

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Executiva

Legislação em Saúde Mental

1990 - 2002

3ª ed. revista e atualizada

Série E. Legislação de Saúde

Brasília – DF
2002

© 2000. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série E. Legislação de Saúde

Tiragem: 3ª edição revista e atualizada – 2002 – 4.000 exemplares

Edição, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

Esplanada dos Ministérios, bloco G, anexo B, sala 408

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 315 2203 Fax: (61) 321 3731

Organizadores:

Centro Cultural da Saúde

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

Coordenação de Saúde Mental/Assessoria Técnica/Secretaria de Assistência à Saúde

Esplanada dos Ministérios, bl. G, Ed. Sede, sala 111, sobreloja

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 315 2313/2655 Fax: (61) 315 3422

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Instituto Franco Basaglia

Av. Venceslau Brás, 65, Botafogo

CEP: 22290-140, Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 2542 3049 Ramal 2109

E-mail: ifb@montreal.com.br

Elaboração: Jussara Valladares, Márcia Rollemberg

Editoração e diagramação: João Mário P. D'Almeida Dias (Editora MS)
Robson Alves Santos (Editora MS)

Capa: Mônica Azevedo – autora do quadro intitulado Canteiros

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catálogo na fonte – Editora MS

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.

Legislação em saúde mental 1990-2002 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – 3. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

166 p. – (Série E. Legislação de Saúde)

ISBN 85-334-0531-6

1. Saúde mental – Legislação – Brasil. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria Executiva. III. Título. IV. Série.

NLM WM 32 DB8

EDITORAS MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Fones: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

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

SUMÁRIO

Prefácio à 3ª edição	5
Apresentação – 1ª Edição	7
Introdução	9
Declaração de Caracas	11
Legislação Federal	
Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999	13
Comentário	14
Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001	15
Comentário	18
Leis Estaduais	
Comentário Geral	19
Ceará	
Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993	20
Distrito Federal	
Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995	23
Espírito Santo	
Lei nº 5.267, de 7 de agosto de 1992	26
Minas Gerais	
Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995	28
Emenda da Lei nº 11.802, de 1º de dezembro de 1997	34
Paraná	
Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995	37
Pernambuco	
Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994	41
Rio Grande do Norte	
Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995	45
Rio Grande do Sul	
Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992	47
Portarias do Ministério da Saúde	
Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991	51
Comentário	55
Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992	56
Comentário	64
Portaria/SAS nº 407, de 30 de junho de 1992	65
Comentário	67
Portaria/SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992	68
Comentário	70

Portaria/SAS nº 088, de 21 de julho de 1993	71
Comentário	74
Portaria/SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994	75
Comentário	77
Portaria/SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994	78
Comentário	79
Portaria/GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999	80
Comentário	84
Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000	85
Comentário	89
Portaria/GM nº 799, de 19 de julho de 2000	90
Comentário	93
Portaria/GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000	94
Comentário	97
Anexo I	98
Anexo II.....	99
Anexo III	100
Anexo IV	101
Portaria/GM nº 175, de 7 de fevereiro de 2001	102
Portaria/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002	103
Comentário	105
Portaria/SAS nº 77, de 1º de fevereiro de 2002	109
Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002	111
Comentário	120
Portaria/SAS nº 189, de 20 de março de 2002	121
Comentário	132
Portaria/GM nº 816, de 30 de abril de 2002	138
Comentário	141
Portaria/GM nº 817, de 30 de abril de 2002	148
Portaria/SAS nº 305, de 3 de maio de 2002	152
Comentário	153
Resoluções do Conselho Nacional de Saúde	
Resolução nº 93, de 2 de dezembro de 1993	159
Comentário	160
Resolução nº 298, de 2 de dezembro de 1999	161
Comentário	162
Deliberação da Comissão de Intergestores Bipartite da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro	
Deliberação Bipartite/RJ nº 54, de 14 de março de 2000.....	163
Comentário	164

PREFÁCIO À 3ª EDIÇÃO

A Coordenação-Geral de Documentação e Informação, por meio do Centro Cultural da Saúde, reedita esta coletânea de atos legais e normativos referentes à área de saúde mental, devidamente revista e atualizada.

