



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça da Infância e da Juventude - CAOPIJ

**PARECER TÉCNICO 002/2017**  
**BASE LEGAL E OPERACIONAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**  
**INFANTOJUVENTIL**

**OBJETO:** Perfil dos equipamentos componentes e organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando o atendimento ao público infanto-juvenil.

**DESTINATÁRIOS:** profissionais que atuam no sistema de garantia de direitos (SGD) de crianças e adolescentes, promotores de justiça, defensores públicos, juízes, gestores e profissionais de saúde

**MARCOS NORMATIVOS:** Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990; Lei nº 10.216/2001; Lei 10.708/2003; Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004; Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Resolução ANVISA nº 29, de 30 de junho de 2011; Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011; Portaria SAS/MS nº 804, de 28 de novembro de 2011; Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011; Portaria MS nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011; Portaria MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012; Portaria MS nº 122, de 25 de janeiro de 2012; Portaria MS nº 132, de 26 de janeiro de 2012; Portaria MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012; Portaria GM/MS nº 130, de 26 de janeiro de 2012; Portaria MS/GM nº 131, de 26 de Janeiro de 2012; Portaria MS nº 349, de 29 de fevereiro de 2012; Portaria MS nº 615, de 15 de abril de 2013; Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012; Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002; Portaria MS nº 3.089, de 23 de dezembro de 2012; Portaria MS nº 356, de 8 de abril de 2013.

## APRESENTAÇÃO

A absoluta prioridade que crianças e adolescentes devem receber por parte do Estado na garantia de precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, bem como a preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas e a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à criança e ao adolescente (ECA, art. 4, parágrafo único), aponta para uma intervenção mais efetiva do Ministério Público, órgão que detém legitimação ativa para a defesa extrajudicial e judicial dos interesses e direitos atinentes à infância e juventude (arts. 127 e 129, inciso II, CF, art. 201, inciso V e VIII, e 210, inciso I, ECA), de modo a proporcionar a esse público o efetivo e integral exercício de seus direitos fundamentais, dentre os quais se inclui o direito à saúde (art. 196, CF, *caput*) e à proteção especial, por meio de “programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins” (art. 227, CF, § 3º, inciso VII).

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, toda criança ou adolescente tem direito de ser criado e educado em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes (art. 19, ECA), e ter garantida a inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos, em regime ambulatorial e hospitalar (art. 101, inciso V e VI, ECA), mantendo como diretriz a municipalização no atendimento (art. 88, inciso I, ECA).

No âmbito das políticas públicas voltadas para o público infantojuvenil, os serviços de atenção a

crianças e adolescentes usuários/dependentes de SPA integram a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, juntamente com a promoção de ações preventivas e de reinserção social.

Considerando o cenário epidemiológico contemporâneo, em que se destaca: (a) o crescente consumo de substâncias psicoativas (álcool, crack e outras drogas) por crianças e adolescentes, em geral associados a um contexto vulnerabilidade das famílias, que está a exigir um conjunto articulado de ações multidisciplinares, intra e intersetoriais de prevenção de agravos e proteção; e (b) a recorrente e constatável carência de políticas e programas de atendimento, em caráter prioritário, a crianças e adolescentes usuários de drogas e suas respectivas famílias, faz-se imprescindível buscar a adequação dos serviços, priorizando a previsão orçamentária pelos órgãos encarregados da execução das políticas públicas, para o atendimento de tais demandas, com a urgência e o profissionalismo adequados a dimensão do problema.

