



Curso de Enfermagem em Saúde Mental

MÓDULO IV

Atenção: O material deste módulo está disponível apenas como parâmetro de estudos para este Programa de Educação Continuada, é proibida qualquer forma de comercialização do mesmo. Os créditos do conteúdo aqui contido são dados aos seus respectivos autores descritos na Bibliografia Consultada.

MÓDULO IV

13. Legislação em Saúde Mental

Neste módulo abordaremos as principais leis e portarias que normatizam a atenção em saúde mental na lógica do paradigma psicossocial, tendo em vista a nova política de saúde mental.

13.1 Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001

É a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Optei por colocar em anexo esta lei considerando que esta institui a Reforma Psiquiátrica no Brasil. As demais leis e portarias vêm ao encontro das diretrizes propostas por esta lei mais geral (anexo A).

13.2 Portaria SNAS nº224, de 29 de janeiro de 1992

Esta portaria estabelece as diretrizes e normas, baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Define as normas para atendimento ambulatorial em saúde mental, a ser desenvolvido na unidade básica de saúde, centro de saúde e ambulatório. Aponta que o atendimento ambulatorial em saúde mental compreende várias atividades desenvolvidas nestes espaços, que podem ou não ser ligados à policlínicas, hospitais e unidades mistas.

Por considerar o território, estes serviços possuem população de referência, sendo esta definida pela gestão local.

Especifica quais as ações a serem desenvolvidas nos três espaços que abrange o atendimento ambulatorial, tais como atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares e atividades comunitárias. Os recursos humanos necessários são definidos de acordo com os critérios do órgão gestor local.

Aborda também os CAPS, explicando o que são e como funcionam. Referem que este serviço pode servir como porta de entrada da rede de serviços em saúde mental, pois é uma unidade local e regionalizada. Descreve as possibilidades de assistência neste espaço e os recursos humanos.

A portaria também define as normas para o atendimento hospitalar, referenciando serviços como hospital-dia, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria. Em cada um deles, aponta as atividades a serem desenvolvidas, recursos humanos envolvidos e recursos financeiros (financiamento). Proíbe a existência de espaços restritivos em hospitais, tais como celas e a violação de correspondências dos pacientes internados. Exige que haja registro adequado de procedimentos e terapêuticas utilizadas pelo paciente. Coloca o prazo de um ano para que os hospitais se enquadrem na portaria.

Esta portaria regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, especializados ou não. Incorpora os novos procedimentos à tabela do SUS para questões financeiras e, principalmente, e de maior relevância, regulamenta o funcionamento dos hospitais psiquiátricos para humanizarem seu cuidado ao paciente.

13.3 Portaria SAS nº147, de 25 de agosto de 1994

Esta portaria altera a Portaria SNAS nº224, no que se refere às atividades a serem desenvolvidas no hospital psiquiátrico, ampliando as mesmas, favorecendo o cuidado mais abrangente. Isto serviu para melhorar a qualidade do atendimento oferecido pelos hospitais. A tabela 09 apresenta quais as alterações realizadas após esta portaria.

Tabela 09 – Alterações propostas pela Portaria SAS nº147

Antes da SAS nº147	Depois da SAS nº147
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);	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);

<p>d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;</p> <p>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.</p>	<p>d) abordagem à família incluindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e continuidade do tratamento;</p> <p>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;</p> <p>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.</p>
--	---

13.4 Portaria GM nº336, de 19 de abril de 2002

É a portaria que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Define as três modalidades de serviço: CAPSI, CAPSII e CAPSIII, que tem o mesmo objetivo,

diferindo-se em alguns aspectos de funcionamento. Deverá realizar o atendimento, prioritariamente, a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes com seu território, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Deve se constituir em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione sob a lógica do território. Não deve funcionar em estrutura hospitalar, tendo área física específica e independente. Podem funcionar junto aos limites da área física de hospitais gerais, desde que mantenham equipe própria, com acesso privativo e estrutura independente.

O CAPSI possui capacidade de atendimento para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. O CAPSII atende uma população de 70.000 a 200.000 habitantes e o CAPSIII, acima de 200.000 habitantes. E os CAPSi, direcionado para atendimentos de crianças e adolescentes, e o CAPSad para atendimento de álcool e outras drogas, são caracterizados como CAPSII.

