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental.

Reforma psiquiátrica: processo político e marco regulatório (1990–2004)

As quatro edições (2000, 2001, 2002 e 2004) deste livro Legislação em Saúde Mental – cuja utilidade no sentido de qualificar o debate no campo da saúde mental e democratizar o acesso às informações vem sendo amplamente reconhecida – expressam o percurso do processo de reformulação da assistência psiquiátrica na saúde pública brasileira nos últimos 15 anos.

O período 1990 – 2003 concentra a máxima intensidade política e normativa do que chamamos, no Brasil, de Reforma Psiquiátrica. Um ano antes, em 1989, iniciara-se a experiência decisiva de Santos, sob a liderança de David Capistrano Filho. Também no final deste mesmo ano, dera entrada no Congresso Nacional o projeto de lei que resultou, 12 anos depois, na lei brasileira de reforma psiquiátrica. Já em 1987, em um casarão próximo da Avenida Paulista, fora criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, nome que naquele momento significava muito pouca coisa, e que veio a ser o primeiro CAPS.

O período de que tratamos, portanto, foi antecedido de fatos políticos muito relevantes, especialmente nos anos de 1987 e 1989. Assim, depois da década de 80, marcada pela “reforma do asilo” e pela “ambuladorização”, mas que teve pequena influência na mudança efetiva do modelo assistencial, iniciam-se os dez anos cruciais da Reforma brasileira. No ambiente favorável dos debates sobre a utopia da sociedade sem manicômios, catalisados pela discussão parlamentar da lei que propunha a “extinção progressiva” do modelo hospitalocêntrico, o Estado foi finalmente cumprindo sua parte. Normas foram surgindo, decisões foram sendo tomadas, e enfrentamentos eternamente adiados – especialmente com o aparato hospitalar – passaram a ser o cotidiano dos gestores e militantes que assumiam a causa da Reforma.

Entre 1991 e 1995, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de ir definindo os rumos de uma reforma psiquiátrica que garantisse a cons-

trução de rede de serviços capaz de substituir eficazmente o sistema hospitalocêntrico. Algumas normas (como a Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992) tiveram importante impacto e eficácia. Ao mesmo tempo, diversos estados, começando pelo Rio Grande do Sul, foram aprovando projetos de reforma psiquiátrica, na esteira da lei federal proposta pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG).

Não foi um caminho fácil – diversos projetos de lei anti-reforma tentaram se consolidar e no campo governamental, também, contra-normas buscaram prosperar – nesse período extremamente fértil e contraditório de luta, em que se buscou esculpir a superestrutura jurídica (leis e normas) da luta política pela sociedade sem manicômios.

Quando a primeira edição deste consolidado de leis e normas sobre a saúde mental foi lançado, em setembro de 2000, por iniciativa conjunta da Coordenação-Geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde e do Instituto Franco Basaglia, as “portarias do Ministério” eram preciosidades de difícil acesso. A Portaria nº 224, de 1992, finalmente produziu uma regra clara sobre como devia ser a assistência hospitalar e definia os hospitais-dia e o “atendimento em centro de atenção psicossocial” criando novos procedimentos a serem remunerados pelo SUS.

Na primeira edição, já estavam todas as leis estaduais: Rio Grande do Sul, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e Rio Grande do Norte. Também foi incluída uma deliberação de grande importância da Comissão Intergestores Bipartite, do Rio de Janeiro, e a Portaria nº 106 que definia as normas aplicáveis aos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Na segunda edição, de outubro de 2001, a grande e fundamental novidade foi o texto da Lei nº 10.216, o primeiro documento que nos rege a todos – ausente da primeira edição porque só foi promulgada em 2001, nas comemorações do Ano Internacional de Saúde Mental – e que constitui a base legal de todas as iniciativas da Reforma.

Foi uma edição preparada também com subsídio para a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que se realizaria no final daquele ano, e cujo Relatório Final passou a ser referência para as propostas políticas e elaboração normativa que vieram a seguir.