Do ponto de vista operacional, observa-se que os critérios que norteiam na atualidade o atendimento ao usuário/dependente de SPA estabelecem que:

a) As portas de entrada na RAPS são a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizadores da demanda de saúde mental no território.

b) O usuário há de passar por avaliação clínica das suas condições de saúde física e mental, e por uma avaliação de risco pelas equipes de saúde para definição das intervenções terapêuticas a serem desenvolvidas, inclusive internação.

c) A internação deve ser preferencialmente, e a depender da avaliação de cada caso, de curta duração, realizada em rede hospitalar pública, com o fito de garantir o processo de desintoxicação e a oferta de cuidados emergenciais das complicações orgânicas e comorbidades associadas ao uso.

d) A definição pela internação deve compor um projeto terapêutico individual, sendo portanto etapa do tratamento, com avaliação interprofissional e critérios de alta hospitalar e acompanhamento pós-alta.

e) As estratégias de cuidados, de redução de riscos e danos sociais, estão previstas para usuários que não buscam espontaneamente os serviços de atenção especializados, e devem ser oferecidas e articuladas por uma rede pública de serviços de saúde e ações sociais, com o apoio de equipes itinerantes que realizem busca ativa (p. ex.: Consultório de Rua), e garantam cuidados integrais em saúde e possibilidades de inserção social.

No caso de crianças e adolescentes, tais intervenções independem de ordem judicial ou mesmo da iniciativa do Conselho Tutelar, devendo ser aplicadas espontânea e prioritariamente pelos equipamentos da RAPS, conforme inteligência do artigo 100, *caput* e parágrafo único, incisos VI, VII e VIII do ECA.

Dentre as regulamentações existentes no país que tratam dessa questão, destaca-se a Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que explicita os princípios orientadores e características dos componentes que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) voltada para esse público, os quais apresentam especificidades em termos de perfil e parâmetros de funcionamento.

A partir do levantamento das principais normativas federais que orientam a implantação e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destacamos as terminologias, desenho dos serviços, composição mínima de equipes e propostas de atendimento de cada um dos equipamentos que a compõem, como veremos a seguir:

## CONSTITUIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

### 1. Atenção Básica em Saúde (Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e Anexo I)

<b>Tipo</b>	<b>Perfil</b>	<b>Composição/desenho do serviço</b>	<b>Parâmetros de atendimento</b>
<i>Unidade Básica de Saúde (UBS)</i>	Desenvolve ações de prevenção e promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais e de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	Inclui equipe multiprofissional em saúde.  Área de recepção, arquivo, consultório médico/enfermagem, com sanitário, consultório odontológico, salas de administração e gerência, multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, de atividades coletivas, de procedimentos, de vacinação, de coleta e curativos, e de observação, entre outros (Manual Infraestrutura do Dep. de Atenção Básica/ SAS/MS)	Uma UBS por território para, no máximo, 18 mil habitantes, quando não houver equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e para, no máximo, 12 mil habitantes, quando houver ESF
<i>Estratégia de Saúde da Família (ESF)</i>	Equipes responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, realizando ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes	1 (um) médico generalista ou especialista em saúde da família, e 1 (um) enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode incluir profissionais de saúde bucal	Máximo de 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde (ACS), e 12 (doze) ACS por equipe de ESF; Cada ESF pode ser responsável por 3000 a 4000 pessoas, a depender do grau de vulnerabilidade das famílias no território  Carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, com exceção do profissional médico, que admite outras modalidades de inserção, dividindo ou compartilhando com outros médicos sua

			carga horária em mais de uma ESF
<i>Consultório de Rua (CdR)/ Consultório na Rua (CnR) – Portaria MS nº 122, de 25 de janeiro de 2012 (inclui valores de incentivo financeiro)</i>	Busca estender o cuidado a pessoas em situação de rua em geral, sobretudo aquelas com transtornos mentais e usuários/dependentes de álcool, crack e outras drogas	Três modalidades de funcionamento, variando entre um mínimo de quatro e um máximo de sete profissionais de nível superior e/ou nível médio	Carga horária de 30 (trinta) horas semanais, utilizadas em conformidade com o perfil de cada população atendida
<i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)</i>	Funciona como apoio interdisciplinar às equipes de ESF, analisando os problemas identificados e a intervenção mais adequada a cada caso, tanto em termos clínicos quanto sanitários	Equipe composta por profissionais de nível superior que deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais (NASF tipo 1) ou 120 horas semanais (NASF 2), sendo que nenhum profissional pode ter carga horária inferior a 20 horas	NASF tipo 1 atende entre 8 (oito) e 15 (quinze) ESF NASF tipo 2, entre 3 (três) e 7 (sete) ESF Atua por meio da discussão de casos, atendimento conjunto, interconsulta, construção de projetos terapêuticos, etc.

