

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº 01/2018 - CAOP SAÚDE/MPPE

A presente Nota Técnica visa trazer orientações aos Promotores de Justiça, no que tange às mudanças incorporadas à Política Nacional de Saúde Mental por meio da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

A evolução da política de saúde mental no Brasil está relacionada a movimentos de reforma psiquiátrica em outros países, sendo certa sua relação com uma inversão de paradigma, na tentativa de superar o modelo de cuidado asilar, cuja lógica consiste no confinamento dos pacientes em instituições hospitalares. Esse paradigma, existente e operante no Brasil até meados do século XX, tem como princípio orientador a ideia de que os “loucos” representam risco e perigo para a família e a sociedade, sendo “necessário” o uso de tecnologias de cuidado coercitivo-punitivas em caráter de precaução. A crítica e a superação dessa violência asilar foi o mote da reforma psiquiátrica, cujo ideal de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais se dá “no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais”, sendo, até hoje, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios¹.

Para reformar a assistência psiquiátrica no Brasil, foram necessários muitos anos, havendo como marco inicial o final da década de 1970, período no qual se iniciaram movimentos político-ideológicos - e mesmo corporativos - que denunciavam grave crise na assistência à saúde mental no país. Esses movimentos – contemporâneos do Movimento da Reforma Sanitária - cresceram e culminaram, mais de 20 anos depois, na publicação da Lei 10.216/01² - que instituiu a reforma psiquiátrica como política do Estado brasileiro³ -, cujo projeto de lei deu entrada no Congresso Nacional 12 anos antes, em 1989.

¹ Brasil. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 06.

²Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

³Assis, J. T. et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, 2014.

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

A política de saúde mental do Brasil, consignada na Lei 10.216/01 é orientada pela superação do modelo asilar vis à vis a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental. Essa política transformou a assistência à saúde mental nos serviços de saúde do SUS⁴, instituindo o cuidado em liberdade, redirecionando a atenção, que deixa de ser exclusiva em hospital psiquiátrico (estruturas historicamente totais e profundamente cronificantes) e passa a ser no território (na comunidade), descentralizando o cuidado e incluindo o Projeto Terapêutico Singular⁵ como método coletivo de abordagem, construído e compartilhado com a família e o próprio indivíduo com transtorno mental. Trata-se de respeitar a Lei 10.216/01, no que ela tem de mais significativo em termos de cidadania, ou seja, a liberdade: a pessoa com transtorno mental tem direito de “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (Art. 2º, Inciso IX do Parágrafo Único).

De fato, a Declaração de Caracas⁶, base da reforma psiquiátrica na América Latina, denuncia que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede de alcançar os objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo. Segundo esse documento, o hospital psiquiátrico impede o alcance desses objetivos por:

- 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.

O Brasil segue medidas recomendadas pela OPAS⁷ aos seus países membros, que

⁴ Idem.

⁵ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste num conjunto de ações coletivamente construídas como estratégia de produção do cuidado, cujo foco é o usuário. Trata-se de “uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações”. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

⁶ Documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde. A Declaração foi Aprovada por aclamação pela Conferência, em sua última sessão de trabalho no dia 14 de novembro de 1990.

⁷ SALUD MENTAL 43.er. CONSEJO DIRECTIVO - 53ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL. CD43/15 (Esp.). 20

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

se referem à necessidade de implantação de serviços de base territorial, como se destaca abaixo:

“Todos los estudios que comparan los servicios más nuevos con la antigua atención más tradicional en hospitales demuestran que los servicios mentales integrales comunitarios son más eficaces [...]”.

Portanto, o hospital psiquiátrico constitui grave risco de violência contra os direitos humanos e civis (e até à saúde) dos indivíduos com transtorno mental, sendo essa realidade, apesar dos avanços alcançados com a Portaria 3.088/11⁸, que não o incluía na rede, ainda frequente no país e, particularmente, em Pernambuco.

A internação constitui, na lógica da 10.216/01, um recurso excepcional⁹ - e mesmo assim em leitos de hospital geral -, não sendo portanto a regra, como historicamente se conformou a atenção psiquiátrica no Brasil.