A terceira edição, de junho de 2002, trazia como novidades principais as Portarias nº 336 e nº 251. A Portaria nº 336, resultado de um longo e coletivo processo de revisão da histórica 224, estabeleceu a tipologia dos CAPS, distinguindo os CAPS pelo porte (I, II e III) e pela finalidade (infanto-juvenis e álcool/drogas). O CAPS III, funcionando 24 horas, não se distinguia apenas pela maior complexidade, mas principalmente pelo potencial estratégico de substituição do modelo hospitalar, em especial nas cidades de maior porte, consolidando, no plano normativo, a experiência exitosa dos NAPS de Santos e de outros municípios. Já os CAPS para “I” e “AD” constituíam inovações tecnológicas importantes. Importa ressaltar também a criação da tipologia “intensivo”, “semi-intensivo” e “não-intensivo”, um esforço necessário de introduzir um pouco da variável clínica na inevitável rigidez de uma portaria ministerial.

No caso da política de álcool e outras drogas, a Portaria nº 816, de abril de 2002, de fato inaugurava um programa sistemático de implantação de rede assistencial destinada a esta clínica no âmbito da saúde pública.

Já a Portaria nº 251, substituindo a 469, que teve vida curta por revelar-se inadequada, criava pela primeira vez uma regra clara de avaliação anual dos hospitais (“PNASH-Psiquiatria”), e vinculava o valor das diárias hospitalares a duas variáveis, simultaneamente: o porte do hospitais (leitos existentes) e a pontuação obtida no PNASH-Psiquiatria.

Que novidades estão contidas nesta quinta edição das normas? Temos a Lei nº 10.708, aprovada em curto prazo pelo Congresso Nacional, instituindo o Programa De Volta para Casa. Sua origem é um projeto de lei do governo, encaminhado pelo Presidente Lula em cerimônia pública de lançamento do Programa de Saúde Mental do novo governo, em 28 de maio de 2003. É uma vitória de uma luta de exatos dez anos, pois foi em 1993 que um grupo de trabalho, convocado pelo Ministério da Saúde, por iniciativa do então coordenador de Saúde Mental, Domingos Sávio do Nascimento Alves, produziu a proposta do Plano de Apoio à Desospitalização (PAD), cuja efetivação só foi possível no atual governo, que definiu a saúde mental como uma de suas prioridades no campo das políticas sociais e de saúde. Também está incluída a portaria que regulamenta o Programa. Outras normas relevantes dizem respeito à expansão dos CAPS infanto-juvenis e à criação do Fórum Intersetorial sobre Políticas de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência.

Em janeiro de 2004, foram publicadas as Portarias GM nº 52 e nº 53, instituindo o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, que estabelecem a estratégia de redução progressiva dos leitos nos hospitais de maior porte, aprofundando o alcance das normas anteriores para o sistema hospitalar, especialmente a Portaria nº 251, e reforçando o PNASH-Psiquiatria.

O quadro a seguir fornece uma visão de conjunto do esforço normativo no período 1990 – 2003. Ele leva em conta que os documentos aqui incluídos obedecem ao critério editorial de sua relevância, atualidade e eficácia, constituindo uma seleção – susceptível de críticas, como em qualquer antologia de textos – capaz de ajudar na compreensão do esforço de construção da agenda de saúde mental no SUS nesse período.