As duas primeiras edições, totalizando 10.000 exemplares, esgotaram-se em menos de um ano, após distribuição a gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde em todo o território nacional, além de instituições congêneres em outros países.

Esta nova edição, tal como as pregressas, pretende contribuir para o processo em curso de reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil, apresentando um conjunto de novos atos normativos oriundos da esfera federal do SUS, que, atendendo ao postulado na III Conferência Nacional de Saúde Mental, ampliam as possibilidades de oferta da rede de atenção comunitária em Saúde Mental no País.

Como habitual, a expectativa desta publicação é que o conhecimento das normas legais auxilie na adoção de novas práticas em Saúde Mental, com ênfase na inclusão social.

Junho de 2002.

APRESENTAÇÃO — 1ª EDIÇÃO

José Serra
Ministro da Saúde

O processo de Reforma Psiquiátrica que vem ocorrendo em diversos países ocidentais, após a Segunda Guerra Mundial, tomou vigor no Brasil a partir da década de 90, enquanto iniciativa articulada entre os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

O principal documento norteador das políticas adotadas nessa área pelos governos dos países da América Latina foi a Declaração de Caracas, que resultou da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em novembro de 1990.

Nas experiências de reforma nos diversos países, as vias escolhidas foram a legislativa, no âmbito dos parlamentos, ou a normativa, praticada pelos respectivos Ministérios da Saúde. No Brasil, o processo legislativo tem tido grande influência na implementação das políticas públicas nesse campo, sobretudo agora com a aprovação da lei federal da reforma psiquiátrica – Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 –, que contou com apoio explícito e determinado do Ministério da Saúde. Antes delas, oito leis estaduais e várias municipais já se encontravam em vigor.

Pela via normativa, o Ministério da Saúde do Brasil, atendendo às recomendações da Conferência de Caracas, expediu, a partir de 1991, regulamentos para viabilizar a reestruturação da assistência psiquiátrica. Nos últimos dois anos, decidimos aprofundar e acelerar as mudanças, regulamentando os Serviços Residenciais Terapêuticos, definimos claramente as responsabilidades dos gestores na assistência farmacêutica à clientela com transtornos mentais, determinando auditoria especial nos hospitais psiquiátricos e, com vistas a consolidar o processo em curso, convocamos a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Conseqüentemente, nesse percurso, ocorreu o fechamento de um conjunto significativo de hospitais psiquiátricos que não atendiam minimamente a critérios básicos de assistência, enquanto estavam sendo implantados serviços substitutivos ao modelo tradicional, como os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os chamados serviços de atenção diária, de base comunitária, com unidades em todo o País. O objetivo é

alcançar, em futuro próximo, uma atenção em Saúde Mental que garanta os direitos e promova a cidadania dos portadores de transtornos mentais, favorecendo a sua inclusão social.

O caráter híbrido e singular do processo brasileiro, aliando iniciativas dos legisladores e dos executivos nos três níveis, além da forte mobilização social em torno da Reforma Psiquiátrica, justifica a iniciativa do Ministério da Saúde em organizar uma publicação específica contendo leis, decretos, portarias e deliberações. É responsabilidade da esfera federal do SUS propiciar instrumentos que facilitem a implementação das ações pretendidas, e esta publicação preenche uma lacuna importante na expectativa de aumentar a participação dos gestores estaduais e municipais, bem como dos profissionais e usuários do setor Saúde, neste importante processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Julho de 2001.

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 Assistência 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 2001, 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, oito 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.

DECLARAM

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 Parlamentos, 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 especifica.

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, ressalvando-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 Ornélas

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 portadores

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 e/ou desnecessária.

LEIS ESTADUAIS

Comentário Geral

Desde 1992, existem oito leis estaduais em vigor, todas 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.

Neste capítulo incluímos a Lei 975/95 do Governo do Distrito Federal, para exemplificar que, dentro da sua jurisdição e utilizando-se de dispositivos da Lei Orgânica da Assistência Social, o chefe do executivo pode tomar a iniciativa de ampliar a rede de cuidados, antes mesmo da edição de norma federal.

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

Câmara Legislativa do 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 deveser 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 integralidade, 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 expresse 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 DODF.