Os CAPS possuem características que são comuns a todos tais como:

- a) responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no território;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no território;
- c) coordenar atividades de supervisão de unidades hospitalares no seu território;
- d) supervisionar e capacitar equipes de atenção básica e outros serviços no território;
- e) realizar e atualizar o cadastramento de pacientes que fazem uso de medicamento essencial ou excepcional na área de assistência.

As características específicas são mostradas na tabela 10.

Tabela 10 – Características específicas dos CAPS

CAPS	Característica
CAPSI	Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana.
CAPSII	Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.
CAPSIII	Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana.

	Estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral, para suporte médico.
CAPSi	Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.
CAPSad	Responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, no território. Coordenar atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas no território. Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas. Manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso.

Os atendimentos no serviço também são comuns a todos os CAPS, como:

- a) atendimento individual;
- b) atendimento em grupos;
- c) oficinas terapêuticas;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias visando à reinserção social do paciente;
- g) os pacientes receberão uma refeição quando permanecerem por 4 horas no serviço, e duas, quando permanecerem 8 horas.

Os atendimentos específicos são relacionados na tabela 11.

Tabela 11 – Atendimentos específicos dos CAPS

CAPS	Atendimento
CAPSIII	Acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo cinco leitos para repouso ou observação. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a sete dias corridos ou 10 dias intercalados por um período de 30 dias.
CAPSi	Atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade. Desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com áreas de assistência social, educação e justiça.
CAPSad	Atendimento de desintoxicação.

Na tabela 12 tem-se os recursos humanos necessários em cada tipo de serviço.

Tabela 12 – Recursos Humanos dos CAPS

CAPS	Recursos Humanos
CAPSI	01 médico com formação em saúde mental 01 enfermeiro 03 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro) 04 profissionais de nível médio (técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão)
CAPSII	01 médico psiquiatra 01 enfermeiro com formação em saúde mental 04 profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro) 06 profissionais de nível médio (técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão)
CAPSIII	02 médicos psiquiatras 01 enfermeiro com formação em saúde mental 05 profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro) 08 profissionais de nível médio (técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão)
CAPSi	01 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental 01 enfermeiro 04 profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro) 05 profissionais de nível médio (técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão)
CAPSad	01 médico psiquiatra 01 enfermeiro com formação em saúde mental 01 médico clínico 04 profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, outro) 06 profissionais de nível médio (técnico/ auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão)

Define ainda que os serviços devam oferecer atendimento em três regimes de tratamento: intensivo (acompanhamento diário), semi-intensivo (acompanhamento freqüente, mas não diário – geralmente duas vezes por semana) e não-intensivo (menor freqüência – em geral, duas vezes no mês).

Trata também dos recursos financeiros dos CAPS, cujo pagamento é sob forma de APAC/SIA.

13.5 Portaria SAS nº189, de 20 de março de 2002

Esta portaria insere os novos procedimentos ambulatoriais, regulamenta a cobrança desses procedimentos e define a quantidade de atendimento por modalidade nos CAPS, na tabela do SIA/ SUS, de acordo com o que definido na Portaria GM nº336.

A tabela 13 mostra os novos procedimentos, com as capacidades de atendimento e os valores por procedimento.

Tabela 13 – Novos procedimentos no CAPS

Códigos a incluir na Tabela de procedimentos	Descrição do procedimento
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. Valor do procedimento: R\$18,10	
38.042.02-9	Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I máximo 50 pacientes/mês, CAPS II máximo 75 pacientes/mês e CAPS III máximo 90 pacientes/mês. Valor do procedimento: R\$15,90	
38.042.03-7	Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico, demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 3 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em	

saúde mental. CAPS I máximo 90 pacientes/mês, CAPS II máximo 100 pacientes/mês e CAPS III máximo 150 pacientes/mês. Valor do procedimento: R\$14,85	
38.042.04-5	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi máximo 25 pacientes/mês. Valor do procedimento: R\$25,40	
38.042.05-3	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos 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. Valor do procedimento: R\$16,30	
38.042.06-1	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 3 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi máximo 80 pacientes/mês. 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. Valor do procedimento: R\$18,10	
38.042.08-8	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas , que demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/ pacientes/mês).
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad máximo 60 pacientes/mês. Valor do procedimento: R\$15,90	
38.042.09-6	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras

	Drogas , que demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 3 procedimentos/ pacientes/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad máximo 90 pacientes/mês. Valor do procedimento: R\$14,85	
38.042.10-0	Acompanhamento de Pacientes que demandem Cuidados em Saúde Mental no período das 18 às 21 horas. (máximo 8 procedimentos/ paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos, no período compreendido entre 18 e 21 horas, individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental, CAPS II máximo 15 pacientes/mês, CAPS III máximo 20 pacientes/mês, CAPSi máximo 15 pacientes/mês, CAPSad máximo 15 pacientes/mês. Valor do procedimento: R\$16,30	

13.6 Portaria GM nº106, de 11 de fevereiro de 2000

Esta portaria trata da criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Sistema Único de Saúde, para portadores de transtornos mentais.