2. Atenção Psicossocial Especializada - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – Portaria GM/MS nº336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria GM/MS nº 130, de 26 de janeiro de 2012; Portaria MS nº 615, de 15 de abril de 2013(financiamento inicial de implantação); Portaria MS nº 3.089, de 23 de dezembro de 2012 (financiamento fixo para manutenção)

Funciona em diversas modalidades (CAPS I, II, III, CAPSi, CAPS AD, CAPS AD III) definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, em que quanto maior o número de habitantes, mais especializado o serviço.

As diferentes modalidades de CAPS incluem mudanças na oferta de turnos de atendimento (8 as 18 horas, 8 as 21 horas ou 24 horas) e na oferta de equipe mínima para atender a demanda.

A assistência é desenvolvida a partir do Projeto Terapêutico Individual, e é prestada de forma intensiva, semi-intensiva ou não-intensiva, a depender do acompanhamento ser ofertado diariamente ou em menor frequência, incluindo atendimento individual, familiar, em oficinas, visitas domiciliares, e atividades comunitárias. Há oferta de alimentação a depender do período de atendimento.

<b>Tipo</b>	<b>Perfil</b>	<b>Composição/desenho do serviço</b>	<b>Parâmetros de atendimento</b>
<i>CAPS I</i>	Serviço de saúde aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza	Inclui em sua equipe 01 (um) médico com formação em saúde mental, 01 (um) enfermeiro, 03 (três) profissionais de nível	Funciona das 8h às 18h, em 02 (dois) turnos, 5 (cinco) dias da semana Atendimento de 20 (vinte) pacientes/turno,

	prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 04 (quatro) profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, téc. administrativo, téc. educacional e artesão)	num limite máximo de 30 (trinta) pacientes/dia em regime de atendimento intensivo  Indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes  Atua em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial
<i>CAPS II</i>	Apresenta perfil semelhante ao formato CAPS I	Equipe mínima composta por 01 (um) médico psiquiatra, 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental, 04 (quatro) profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 06 (seis) profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, téc. administrativo, téc. educacional e artesão)	Funciona das 8h às 18h, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21 horas  Atendimento de 30 (trinta) pacientes/turno, num limite máximo de 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia em regime de atendimento intensivo  Indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes
<i>CAPS III</i>	Proporciona atenção psicossocial a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes	Equipe mínima integra 02 (dois) médicos psiquiatras, 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental, 05 (cinco) profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 08 (oito) profissionais de nível médio (técnico	Serviço de atenção contínua, com funcionamento de 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno  Atendimento de 40 (quarenta) pacientes/turno, num limite máximo de 60 (sessenta) pacientes/dia em regime de

		<p>ou auxiliar de enfermagem, téc. administrativo, téc. educacional e artesão)</p> <p>Equipe específica para as 12 (doze) horas dos feriados e finais de semana, composta por 01 (um) profissional de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 03 (três) técnicos/auxiliares, técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio</p>	<p>atendimento intensivo</p> <p>Indicado para municípios ou regiões (regime de consórcio) com população acima de 200.000 habitantes</p> <p>Deve estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral da região, que fará o suporte médico</p> <p>Oferta de acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, disponibilizando no máximo 5 (cinco) leitos para repouso e/ou observação, e prevê a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno por 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados no mês</p>
<i>CAPS i</i>	<p>Serviço de atenção psicossocial voltado a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, a aos que fazem uso de SPA</p>	<p>Equipe mínima composta por 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra, com formação em saúde mental, 01 (um) enfermeiro, 04 (quatro) profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 05 (cinco) profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, téc. administrativo, téc. educacional e artesão)</p>	<p>Funciona das 8h às 18h, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21 horas</p> <p>Atendimento de 15(quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, num limite máximo de 25 (vinte e cinco) pacientes/dia</p> <p>Serviço ambulatorial de atenção diária, exercendo atividades comunitárias de integração e inserção social da criança e do adolescente à família, escola e comunidade, e desenvolvendo ações</p>