Cristovam Buarque
Governador do Distrito Federal

Espírito Santo

Lei nº 5.267, de 7 de agosto de 1992.

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 expreso 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 - ambulatórios;
- 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.

* 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 - ambulatórios;
- 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 § 1.º 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 caracterizem 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

Emenda da Lei nº 11.802, de 1º de dezembro 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. 3.º

§ 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 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. 1º".

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

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 competências, 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 unidades 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 de 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: ambulatórios, 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-à 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. 10º A internação psiquiátrica 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 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/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.

Códigos 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, enquanto 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 hospitais.

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

1.3. A atenção aos pacientes nestas 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 6m²/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 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4.6. Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7 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 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 acreditação 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 PSQUIATRIA 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 PSQUIATRIA I e 63.100.02.9 – TRATAMENTO EM PSQUIATRIA 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 PSQUIATRIA II e de procedimento 63.000.00.0 – DIAGNÓSTICO e/ou PRIMEIRO ATENDIMENTO EM PSQUIATRIA.

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 PSQUIATRIA 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 PSQUIATRIA II e 63.100.02.9 – TRATAMENTO EM PSQUIATRIA 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 PSQUIATRIA 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 PSQUIATRIA.

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 PSQUIATRIA II, 63.100.02.9 – TRATAMENTO EM PSQUIATRIA HOSPITAL DIA e de procedimento 63.000.00.8 – DIAGNÓSTICO e/ou PRIMEIRO ATENDIMENTO EM PSQUIATRIA.

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 PSQUIATRIA 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 088, 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 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 30/01/92, 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, reconvocato 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, reconvocato 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 7 h, 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 nºs 407/92 (29/12/92 – DOU 5.3.93), PT MS/SNAS 224/92 (29/1/92 – DOU 30/1/92) e PT MS/SAS 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 nº 799, de 19/7/2000 (ver página 90).

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/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 integrarem 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 cinqüenta 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					
Demonstrativo de recursos para o financiamento do programa para aquisição de medicamentos essenciais para a área de saúde mental					
ESTADO	POPULAÇÃO	%	TOTAL DO	REPASSE	CONTRAPARTIDA
			INCENTIVO	FEDERAL	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
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 contrapõe-se 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 assistência à saúde mental e retomar o desenvolvimento da política assistencial 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, estruturem, 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 Serviços

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: autocuidado, 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 subseqüentes 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.


Comentário

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

ANEXO I

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE APAC ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO	Nº Protocolo
Identificação da Unidade			
NOME		CNPJ	
Dados do Paciente			
NOME			
CPF do CNS		NOME DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF
CEP	DATA DE NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	SEXO	NASC. FEM.
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Dados da Solicitação			
CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		NOME DO PROFISSIONAL DE SAÚDE (NS) SOLICITANTE	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
DADOS CLÍNICOS QUE JUSTIFICAM A INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO			
UNIDADE AMBULATORIAL DE REFERÊNCIA			
DIAGNÓSTICO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
<input style="width: 100%;" type="text"/>			
ASSINATURA DO TÉCNICO SOLICITANTE (ESCRITO MANO)		Nº REGISTRO PROFISSIONAL	DATA
PLDOTBCAPAC.V3.0			

ANEXO II

 ENTEN O NHO DE SAUDE	APAC I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO	NÚMERO DA APAC
NOME DO PACIENTE		CPF ou CNH
SOLICITAÇÃO		
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE		CÓDIGO
CPF DO MÉDICO SOLICITANTE	NOME DO MÉDICO SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO		
PROCEDIMENTO/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)		CÓDIGO
ÓRGÃO AUTORIZADOR		CÓDIGO
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS	CNPJ	CÓDIGO
PERÍODO DE VALIDADE	CPF DO AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO

ANEXO III

Tabela de Nacionalidade

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

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

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

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 a 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 PNASH	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

Comentário

Esta portaria retoma o processo 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), com substituição progressiva dos macro-hospitais.

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 6m²/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 40m², mais 20m² 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.

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 pas- sam 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
Secretário

(*) Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DO nº 24, de 4/2/2002, Seção I, Pág. 86.

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 arte-são.