Assim é que os avanços alcançados pela luta antimanicomial são evidentes no que tange à atenção à saúde dos indivíduos com transtorno mental. Kyrillos Neto¹⁰ aponta como vantagens no patamar institucional a desconstrução do modelo manicomial e a criação de uma rede de serviços com dispositivos diferenciados (urgências, leitos de retaguarda, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, etc.) em território definido, proporcionando qualidade e humanização ao atendimento do usuário.

Os números do Ministério da Saúde ratificam esse entendimento. Segundo uma recente publicação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas¹¹, intitulada “Saúde Mental em Dados 12”, a RAPS hoje é uma expressão da Reforma Psiquiátrica brasileira para o fortalecimento do SUS como política de Estado” (p. 05). Nesse documento o

julio 2001. Disponível em: http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_15-s.pdf. Acesso em 12 dez 2017.(p.8).

⁸Portaria nº 3.088/11. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁹“A internação, em qualquer uma de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. (Art. 4º da Lei 10.216/01).

¹⁰KYRILLOS NETO, F. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. *Mental* [online]. 2003, vol.1, n.1 [citado 2017-11-22], pp. 71-82 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272003000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4427. 3.

¹¹Saúde Mental em Dados 12. Ministério da Saúde, Brasília, 2015.

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

Ministério da Saúde apresenta dados importantes para mostrar que a RAPS, tal como a rede foi criada pela Portaria 3.088/11, protagonizou experiências exitosas, num amplo processo de desinstitucionalização, redirecionando o modelo assistencial, “que vai radicando nos territórios o cuidado em liberdade em substituição ao modelo manicomial”. Fica evidente, conforme o mencionado documento, que “a RAPS vem ao longo dos anos assumindo o cuidado das pessoas envolvidas com drogas, fortalecendo a temática dos direitos sociais e civis, e dos direitos humanos a todos os usuários” (p. 6).

De acordo com os dados apresentados no documento acima referido, a rede de atenção à saúde mental apresenta bons indicadores. Na atenção básica, destaca-se o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)¹². Dos 1.705 municípios brasileiros com população abaixo de 15 mil habitantes que não possuem equipes de NASF, 1.596 (93,6%) têm cobertura de ESF (Equipes de Saúde da Família) superior a 50%. Ou seja, na maioria dos municípios sem NASF, há uma boa cobertura de ESF.

No que se refere aos CAPS, o documento mostra que houve um crescimento estável do seu número, com percentual médio de 15% desde 2001 (ano de publicação da Lei 10.216) até 2014. Esses dados, segundo a conclusão do Ministério da Saúde, “apontam para a consolidação desse modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como para a ampliação de ofertas de cuidado de base territorial e comunitária” (P. 9). Cabe ainda destacar, conforme o documento em análise, a criação e implantação dos CAPS AD III, visto que tanto este quanto os CAPS III oferecem a tecnologia do cuidado contínuo 24 horas, fundamental para o acompanhamento das situações de maior complexidade.

O compromisso do Ministério da Saúde sempre foi de expansão da rede substitutiva no campo da saúde mental, sendo um fator sugestivo desse compromisso a evolução do indicador de cobertura de CAPS/100 mil habitantes, conforme destacado abaixo:¹³

¹²Os NASF tem como uma de suas atribuições a construção de ações de saúde mental na Atenção Básica e no território. A implantação do NASF é indicada para municípios com mais de 15000 habitantes.

¹³O indicador CAPS/100 mil foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

todas as regiões do país apresentam taxa positiva de crescimento, o que aponta para o comprometimento nacional com a ampliação dos serviços substitutivos de base comunitária. A expansão de serviços segue mesmo nas regiões com o Indicador de Cobertura considerado muito bom (p. 12).

A capilaridade dos CAPS em todo o território nacional é destacada no documento em apreço como um avanço concreto em direção à transformação do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos para o modelo de atenção psicossocial de base comunitária, posto que “em dezembro de 2014, o Brasil contava com 116 municípios-sede de hospitais psiquiátricos e 1.488 municípios com CAPS em seus territórios”.

Outro aspecto observado nesse sentido, relaciona-se aos investimentos financeiros do Ministério da Saúde no período destacado pelo “Saúde Mental em Dados 12”. Conforme esse documento,

O significativo aporte de recursos na RAPS reafirma o compromisso da gestão federal com a oferta de cuidado diversificada e qualificada, que proporcione o exercício dos direitos civis, acesso ao trabalho, educação, cultura e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Trata-se de investimento dos recursos federais em dispositivos mais eficientes, resolutivos, acessíveis e pautados nos direitos humanos (p. 18).