			<p>intersetoriais entre assistência social, educação e justiça</p> <p>Indicado para municípios ou regiões (regime de consórcio) com população acima de 150.000 habitantes</p>
<i>CAPS AD</i>	<p>Serviço voltado para adultos ou criança e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades decorrentes do uso/abuso de SPA</p>	<p>Equipe inclui 01 (um) médico psiquiatra, 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental, 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, 04 (quatro) profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 06 (seis) profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, téc. administrativo, téc. educacional e artesão)</p>	<p>Funciona das 8h às 18h, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno até as 21 horas, mantém de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso</p> <p>Atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, em um limite máximo de 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia</p> <p>Indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes</p> <p>Realiza ações de assistência que incluem o atendimento de desintoxicação, organiza a demanda e a rede de instituições de atenção aos transtornos por uso de SPA em seu território, articulado com o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas</p>
<i>CAPS AD III</i>	<p>Proporciona atenção integral e contínua às pessoas que necessitam tratamento para problemas relacionados ao uso abusivo e à dependência de SPA</p>	<p>Equipe mínima: 60 (sessenta) horas de profissional médico, entre psiquiatra e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo</p>	<p>Funciona 24 horas, com, no máximo, 12 (doze) leitos para observação e monitoramento</p> <p>Atendimento de 40</p>

	<p>Pode resultar da adaptação e qualificação de um CAPS I ou II preexistente</p>	<p>mínimo de 1 (um) psiquiatra, 1 (um) enfermeiro com formação e/ou experiência em saúde mental, 5 (cinco) profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 4 (quatro) técnicos de enfermagem, 4 (quatro) profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, téc. administrativo, téc. educacional e artesão)</p> <p>Atendimento noturno é acrescida de 1 (um) profissional de nível universitário, preferencialmente enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 téc. de apoio administrativo</p> <p>Equipe mínima para o período diurno aos sábados, domingos e feriados: 1 (um) enfermeiro, 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 téc. de apoio administrativo</p>	<p>(quarenta) usuários por turno</p> <p>Pode atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, adequando-se ao que prevê o ECA</p> <p>Deve funcionar com disponibilidade para acolher casos novos ou já vinculados, sem agendamento prévio, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, das 7h as 19h</p> <p>Funcionar de forma articulada com a rede de atenção às urgências e emergências, com a rede SUAS, compartilhando responsabilidades na regulação de leitos hospitalares e na atenção hospitalar (internação) de seus usuários</p> <p>Indicado para municípios ou região (CAPS AD III Regional - regime de consórcio) com população acima de 150.000 habitantes</p>
--	--	---	---

#

3. Atenção de Urgência e Emergência – Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004; Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011; Resolução ANVISA nº 29, de 30 de junho de 2011; Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012; Portaria nº 804/SAS/MS, de 28 de novembro de 2011; Portaria MS nº 356, de 8 de abril de 2013