Saúde Mental: leis e normas selecionadas 1990 – 2003

Ano	Leis sancionadas	Normas selecionadas	Descrição
1990	Nenhuma	Nenhuma	
1991	Nenhuma	1	PT SNAS nº 189 – 19.11.91
1992	1	3	Lei estadual nº 9.716 – 7.7.92 (RS) PT GM SNAS nº 224 – 29.1.92 PT SAS nº 407 – 30.6.92 PT SAS nº 408 – 30.12.92
1993	1	2	Lei estadual nº 12.151 – 29.7.93 (CE) PT SAS nº 88 – 21.7.93 Resolução do CNS – nº 93 – 2.12.93
1994	1	3	Lei estadual nº 11.064 – 16.5.94 PT GM nº 1.720 – 4.10.94 PT SAS nº 145 – 25.8.94 PT SAS nº 147 – 25.8.94
1995	4	Nenhuma	Lei estadual nº 975 – 12.12.95 (DF) Lei estadual nº 6.758 – 4.1.95 (RN) Lei estadual nº 11.802 – 18.1.95 (MG) Lei estadual nº 11.189 – 9.11.95 (PR)
1996	1	Nenhuma	Lei estadual nº 5.267 – 10.9.96 (ES)
1997	Nenhuma	Nenhuma	Lei estadual nº 12.684 – 1ª.12.97 (MG)
1998	Nenhuma	Nenhuma	
1999	1	2	Lei federal nº 9.867 – 10.11.99 PT GM nº 1.077 – 24. 8.99 Resolução nº 298 – 2.12.99
2000	Nenhuma	4	PT GM nº 106 – 11.2.00 PT GM nº 799 – 19.7.00 PT GM nº 1.220 – 7.11.00 Deliberação da CIB/RJ nº 54 – 14.3.00
2001	1	3	Lei federal nº 10.216 – 6.4.01 PT GM nº 175 – 7.2.01 PT SAS nº 111 – 3.4.01 Deliberação da CIB/MG nº 68 – 4.10.01
2002	1	13	Decreto nº 42.910 – 26.9.02 PT GM nº 251 – 31.1.02 PT GM nº 336 – 19.2.02 PT GM nº 816 – 30.4.02 PT GM nº 817 – 30.4.02 PT GM nº 1.467 – 14.8.02 PT GM nº 2.391 – 26.12.02 PT SAS nº 77 – 1ª.2.02 PT SAS nº 189 – 20.3.02 PT SAS nº 305 – 3.5.02 PT SAS nº 728 – 10.10.02 PT SAS nº 1.001 – 20.12.02 PT interministerial nº 628 – 2.4.02 PT GM nº 626 – 1ª.4.02

2003	2	8	Decreto de 28 de maio de 2003 Lei federal nº 10.708 – 31.7.03 PT GM nº 1.455 – 30.7.03 PT GM nº 457 – 16.4.03 PT SAS nº 150 – 18.6.03 PT GM nº 2.077 – 31.10.03 PT GM nº 2.078 – 31.10.03 PT GM nº 1.947 – 10.10.03 PT GM nº 1.946 – 10.10.03 Recomendação nº 008 – 8.5.03
TOTAL	14	40	

O contraponto necessário deve levar em conta a efetiva implantação de mudanças, pois para isto construiu-se o processo de Reforma. No quadro a seguir, pode-se acompanhar a redução de leitos e a concomitante expansão do serviço estratégico da Reforma, os CAPS, desde 1996.

Comparação entre sistema hospitalar (número de leitos em hospitais psiquiátricos) e serviços substitutivos (CAPS), 1990 – 2003

LeitosCAPS	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003*
Leitos HP	72.514	71.041	70.323	66.393	60.868	56.675	55.080	52.765
CAPS	154	176	231	237	253	295	424	502

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Mental/ * dados de dezembro de 2003.

Nas perspectivas para 2004, uma extensa e urgente agenda vai se impondo:

1. Consolidação de uma efetiva política que garanta o acesso ao tratamento no SUS para usuários de álcool e outras drogas;
2. Consolidação e aperfeiçoamento da rede de CAPS;
3. Construção da política intersetorial de saúde mental para crianças e jovens;
4. Redução dos leitos hospitalares, conforme define a Portaria nº 52/2004, e potencialização dos serviços de saúde mental em hospitais gerais;
5. Equacionamento do desafio da “saúde mental nas grandes metrópoles”;
6. Aprofundamento da estratégia da saúde mental na atenção básica;
7. Aprofundamento das ações intersetoriais entre justiça, direitos humanos e saúde, especialmente nos seguintes campos: adolescentes em conflito com a lei, legislação e procedimentos judiciais relativos ao uso de substâncias, legislação de controle da venda e propaganda de bebidas alcoólicas, pacientes mentais que cometem delitos, e outros;
8. Formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica.

Uma agenda política, de intervenção na realidade, que provavelmente ficará expressa numa futura sexta edição deste livro de Legislação em Saúde Mental.

Brasília, dezembro de 2003

Pedro Gabriel Godinho Delgado
Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, criação, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, junho de 2004

OS 0527/2004