De fato, não há dúvidas de que a estratégia adotada no país para a Política Nacional de Saúde Mental desde a publicação da Lei nº 10.216/01, foi orientada para a reversão do modelo de atenção. Nesse sentido, a priorização do financiamento e a expansão de serviços focados na atenção territorial, não apenas visa o respeito aos direitos humanos dos indivíduos com sofrimento mental, mas o investimento em serviços mais eficientes e resolutivos.

O estado de Pernambuco foi um dos primeiros estados do país a criar sua própria lei reformando a atenção psiquiátrica após a Declaração de Caracas. Nesse tempo, em 1994, a Lei Estadual nº 11.064 já previa a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de

comunitária ao longo do tempo e ser instrumento aos gestores para a avaliação e definição e prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial. Brasil. Saúde Mental em Dados 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

atenção integral à saúde mental e a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária, entre outras providências. O artigo 4º dessa Lei institui como recursos psiquiátricos a serem aplicados ao tratamento e assistência psiquiátrica no estado:

- 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.
- V – centro de convivência, atelier terapêutico ou oficina protegida, os serviços que dispõem 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.

Com efeito, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) do Estado de Pernambuco¹⁴, publicado em 2012, coloca a saúde mental entre as oito linhas de cuidado priorizadas pela Secretaria Estadual de Saúde, devido ao reconhecimento oficial da “necessidade de estruturação *da rede substitutiva* de forma articulada de modo a promover a atenção integrada”. Ainda conforme o referido documento, a saúde mental é prioridade por constituir-se numa das “necessidades assistenciais com maior potencial de impacto na saúde da população” (p. 9).

Destaque-se, ademais, que a importância da atenção psicossocial no PDR do estado está alinhada com o Art. 9º, alínea III, do Decreto nº 7.508/2011¹⁵, que a define como uma

¹⁴Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Plano Diretor de Regionalização – 2011. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf. Acesso em 04 jan 2018.

¹⁵Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

das portas de entrada às ações e serviços na rede de atenção à saúde do SUS.

**A PORTARIA Nº 3.588/17¹⁶, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, E SUAS IMPLICAÇÕES NA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

Embora o estado da arte da RAPS demonstre que a Política Nacional de Saúde Mental estava no rumo certo, no que tange tanto ao espírito da Lei Federal nº 10.216/01, quanto ao alcance de sua materialidade¹⁷, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, promoveu mudanças sensíveis na política, as quais tendem a distorcer o escopo da Lei Federal. Observa-se que essa inflexão afeta, sensivelmente, os fundamentos e os princípios da Lei nº 10.216/01, bem como a linha de cuidado na qual a inclusão de novos (velhos) serviços (de caráter institucionalizante) aponta à redução de outros já existentes (de caráter comunitário).

De fato, conforme Nota Técnica da Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, publicada em 28/03/18¹⁸,

as mudanças na atual Política de Saúde Mental não estão relacionadas apenas a modificações e acréscimos de pontos de atenção. Essas mudanças revelam um jogo de forças presente desde a promulgação da lei 10.216/01 que é relativo a lógica do cuidado, a forma de intervir junto as pessoas em sofrimento psíquico, ao local do cuidado e aos atores/profissionais que operam esse cuidado.

Analisada cuidadosamente observa-se na Portaria nº 3.588/17 que as mudanças na política de saúde mental foram engendradas articulando, estrategicamente, aspectos basilares da Lei nº 10.216/01 (seus princípios e fundamentos), o financiamento da rede de atenção e a linha

a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

¹⁶Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

¹⁷Saúde Mental em Dados 12. Ministério da Saúde, Brasília, 2015. Disponível em:

http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 17 abr 2018.

¹⁸SES/PE/GASAM. Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e as principais implicações para o Estado de Pernambuco, março/2018.

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

de cuidado. Isto porque reintroduz, no universo da atenção, a concepção biológica e estigmatizante do sofrimento mental, bem como a lógica hospitalocêntrica do cuidado, evidenciada, especialmente nos Artigos 1º e 4º. No artigo 1º, observamos alterações na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que modificam os pontos de atenção da RAPS, reincorporando o hospital psiquiátrico e aumentando o número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%, aumentando também o limite mínimo desses leitos, que passou de 4 para 8.