<b>Tipo</b>	<b>Perfil</b>	<b>Composição/desenho do serviço</b>	<b>Parâmetros de atendimento</b>
<i>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192</i>	Junto com as Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após a ocorrência de uma agravo a sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou à morte, garantindo atendimento ou transporte adequado para um serviço de saúde	Equipe de suporte básico: 02 (dois) profissionais de saúde sendo 1 (um) Técnico de Enfermagem e 1 (um) Condutor Socorrista  Equipe de Suporte Avançado: 04 profissionais sendo eles: Médico, Enfermeiro (a), Técnico de Enfermagem e Condutor Socorrista todos treinados em Suporte Avançado de Vida	Há previsão de 1 (um) SAMU básico para cada 100 mil habitantes e de um SAMU UTI para cada 500 mil habitantes  Oferta de atendimento primário, quando o pedido for originado em demanda individual, ou secundário, quando a solicitação partir de um serviço de saúde onde o paciente já tenha sido atendido, estabilizado para condução a outro serviço de maior complexidade, dando continuidade ao tratamento necessário  Pode prestar Primeiros Socorros e realizar manobras que não impliquem grandes riscos à vida dos pacientes (Suporte Básico), ou servir como UTI (Unidade de Terapia Intensiva), que atenda a pacientes Graves com Risco Iminente de Morte
<i>Sala de Estabilização</i>	Ambiente voltado à estabilização de pacientes críticos ou graves		Funciona 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado a outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento pela central de regulação das urgências

<i>Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h</i>	Apresenta complexidade de atendimento hospitalar intermediário	Diversas especialidades médicas e equipe multiprofissional em saúde	Funciona 24 horas, prestando atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica (não cirúrgica), ou primeiro atendimento nos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando e realizando diagnóstico inicial para definir pelo encaminhamento a serviços de maior complexidade
--	--	---	---

4. Atenção Residencial de Caráter Transitório – Portaria MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012

<b>Tipo</b>	<b>Perfil</b>	<b>Composição/desenho do serviço</b>	<b>Parâmetros de atendimento</b>
<i>Unidade de Acolhimento para Adultos - UA</i>	Objetiva oferecer acolhimento voluntário para cuidados contínuos em relação às pessoas com necessidades de tratamento relacionados ao uso abusivo e à dependência de SPA	Equipe mínima: 56 horas semanais para profissionais de nível superior (médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, educador físico, terapeuta ocupacional), com distribuição entre os turnos de domingo a domingo, de maneira a garantir a presença de 1 (um) profissional por período, todos os dias da semana, além de 2 (dois) profissionais de nível médio em tempo integral  Deve incluir espaço físico adequado ao desenvolvimento de atividades terapêuticas, quartos coletivos para até 4 (quatro) pessoas, espaço para refeições, cozinha, banheiros, área	Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, durante 7 (sete) dias da semana  Disponibiliza 10 (dez) a 15 (quinze) vagas, para maiores de 18 anos, de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo  Visa garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social aos pacientes encaminhados pelo CAPS de referência, que elabora o projeto terapêutico singular de cada usuário  Indicado para municípios ou regiões

		de serviço, sala de enfermagem, sala de acolhimento e recepção, salas de atividades individuais e em grupo, área de lazer externa para atividades esportivas e lúdicas, sala administrativa para arquivo e reuniões clínicas	(regime de consórcio) com população acima de 200.000 habitantes  Pode ser prestado por um ente público ou compor serviço terceirizado particular  O município ou região de referência para a UA deve contar com mais de 5 (cinco) leitos psiquiátricos para atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA
<i>Unidade de Acolhimento Infantojuvenil - UAi</i>	Voltado à crianças e adolescentes, que apresentam a necessidade de cuidado integral de caráter residencial transitório	Equipe mínima: 56 horas semanais para profissionais de nível superior (médico, assistente social, psicólogo, pedagogo, enfermeiro, educador físico, terapeuta ocupacional), com distribuição entre os turnos de domingo a domingo, e maneira a garantir a presença de 1 (um) profissional por período, todos os dias da semana, além de 2 (dois) profissionais de nível médio em tempo integral  40 horas de profissionais de nível universitário na área de Educação, de modo a garantir a presença de um profissional por período, em dias úteis, das 7 as 19 horas	Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, durante 7 (sete) dias da semana  Disponibiliza 10 (dez) vagas para indivíduos entre 10 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo  1 (uma) UAi pode servir de referência para uma população municipal ou regional igual ou superior a 100.000 habitantes, e ser implantada em atenção a um município ou uma região, a cada 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco por uso abusivo ou dependência de SPA (cálculo disponível no anexo I da Port. MS nº 121/2012)