Explica o que vem a ser a residência terapêutica, definindo-a como modalidade de atendimento substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Institui que a cada transferência de paciente do hospital especializado para o SRT deve-se reduzir ou descredenciar no SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH para o município, para que reverte ao paciente.

Institui as competências do SRT, suas normas e critérios de inclusão nesta modalidade de atendimento. Apresenta as características físico-funcionais que o serviço deve possuir, e dá outras definições.

Cabe ressaltar os princípios e diretrizes nos quais devem se basear o Projeto Terapêutico do serviço:

- 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.

Define ainda a equipe responsável pelo SRT e seus usuários, e como se dará esta assistência.

13.7 Portaria GM nº1.220, de 07 de novembro de 2000

Apenas para complementar a anterior, esta é a portaria que insere o SRT na tabela de serviços do SUS.

A tabela 14 mostra a descrição do procedimento e o valor do mesmo.

Tabela 14 – Procedimentos dos SRT

38.000.00-8	Acompanhamento de Pacientes
38.040.00-0	Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos
38.041.00-6	Residência Terapêutica em Saúde Mental
38.041.01-4	Acompanhamento de paciente em residência terapêutica em saúde mental - até 31 acompanhamentos/paciente/mês
Conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: auto-cuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social. Valor do Procedimento R\$ 23,00	

13.8 Lei nº10.708, de 31 de julho de 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social de pacientes acometidos por transtornos psiquiátricos, que estiveram internados em hospitais psiquiátricos.

Ressalta que este auxílio é parte de um programa denominado “De Volta Para Casa”, do Ministério da Saúde, também instituído por esta lei.

O valor fixado do benefício é de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado conforme a disponibilidade do governo.

Define quem serão os beneficiários, como receberão o auxílio, quais as situações de suspensão do auxílio.

13.9 Portaria GM nº2.077, de 31 de outubro de 2003

Esta portaria regulamenta a Lei nº10.708. Define quem pode ser beneficiário do auxílio-reabilitação psicossocial, os critérios de cadastramento de beneficiários, a habilitação dos municípios junto ao Ministério da Saúde, o acompanhamento dos benefícios, suspensão e renovação.

13.10 Portaria GM nº2.078, de 31 de outubro de 2003

Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa, que terá representação da Secretaria de Atenção à Saúde (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde, sob a coordenação do primeiro citado.

E define também as atribuições desta comissão.

13.11 Portaria GM nº1.720, de 04 de outubro de 1994

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

13.12 Portaria GM nº1.077, de 24 de agosto de 1999

Dispõe sobre a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica.

Implanta o Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federais e estaduais do SUS.

Os medicamentos do programa são os que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename (1999), cuja última revisão foi em 2002.

Deixa livre para que os estados e municípios adquiram outros medicamentos além dos relacionados, através de recurso próprio.

Os integrantes do Programa são todos os serviços de atenção à saúde mental no âmbito do SUS.

O Ministério da Saúde fica encarregado de 80% dos recursos financeiros necessários ao programa, sobrando 20% que deverá ser diluído entre estado e Distrito Federal.

O estado fica responsável pelo gerenciamento do programa e dos recursos financeiros, visto que o repasse ocorre para o fundo estadual.

13.13 Portaria GM nº816, de 30 de abril de 2002

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

Possui seis objetivos, que são:

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.

Define as competências e atribuições do programa em cada instância de governo, e dá outras disposições.

13.14 Portaria GM nº817, de 30 de abril de 2002

Inclui na Tabela de Procedimentos SIH-SUS os procedimentos referentes à internação por uso prejudicial de álcool e drogas.

13.15 Portaria SAS nº305, de 03 de maio de 2002

Aprova as Normas de Funcionamento e de Cadastramento dos CAPS para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas.

Em seus anexos, define o processo para efetivar o cadastro destes serviços, quais as características, as atividades a serem desenvolvidas, a estrutura física adequada, e a formação dos recursos humanos.