Nesse item, destaca-se novamente a Nota Técnica nº 01/2018, da Gerência Estadual de Saúde Mental de Pernambuco (GASAM/SES/PE), a qual alerta que a mudança na lógica de implantação de leitos em hospital geral (antes era de 1 para cada 23.000 habitantes) tende a dificultar o acesso de pacientes psiquiátricos dos municípios de pequeno porte, pois, com hospital geral em seu território, esses municípios poderiam garantir cuidado em saúde mental a sua população, sem necessitar transportar o paciente até os grandes centros médicos. Ademais, essa mudança, segundo a GASAM/SES/PE, associada ao teor do Art. 13 da Portaria nº 3.588/17, que revoga os leitos de clínica médica e leitos de pediatria, bem como exclui o direito a acompanhante em tempo integral, “alteram totalmente a lógica do cuidado e segrega o cuidado em saúde mental ofertado nos hospitais gerais”.

Relativamente aos leitos em hospital geral, questão igualmente relevante refere-se ao quantitativo de leitos por hospital. Conforme o [inciso III do Art. 59 do Anexo V](#) à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (com a alteração do Art. 4º da Portaria nº 3.588/17), se justificada, a quantidade de leitos poderá ser superior ao previsto. O alerta que se faz aqui consiste no fato de que se trata de um risco real à ocorrência de internações psiquiátricas indevidas, considerando a exigência de ocupação mínima de 80% dos leitos. Essa também é considerada uma questão crítica pela GASAM/SES/PE¹⁹, que atenta para a dificuldade de controle:

como o repasse do recurso é feito anualmente e em bloco de financiamento, não fica claro como procederá o pagamento adequando dos leitos pelo tempo de internação, já

¹⁹Idem.

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

que não há meios de monitoramento claramente definidos.

No Art. 4º, a Portaria nº 3.588/2017 reajusta os valores das diárias dos hospitais psiquiátricos, sendo esse reajuste da ordem de 65%, bem como condiciona o recebimento de recursos de custeio, conforme já mencionado, à taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral.

Identifica-se, ainda, como tendência que vai de encontro à Lei nº 10.216/01 na Portaria nº 3.588/2017, a inclusão de unidades ambulatoriais especializadas na Rede de Atenção Psicossocial (também denominada de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada), cuja característica central é a medicalização da demanda das pessoas com sofrimento mental²⁰. Nesse particular, destaca-se a Recomendação nº 01/2018, do Conselho Nacional de Saúde, para quem se trata do retorno de um serviço obsoleto, visto que “as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda”. Esses pontos de atenção tendem a reduzir a medicalização, em vista da sua capacidade de ofertar em rede eficientes estratégias terapêuticas e alternativas à medicalização dos indivíduos com sofrimento mental. Ademais, a Nota Técnica da GASAM/SES/PE, várias vezes mencionada, refere preocupação quanto ao alcance da unidade ambulatorial na RAPS, pois,

esse dispositivo vem disputar espaço principalmente em territórios de pequeno porte, que corresponde a maioria dos municípios do Estado de Pernambuco por dispor de um financiamento de até R\$ 30.000,00 reais, enquanto o CAPS I tem financiamento de R\$ 28.305,00, em uma proposta médico centrada e medicalizante, sem capilaridade territorial e sem constituir-se em um espaço de convivência, sem garantia de atividades entre os usuários, sem qualquer estudo de comprovação de sua eficácia, sem interlocução com a rede, sem qualquer processo de avaliação/monitoramento.

Idêntica questão crítica relaciona-se ao fato do parágrafo único do Art. 10º da Portaria nº 3.588/2017, determinar que “o fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará ao redirecionamento do recurso correspondente, por parte do Ministério da Saúde, para outras ações em saúde mental no respectivo Estado, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)”.

²⁰Art. 1º altera a alínea “b” do Inciso II do Art. 5º do anexo V, da Portaria de Consolidação n. 3/GM/MS, 28 de setembro de 2017.

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

Como importante incentivo à desinstitucionalização, a Portaria nº 2.840/2014 determinava expressamente que a reinserção comunitária das pessoas internadas levaria ao fechamento dos leitos e à imediata exclusão do número de leitos no SCNES. E mais: os recursos financeiros correspondentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos leitos fechados seriam mantidos ou realocados para o teto orçamentário do Município que se responsabilizasse pela atenção às pessoas desinstitucionalizadas, com fins de aplicação na RAPS local.