✱

<p><i>Serviço de Atenção em Regime Residencial – Comunidade Terapêutica – Portaria nº 131/MS/GM, de 26 de Janeiro de 2012.</i></p>	<p>Oferta de cuidados contínuos de saúde em ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, para pacientes com necessidades decorrentes do abuso/dependência de SPA</p>	<p>Equipe inclui 2 (dois) profissionais de nível superior da área de saúde e 1 (um) téc. administrativo</p>	<p>Funciona em articulação com a Atenção Básica, que apoia o cuidado clínico geral dos seus usuários, e com o CAPS, responsável pela indicação do acolhimento para pacientes estabilizados clinicamente, e admite permanência de até 9 (nove) meses</p> <p>Deve manter fichário individual para registro de atendimentos, atividades, intercorrências clínicas, e incluir mecanismos de encaminhamento para a rede de saúde</p>
--	---	---	---

5. Atenção Hospitalar – Portaria MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012; Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; Portaria nº 148/GM/MS/2012 (incentivo financeiro); Portaria MS nº 349, de 29 de fevereiro de 2012.

<b>Tipo</b>	<b>Perfil</b>	<b>Composição/desenho do serviço</b>	<b>Parâmetros de atendimento</b>
<p><i>Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas</i></p>	<p>Tem como função precípua a preservação da vida, e integra a RAPS, como parte das demandas e fluxos assistenciais na região de referência, potencializando ações de matriciamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia de continuidade do cuidado em situações de urgência/emergência</p>	<p>Os recursos humanos previstos para o funcionamento do SHR atendem a gradação do número de leitos implantados, incluindo técnicos ou auxiliar de enfermagem, enfermeiros, profissionais de saúde mental de nível superior e médico clínico</p> <p>Os parâmetros da infraestrutura física estão previstos na RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento,</p>	<p>Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados, sem interrupção da continuidade entre os turnos, preferencialmente implantado em Hospitais Gerais de natureza pública ou filantrópica</p> <p>1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do abuso ou dependência de SPA</p>

		<p>Prorrogação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde; RDC ANVISA n° 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; e Resolução n° 5/ CONAMA, de 05 de agosto de 1993</p>	<p>para cada 23 (vinte e três) mil habitantes (Portaria n° 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002); o número de leitos não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos</p> <p>Indicado para municípios ou regiões (regime de consórcio) com até 100 (cem) mil habitantes que já apresentam ações de saúde mental na Atenção Básica e no CAPS de referência. Em municípios ou regiões com mais de 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e de CAPS de referência que atenda pessoas com transtornos mentais e usuários abusivos e dependentes de SPA</p> <p>Projeto terapêutico deve prever internações de curta duração, até a estabilidade clínica do paciente, respeitando as especificidades de cada caso</p>
--	--	---	--

6. Estratégias de Desinstitucionalização – Lei 10.708/2003; Portaria MS n° 3.088/2011; Portaria n° 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria MS n° 3.090, de 23 de dezembro de 2011; Portaria MS n° 132, de 26 de janeiro de 2012.

Visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de SPA, em

situação de internação de longa permanência, a promoção da autonomia e o exercício da cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros estabelecimentos.

Programa de Volta para Casa – visa a contribuir e fortalecer o processo de inclusão social.

Cumpra-se destacar que essas estratégias são pontos de atenção para municípios/regiões com situações específicas, não sendo sua implantação obrigatória na formação de cada RAPS, pois depende do número de munícipes longamente internados.

#### 7. Reabilitação Psicossocial – Portaria MS nº 3.088/2011

Composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, que articulam de modo sistemático as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território.

### **ORGANIZAÇÃO DA RAPS**

A organização da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental para crianças e adolescentes, ocorre em quatro etapas, a saber:

- I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial;
- II - Adesão e diagnóstico;
- III - Contratualização dos Pontos de Atenção; e
- IV - Qualificação dos componentes.