13.16 Portaria GM nº799, de 19 de julho de 2000

Institui, no âmbito do SUS, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. Representa uma auditoria especial em saúde mental.

Determina a avaliação da assistência prestada pelos serviços de saúde mental do SUS, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços ambulatoriais e hospitalares, bem como a proposição de normas técnicas e alternativas que reforcem a continuidade dos processos de transformação do modelo assistencial em saúde mental.

13.17 Portaria GM nº52, de 20 de janeiro de 2004

Cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde – 2004 reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos. Os três componentes principais do Programa são:

1) a redução progressiva de leitos (por módulos de 40 leitos), constituindo nova classificação para os hospitais a partir do número de leitos SUS, com recomposição das diárias;

2) estímulo às pactuações entre gestores e prestadores para que a redução se dê de forma planejada, prevendo a assinatura de um Termo de Compromisso e Ajustamento entre as partes na garantia de efetivação do programa e

3) redirecionamento dos recursos financeiros da internação para a atenção extra-hospitalar em saúde mental. Em suma, este programa estabelece um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com incentivo financeiro pela redução (priorizando os hospitais de menor porte) e pela melhor qualidade de assistência, aferida pelo PNASH – Psiquiatria.

13.18 Portaria GM nº251, de 31 de janeiro de 2002

Esta portaria estabelece as 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 Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

A classificação dos hospitais é realizada segundo os critérios definidos na tabela 14, que segue.

Tabela 14 – Classificação dos hospitais psiquiátricos

Classe	Pontuação no PNSH	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

13.19 Portaria GM nº1.467, de 14 de agosto de 2002

Cria comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação (PNASH/Psiquiatria) da rede de hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS.

13.20 Portaria SAS nº145, de 25 de agosto de 1994 (republicada)

Esta portaria criou um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar a correta aplicação das normas em vigor, junto aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Esse subsistema deverá existir nas três esferas do governo, constituindo-se em Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP). O GAP representou um importante instrumento de qualificação da assistência psiquiátrica hospitalar do SUS. Suas equipes, multidisciplinares e com integrantes dos diversos níveis de gestão, percorreram o país estabelecendo os critérios objetivos de acreditação e qualificação dos hospitais psiquiátricos públicos ou contratados. De 1997 em diante, o GAP foi sendo progressivamente desativado, com algumas exceções estaduais (como o Rio Grande do Sul), e sua lógica de funcionamento, como dispositivo ágil e articulado de supervisão hospitalar, é retomada agora, através da Portaria GM nº 799, de 19/7/2000.

13.21 Portaria GM nº1.876, de 24 de agosto de 2006

Esta portaria institui as diretrizes nacionais para prevenção de suicídio, a serem implantadas no país, respeitando as competências de cada esfera de governo.

A portaria prevê a articulação das três esferas de governo entre si, e igualmente entre as instituições de ensino, organizações da sociedade, organizações não-governamentais, órgãos regionais, nacionais e internacionais, permitindo:

- I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

- III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e
- VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

13.22 Resolução nº93, de 02 de dezembro de 1993

Constitui a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, que é constituída por:

- 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;
- 320
- 1 (um) representante da Associação Brasileira de Psiquiatria;
 - 1 (um) representante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Acatando a 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 um 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, como vemos.

13.23 Resolução nº298, de 02 de dezembro de 1999

Constitui a Comissão de Saúde Mental, que é composta por:

- 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.

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.