O Art. 78 da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º) corrobora esse entendimento, pois estabelece que

“a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número 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” (Grifos nossos).

Isto é, a política de saúde mental tinha de fato medidas coordenadas no sentido da expansão de serviços territoriais. Além de determinar o fechamento dos leitos, incentivava os municípios a acolherem seus munícipes de volta em sua rede local, ou munícipes desinstitucionalizados de outras localidades, uma vez que os valores das AIH “seguiam” os egressos dos hospitais psiquiátricos.

Conforme se vê no Art. 10º da Portaria nº 3.588/17²¹, não há determinação expressa de fechamento dos leitos de hospital psiquiátrico. Ao contrário, o teor desse artigo reduz o estímulo à desinstitucionalização, quando não condiciona a transferência dos recursos à implantação da rede local de serviços de saúde mental. O “redirecionamento” mencionado no

²¹ Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal (Art. 18). Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-msgm-2840-2014>. Acesso em: 02 mai 2018.

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

Art. 10º pode, ao contrário, estimular o uso dos recursos para implantação ou ampliação de medidas institucionalizadoras e hospitalocêntricas.

11

A Nota Técnica da GASAM/SES/PE expõe o evidente impacto negativo da reintrodução do hospital psiquiátrico na RAPS, a partir da Portaria nº 3.588/17:

o grupo de hospitais psiquiátricos que tiveram os maiores reajustes foram justamente os de maior porte com mais de 400 leitos e os com maior histórico de violação de direitos humanos, sendo identificados ao longo do tempo como os de pior qualidade de assistência segundo o PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, alias, sobre o PNASH é importante considerar que este também foi revogado não havendo mecanismos claros de avaliação da assistência hospitalar psiquiátrica a ser prestada nesse novo contexto. A forma de acompanhamento do tempo de internação também não é clara, uma vez que em janeiro de 2018 o Ministério da Saúde editou portaria 164 que reajusta os valores das AIH's de hospital psiquiátrico tendo sido contemplado com recurso financeiro, em Pernambuco, um hospital com 100% de leitos crônicos e um outro desativado em dezembro de 2016.

De fato, a Portaria nº 164, do Ministério da Saúde, publicada em 19 de janeiro de 2018²², estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde no montante anual de R\$ 97.691.440,77 (noventa e sete milhões, seiscentos e noventa e um mil quatrocentos e quarenta reais e setenta e sete centavos) para diversos hospitais do país. Em Pernambuco, foram contemplados quatro hospitais, entre esses estão o Hospital Vicente Gomes de Matos, localizado no município de Barreiros/PE, com um montante de R\$ R\$ 31.751,70 (trinta e um mil setecentos e cinquenta e um reais e setenta centavos), e o Hospital da Providência, localizado no município de Garanhuns/PE, com um montante de R\$ 276.936,30 (duzentos e setenta e seis mil, novecentos e trinta e seis reais e trinta centavos).

Em relação ao Hospital Vicente Gomes de Matos, com perfil de hospital colônia e

²² Portaria nº 164, de 19 de janeiro de 2018. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar-MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2018/02/portaria164-rn.pdf>. Acesso em: 03 mai 2018.

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

histórico de violação dos direitos humanos, está em processo de descredenciamento do SUS desde 2016, após a publicação da Portaria nº 1.727, de 24 de novembro de 2016, que dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria 2012/2014^{23,24}. Destaque-se, ainda, que em março de 2016, o Ministério Público Federal, por meio da Procuradoria da República no município de Palmares (PRM-Palmares), instaurou o Inquérito Civil nº 25/2016 “para apurar possível violação aos direitos das pessoas com transtornos mentais, verificada no Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, situado em Barreiros/PE”. Ademais, esse hospital abriga pacientes psiquiátricos crônicos, e, portanto, não apresenta critério para receber aumento de diárias, a menos que contrarie o parágrafo 1º do Art. 4º da própria Portaria nº 3.588/2017.