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, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa 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 recadastrados 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 (incluídos 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/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 cuidados intensivos de 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/reposo 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 lan-
çado 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 de-
nominação:

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.
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 05 (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
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, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F60, F61, F62, F63, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$ 518,10

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, 28, 36, 39, 57, 62
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, 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 03 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, 28, 36, 57, 62
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, 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).
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, 15, 28, 36, 57, 62
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	F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F48, F70, F71, F72, F78, F79, F84, F88, F89, F95, F99
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, 15, 28, 36, 57, 62
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	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 03 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, 15, 28, 36, 57, 62
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	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, 28, 36, 57, 62
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	F10.0, F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11, F12, F13, F14.0, F14.1, F14.2, F14.3, F14.4, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15, F16, F18.0, F18.1, F18.2, F18.3, F18.4, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19
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/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, 28, 36, 57, 62
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, F10.3, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11, F12, F13, F14.1, F14.2, F14.3, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15, F16, F18.1, F18.2, F18.3, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19
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 03 procedimentos/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, 28, 36, 57, 62
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, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11, F12, F13, F14.1, F14.2, F14.3, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15, F16, F17, F18.1, F18.2, F18.3, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19
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 08 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, 57, 62
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, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F60, F61, F62, F63, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
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/recadastrados 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 definirem 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 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 retomarà ao gestor municipal para arquivamento ou adequação.

§ 3º Remessa do processo para a Área Técnica de Saúde Mental/ASTEC/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 subseqüentes 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 setembro de 2002.

RENILSON REHEM DE SOUZA


Comentário

Inserir novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SIA-SUS, a partir do estabelecido pela portaria nº 336/2002, ampliando o financiamento daqueles serviços.

ANEXO I

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL	Nº do Prontuário
Identificação da Unidade			
Nome		CNPJ	
Dados do Paciente			
Nome			
CPF/CNS		Nome da Mãe ou Responsável	
Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)			DDD
			Nº TELEFONE
Município	UF	CEP	Data de nascimento
			SEXO
			Masc. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
CONVÊNIO		Nome do Convênio	
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Dados da Solicitação			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO	
CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		NOME DO PROFISSIONAL DE SAÚDE (NS) SOLICITANTE	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			
DIAGNÓSTICO			CID 10
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
DADOS CLÍNICOS QUE JUSTIFICAM A INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO			
MODALIDADE INDICADA			
<input type="checkbox"/> Intensiva	<input type="checkbox"/> Semi-intensiva	<input type="checkbox"/> Não intensiva	
ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (EXAMINADOR)		Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL	DATA

ANEXO II

 SUS 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
/ / a / /		

ANEXO III

TABELA DE MOTIVO DE COBRANÇA DA APAC

- 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 devida 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 à mudança da medicação;
- 5.7. Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devida à 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.

ANEXO IV

TABELA DE NACIONALIDADE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
14	VENEZUELANO
15	COLOMBIANO
16	PERUANO
17	EQUATORIANO
18	SURINAMÊS
19	GUIANENSE
20	NATURALIZADO BRASILEIRO
21	ARGENTINO
22	BOLIVIANO
23	CHILENO
24	PARAGUAIO
25	URUGUAIO
30	ALEMÃO
31	BELGA
32	BRITÂNICO
34	CANADENSE
35	ESPAÑHOL
36	NORTE-AMERICANO (EUA)
37	FRANCÊS
38	SUÍÇO
39	ITALIANO
41	JAPONÊS
42	CHINÊS
43	COREANO
45	PORTUGUÊS
48	OUTROS LATINO-AMERICANOS
49	OUTROS ASIÁTICOS
50	OUTROS

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 cadastramento, 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

Comentário

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

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	
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	
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
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

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 ál-
cool 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

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
Secretário

Comentário

Aprova as normas de funcionamento e cadastramento de CAPS para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.

ANEXO I

NORMAS PARA FUNCIONAMENTO E CADASTRAMENTO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS CAUSADOS PELO 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/ASTEC 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.

RESOLUÇÕES 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 sobrevida 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 nº 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.

DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO DE INTERGESTORES BIPARTITE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Bipartite/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 Mental 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>.

Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição

EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233 2020 Fax: (61) 233 9558

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

Brasília – DF, julho de 2002

OS0474/2002