A fase inicial, que compreende o Desenho Regional da RAPS, inclui a coleta de dados demográficos e epidemiológicos, o dimensionamento da demanda assistencial, o dimensionamento da oferta assistencial e a análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros. Esse Desenho Regional da RAPS deve ser pactuado nos Colegiados Intergestores Regionais (CIR), que formaliza a proposta de um Plano de Ação Regional, o qual estabelece a programação, as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado e pelos Municípios envolvidos, e prioriza o estímulo a criação do Fórum específico para a implementação e acompanhamento da RAPS.

Em seguida, na etapa de Adesão e diagnóstico, ocorre: a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e Municípios; b) apresentação e análise da matriz diagnóstica na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde; c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB; e d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde, com apoio do Ministério da Saúde.

A Contratualização dos Pontos de Atenção prevê a elaboração do desenho da RAPS; a Contratualização pela União, pelo Estado ou pelo Município dos pontos de atenção, observadas as responsabilidades definidas para cada componente da RAPS; e a instituição do Grupo Condutor

Municipal em cada Município, com apoio institucional da Secretaria Estadual de Saúde.

Já a Qualificação dos Componentes inclui a realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.6º da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e o cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede e serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

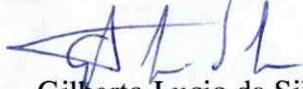
A par das normativas apresentadas percebe-se que cada município deve avaliar a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas (SPA), em especial para o público infantojuvenil.

Tomando por base a configuração e organização dos serviços em Saúde Mental identificada no Relatório Anual de Gestão (RAG) da Saúde em cada município, é possível verificar a evolução: (a) da cobertura de ESF disponível, a depender do grau de vulnerabilidade das famílias, o número de ACS em cada ESF, e quantidade des NASFs existentes, em conformidade com o perfil previsto para consolidar a rede de Atenção Básica; (b) a capacidade da rede de equipamentos de Atenção Especializada (CAPS) de suprir a demanda de casos graves, seja de transtorno mental, seja de abuso/dependência do uso de substâncias psicoativas; (c) a situação da Atenção de Urgência e Emergência, com respeito às normativas quanto à presença do SAMU (com serviços de Suporte Básico e de UTI móvel), além de Unidade de Pronto Atendimento (UPA); (d) a implantação da Atenção Residencial de Caráter Transitório (Comunidade Terapêutica, UA e UAi), de acordo com os parâmetros de referência populacional do MS; e (e) a implantação de leitos integrais para atendimento específico na Saúde Mental, conforme Portaria 1.101/GM/MS/2012, de um leito de Atenção Hospitalar de Referência para cada 23 mil habitantes.

Ressalte-se que a omissão dos agentes públicos implicada no não oferecimento ou oferta irregular de ações, programas e serviços atinentes à política pública em comento está em desacordo com o que preceitua o artigo 5º do ECA, ao dizer que: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”, exigindo a responsabilização civil e administrativa dos referidos agentes, com base nos artigos 208, inciso VII, e 216, do ECA.

Recife, 20 de fevereiro de 2017.

**Gilberto Lúcio da Silva**  
Analista Ministerial em Psicologia  
Mat. 198.625-8

  
Gilberto Lucio da Silva  
Analista Ministerial em Psicologia  
Matrícula 188.625-8

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL (2015a). *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília : Ministério da Saúde.

BRASIL (2015b). *Saúde Mental em Dados* – 12, ano 10, nº 12. Informativo Eletrônico. Brasília : Ministério da Saúde. Acesso em 15 fev 2017.

MPMG (2012). *Roteiro de Atuação: enfrentamento ao uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes*. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais/Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça da Infância e Juventude do Estado de Minas Gerais.

MPGO (2012). *Manual do Promotor de Justiça da Infância e Juventude: O uso de drogas por crianças e adolescentes e a estruturação da rede de atenção em saúde mental infantojuvenil*. Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás.

Luiz Roberto de Almeida  
Análise Institucional e Psicologia  
1998 - 2018