No que se refere ao Hospital da Providência de Garanhuns, este também foi descredenciado do SUS no ano de 2016, consoante a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado. Desde a publicação da Resolução CIB/PE nº 2.800, de 22 de setembro de 2015²⁵, a Secretaria Estadual de Saúde havia iniciado o processo de desinstitucionalização desse hospital, cujo fechamento total se deu com a saída dos últimos pacientes internados no dia 13/11/16. Ao todo, 120 leitos foram descredenciados, leitos estes que vinham sendo paulatinamente desativados. Os usuários foram reintegrados ao convívio familiar e aproximadamente 16 pessoas foram acolhidas em duas residências terapêuticas no município de Garanhuns. Todos passarão a ser atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas da região e, quando necessário, no Hospital Regional Dom Moura²⁶.

²³De acordo com o art. 2º dessa lei, os hospitais psiquiátricos indicados para descredenciamento são aqueles que obtiveram índice inferior a 40% e os que não alcançaram o índice mínimo de 61% do PNASH, após a sua reavaliação.

²⁴Considerando a necessidade de garantir a qualidade assistencial mínima às pessoas com sofrimento mental ou transtornos mentais, bem como aquelas que fazem uso de drogas que se encontram em situação de internação em hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde instituiu em 2002 o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria de abrangência nacional. As equipes de vistoria do PNASH, constituídas por representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e da Vigilância Sanitária, durante os anos de 2012, 2013 e 2014, realizaram vistoria em 143 hospitais psiquiátricos públicos e privados conveniados ao SUS.

²⁵ Resolução CIB/PE nº 2800, de 22 de setembro de 2015. Homologa *ad referendum* a implantação da Equipe de Desinstitucionalização, modalidade A, do Hospital da Providência no município de Garanhuns, do estado de Pernambuco.

²⁶ Blog do Carlos Eugênio: o Agreste se informa aqui. Disponível em: <http://www.blogdocarloseugenio.com.br/2016/11/hospital-da-providencia-e.html>. Noticiado em: terça-feira, 29 de novembro de 2016.

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

Conforme destacou a mencionada Nota Técnica da GASAM/SES/PE, esses hospitais não compõem mais a rede de saúde mental do estado (pelas razões já apresentadas). **Portanto, o incremento** de recursos neles injetados por meio da Portaria nº 164/2018 sugere ou um equívoco do tipo “ato falho” do Ministério da Saúde ou uma medida oficial que visa expressamente priorizar na Rede de Atenção Psicossocial do país, serviços com características asilares, hospitalocêntricas e práticas coercitivas e medicalizadoras, **o que contraria, nesta última hipótese, a Lei Federal nº 10.216/01.**

Esse montante de recursos, no entanto, jamais deve retornar para os cofres do Ministério da Saúde, **antes, em consideração ao quantitativo de serviços territoriais (CAPS, UAA/UAIJ, SRT) aguardando recursos federais de implantação e qualificação para serem abertos no estado, deve ser redirecionado**, visando avançar na ampliação dos serviços substitutivos da RAPS em Pernambuco, conforme determina a Lei nº 10.216/01.

Outros pontos de atenção da RAPS incluídos na Portaria nº 3.588/17 que merecem destaque são o Hospital Dia e o CAPS AD IV, além da mudança introduzida nos Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo I (SRT I).

No que tange ao Hospital Dia, a portaria apenas **faz menção** sem definir seu modo de operação ou financiamento, embora esta modalidade de atendimento já esteja bem **estabelecida** na Portaria de Consolidação de nº 2, Anexo 1 do Anexo XXIV, originada da Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001. A Nota Técnica da GASAM/SES/PE refere, apropriadamente, que o cuidado em hospital dia é obsoleto no estado de Pernambuco, “ tendo sido superado nos anos de 2005 e a partir da qualificação em CAPS e municipalização de dois equipamentos dessa natureza (CEMPI e Espaço Livrementemente) como forma de superação do cuidado centralizado”.

Já **com relação ao CAPS AD IV, trata-se de fato** de uma novidade trazida pela Portaria nº 3.588/17, constituindo-se, segundo análise da GASAM/SES/PE, constante na Nota Técnica nº 01/2017, no serviço substitutivo mais bem pago de toda a rede de atenção psicossocial. A diferença dos recursos financeiros é enorme: enquanto um CAPS AD III (que era

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

até então o serviço mais bem custeado da RAPS) tem o custeio de R\$ 105.000,00, um CAPS AD IV terá um custeio mensal no valor de R\$ 400.000,00. E isso, conforme descrito pela GASAM/SES/PE, com estrutura física equivalente, porém com equipe médico-centrada e foco na desintoxicação.