Siglas

GM – Gabinete do Ministro

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

Referências Bibliográficas

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

Anexo A - Lei nº10.216 de 06 de abril de 2001

Lei nº10.216, 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

Glossário

- AIH = Autorização de Internação Hospitalar.
- Área de abrangência = também chamada de território ou região de abrangência. É a região (bairros, área programática) em que o CAPS é responsável pelo atendimento, incluindo-se todas as pessoas que moram nessa região.
- Atendimento de orientação = aconselhamento ou instrução, individual ou em grupo, sobre algum assunto específico, por exemplo, grupo de orientação sobre medicamentos.
- Bradicardia = diminuição do ritmo cardíaco que pode ser fisiológico ou ocorrer por doenças ou condições do organismo.
- Bruxismo = é o ranger dos dentes, que pode ocorrer toda noite ou na maior parte dela.
- Bulimia = é uma doença onde a pessoa come exageradamente e depois força o vômito ou até toma laxantes para emagrecer ou para não engordar.
- Catatonia = estado característico que consiste na manutenção de uma atitude, incômoda durante longo tempo, com aspecto de estátua, precaução, ameaça, prece, sentido, etc. Durante o estado de catatonia o paciente não responde, não tem atitude nenhuma, não reage a nada.
- Cleptomania = síndrome psíquica que se manifesta por tendência ao furto, pelo desejo irresistível de possuir objetos ou bens que pertencem à outra pessoa.
- Coprofilia = é o prazer sexual associado ao desejo de defecar sobre o(a) parceiro (a) ou de receber as fezes em seu corpo.
- Despersonalização = senso subjetivo de ser irreal, estranho ou não familiar consigo mesmo; não se reconhece.
- Desrealização = um senso subjetivo de que o ambiente é estranho ou irreal; sentimento de realidade alterada.
- Diaforese = processo de secreção do suor que pode ser espontâneo ou provocado por medicamentos, por estados febris, e por uso de algumas substâncias psicoativas em excesso.
- Diplopia = defeito visual caracterizado por percepção de dupla imagem de um mesmo objeto.
- Dipsomania = manifestação psíquica que consiste no impulso mórbido e incontrolável para bebidas alcoólicas.
- Disforia = sensação subjetiva vaga e indeterminada de mal-estar.

- Enurese = emissão involuntária da urina; incontinência urinária.
- Fetichismo = perversão que consiste em amar não a pessoa mas uma parte dela ou um objeto do seu uso pessoal;
- Gerenciamento de casos = registro, indicação de tratamento e acompanhamento individualizado a cada paciente, mobilizando-se as possibilidades do serviço e das ações intersetoriais para tal fim.
- Gerontofilia = referência sexual patológica por pessoas idosas ou mais velhas.
- Gestor local = é preferencialmente o secretário municipal de Saúde nos municípios (ou o estadual naqueles sem gestão plena), ou pessoa por ele designada, ou seja, coordenadores ou articuladores de saúde mental, estaduais, municipais, regionais ou distritais.
- Hipertermia = elevação da temperatura do corpo, por estado de febre ou abuso de algumas substâncias.
- Inserção social = permanência das relações sociais do paciente e de garantia de equipamentos e atividades em diferentes esferas da vida (moradia, trabalho, lazer etc.), tanto quanto possível.
- Letargia = estado de sonolência invencível que se observa em algumas síndromes psíquicas ou algumas doenças orgânicas.
- Medicamentos essenciais = conjunto de produtos farmacêuticos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.
- Medicamentos excepcionais = conjunto de produtos farmacêuticos, geralmente de custo elevado. Sua dispensação atende a casos específicos, refratários aos medicamentos essenciais, devendo seguir os protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.
- Midríase = dilatação da pupila devido a algum fator local ou geral.
- Miose = diminuição do diâmetro da pupila. É o oposto de midríase.
- Necrofilia = aberração sexual que leva à profanação de cadáveres.
- Pedofilia = desejo forte de práticas e fantasias sexuais com crianças.
- Piromania = provocação intencional de incêndios em ocasiões variadas e distintas.
- Potomania = mania de beber grandes quantidades de líquidos, de toda a natureza, sem uma sede real que justifique tal comportamento.
- Psicofármacos = medicamentos psiquiátricos utilizados para o tratamento em crise ou manutenção: antipsicóticos, antidepressivos, tranqüilizantes, antiepilépticos, estabilizadores do humor.

- Redução de danos = ações que tentam principalmente reduzir, para os usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento. Os exemplos são variados e vão desde a mudança de vias de administração de drogas, passando pela distribuição de seringas/agulhas para usuários de drogas injetáveis, chegando a tratamentos de substituição e evitar a associação do beber-dirigir.
- *Self* = é considerado o centro da personalidade. É o “eu mesmo”.
- Substâncias psicoativas = são produtos de origem natural ou sintética, utilizados para promover alterações na sensopercepção, no nível de consciência e no estado emocional dos usuários. Muitos dos efeitos obtidos não são buscados de forma intencional pelo usuário (ex.: efeitos clínicos adversos, decorrentes do uso).
- Taquicardia = aumento da frequência dos batimentos cardíacos. Pode ser fisiológica ou ocorrer por um mecanismo externo, como uso de drogas, por exemplo.
- Voyeurismo = excitação sexual ao observar a prática sexual por outros ou simplesmente ao ver os órgãos genitais de outrem, independentemente de qualquer atividade própria.
- Zoofilia = desejo e prática sexual com animais.

----- FIM MÓDULO IV -----