Esse serviço, segundo o Art. 2º da Portaria nº 3.588/17, que altera o Título II do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, objetiva atender municípios com mais de 500.00 habitantes, com atenção integral e contínua às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. De acordo com a Nota Técnica nº 001/18, da GASAM/SES/PE, embora seja o dispositivo de maior relevância da portaria, “o Ministério da Saúde não publicou manual e/ou documento de apoio, bem como diretrizes clínicas da linha de cuidado a ser prestada por esse serviço”. Por outro lado, segundo o documento acima referido, o CAPS AD IV não corresponde a uma necessidade frente a realidade do Estado de Pernambuco, “uma vez que não dispomos de cenários de uso que justifique a implantação de um equipamento dessa natureza”.

No que se refere aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as mudanças introduzidas não estão claras. Em primeiro lugar, a definição desse ponto de atenção ficou confusa, em vista do Art. 1º da Portaria nº 3.588/17 alterar o parágrafo único do Art. 77 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3 GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (originária da Portaria MS/GM 106/2000, Art. 1º), para definir as SRT como:

“moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção” (grifo nosso).

A alteração consiste no acréscimo do termo “prioritariamente”, posto que

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

originariamente, o acesso a esse ponto de atenção na RAPS era restrito aos indivíduos com longo histórico de internação psiquiátrica ou egressos de hospitais de custódia. Mas, apesar dessa alteração, o anexo da Portaria nº 3.588/17, que dispõe sobre as diretrizes de funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (relativo ao Anexo 4 do anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017) mantém a característica anterior, rezando que os SRT “caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia”.

Outra alteração relativa a esse serviço foi no número de moradores por módulo (casa), que aumentou de 8 (oito) para 10 (dez).

Conforme observado na Nota Técnica da GASAM/SES/PE, o aumento do número de moradores não foi acompanhado por uma “definição sobre o custeio frente ao acréscimo de 2 (duas) novas pessoas ao módulo de uma casa”. Esse mesmo documento questiona o modo como se dará o custeio, visto que o anexo 7 do anexo V da Portaria de Consolidação nº 3 (originária da Portaria nº 3.090/11) determina que o custeio seja feito por grupo de moradores, “contudo, nesta normatização, só há previsão de repasse para um grupo de até 8 moradores”.

Como se vê, a Portaria nº 3.588/17 deixa dúvidas importantes quanto ao público destinatário e ao custeio desse fundamental serviço substitutivo ao hospital, componente indispensável ao avanço do processo de desinstitucionalização em curso no país.

CONCLUSÕES

A implementação da política de atenção à saúde mental tem sido um dos grandes desafios para o Sistema Único e Saúde – SUS, sendo este igualmente um dos mais caros focos de atuação do Ministério Público, face à necessidade, sempre premente, de garantir a cidadania – com todos os direitos que esse conceito evoca – das pessoas com transtorno mental, decorrentes ou não de uso de álcool, crack e outras drogas, incluindo aquelas em conflito com a lei. Trata-se de garantir a inclusão sócio familiar dessas pessoas, inclusão que depende fundamentalmente de

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

uma rede de atenção à saúde substitutiva ao hospital psiquiátrico, conforme já preconizado pela Lei nº 10.216/01, na qual culminou a luta do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil²⁷, cujo marco inicial é a Declaração de Caracas. Essa Rede de Atenção Psicossocial – RAPS - reitera a Lei nº 10.216, consignando que a inserção social, a promoção da autonomia e o exercício da cidadania devem ser o foco de todo e qualquer tratamento ofertado aos indivíduos com transtorno mental.

Portanto, a defesa intransigente de uma Política Nacional de Saúde Mental comprometida com os princípios e fundamentos da Lei nº 10.216/01 passa, necessariamente, pela defesa de uma Rede de Atenção Psicossocial substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, que, nessa perspectiva, priorize o cuidado em liberdade. Nesse sentido, a inflexão ocorrida na trajetória da Política Nacional de Saúde Mental com a publicação da Portaria nº 3.588/17, necessita de um olhar crítico e reflexivo do Ministério Público, que, coerente com a tarefa que a Constituição Federal lhe delegou, não pode se limitar e se conformar com o que está posto, sendo esse, antes de tudo, um dever institucional.

Recife, 15 de maio de 2018.

ANA LUCIA MARTINS DE AZEVEDO
Analista Ministerial – Caop-Saúde/MPPE

De acordo:

ÉDIPO SOARES CAVALCANTE FILHO

Coordenador do CAOP-SAÚDE

²⁷CUNHA, G. A. M A; MACIEL, S. C. “A Reforma do Modelo de Assistência em Saúde Mental, conhecida como Reforma Psiquiátrica, propõe a reinserção social e a assistência integral ao paciente. Além disso, prevê que a internação em hospital seja o último recurso no tratamento de doenças mentais”. In: Saúde Mental - Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e CERSAMs. Disponível em:

<https://www.webartigos.com/artigos/saude-mental-luta-antimanicomial-reforma-psiquiatica-e-cersams/11430/>. Acesso em 22 nov 2017.

CAOP-SAÚDE

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA

DEFESA DA SAÚDE

Promotor de Justiça

ANEXO

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS), COM AS ALTERAÇÕES DA

PORTARIA nº 3.588/2017

1. Atenção Básica	a. Unidade Básica de Saúde	<p>Serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações básicas, de âmbito individual e coletivo, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.</p>
	b. Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	<p>B1. Equipe de Consultório na Rua. Equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando cuidados em saúde mental para (i) <u>peessoas em situação e rua em geral</u>; (ii) <u>peessoas com transtornos mentais</u> e (iii) <u>usuários de crack, álcool e outras drogas</u>, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde.</p>
		<p>B2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. Oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Essa equipe multiprofissional coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.</p>
	c. Centro de Convivência	<p>Unidade pública, articulada, em especial, à Rede de Atenção Psicossocial. São estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.</p>
2. Atenção Psicossocial	d. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	<p>Atuam diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.</p>
	Centro de Atenção Psicossocial	<p>I) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do</p>

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

<p>Especializada</p>		<p>uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;</p> <p>II) <i>CAPS II</i>: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes;</p> <p>III) <i>CAPS III</i>: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes;</p> <p>IV) <i>CAPS AD</i>: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes;</p> <p>V) <i>CAPS AD III</i>: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no mínimo 8 e no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado como retaguarda regional para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes (Portaria N° 130/12).</p> <p>VI) <i>CAPS i</i>: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.</p> <p>VII - <i>CAPS AD IV*</i>: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação <u>deve ser planejada junto a cenários de uso</u> em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação</p>
----------------------	--	---

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas*	Com assistência organizada a partir da atenção básica, que fará a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados, a equipe deve prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica. Constitui estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados.
Atenção de urgência e emergência	a) Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências	SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros - são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
	b) Os Centros de Atenção Psicossocial	Realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado
Atenção residencial de caráter transitório	a) A Unidade de Acolhimento	É um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. Modalidades de Unidades de Acolhimento: a) <i>Unidade de acolhimento Adulto</i> : para pessoas que fazem uso do Crack, Álcool e Outras Drogas, maiores de 18 (dezoito) anos; b) <i>Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil</i> , destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos)
	b) Serviços de Atenção em Regime Residencial (ex. Comunidades Terapêuticas)	Serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta Instituição funciona de forma articulada com (i) a atenção básica -que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários - e com(ii) o Centro de Atenção Psicossocial que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

CAOP-SAÚDE
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE

Atenção Hospitalar	a) Enfermaria especializada (foi substituída pela Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral (leitos de enfermarias).	Às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas.
	Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral (leitos de enfermarias)*	Não há especificação na Portaria 3588/17.
	b) O Serviço Hospitalar de Referência foi substituído pelo Hospital Psiquiátrico Especializado	Oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei No-10.216, de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.
	Hospital Psiquiátrico Especializado*	Não há especificação na Portaria 3588/17.
	c) Hospital Dia*	Assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 2º)
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos	São moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.
	Programa de Volta pra Casa	é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei 10.708/2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.
Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial	É composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. Tais iniciativas devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.	

Fontes: Portaria GM/MS 3088/11; Portaria GM/MS 3588/17.

* Introduzido pela Portaria 3588/17

Elaboração própria



Ministério Público de Pernambuco

COMPROMISSO COM A CIDADANIA

CAOP-SAÚDE

**CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE**