



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

## NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS

**Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**

**Resolução CIT n.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017**

**Portaria GM/MS n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017**

**Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017**

**Portaria GM/MS n.º 2663, de 11 de outubro de 2017**

**Portaria GM/MS n.º 1315, de 11 de março de 2018**

**Resolução CONAD n.º 1, de 9 de março de 2018**

**Portaria SAS/MS 544, de 7 de maio de 2018**

**Portaria GM/MS n.º 2.434, de 15 de agosto de 2018**

**Resolução CIT n.º 35/2018, 25 de janeiro de 2018**

**Resolução CIT n.º 36/2018, de 25 de janeiro de 2018**

A Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento da RAPS, que se esclarecem por meio da presente Nota Técnica, sendo as demais portarias citadas acessórias e complementares.

Ademais, a presente Nota Técnica apresenta também a Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que modificou as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, fato este que altera as orientações para o tratamento e reinserção social de pacientes que apresentam dependência química e que estão em seguimento na RAPS.

### Sumário

#### 1 [Introdução. 3](#)

<a href="#">2</a>	<a href="#">Novos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</a>	<a href="#">8</a>
<a href="#">2.1</a>	<a href="#">Resumo</a>	<a href="#">8</a>
<a href="#">2.2</a>	<a href="#">Detalhamento</a>	<a href="#">9</a>
<a href="#">2.3</a>	<a href="#">Definições gerais dos CAPS AD IV..</a>	<a href="#">9</a>
<a href="#">3</a>	<a href="#">Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral</a>	<a href="#">14</a>
<a href="#">3.1</a>	<a href="#">Resumo</a>	<a href="#">14</a>
<a href="#">3.2</a>	<a href="#">Detalhamento</a>	<a href="#">15</a>
<a href="#">4</a>	<a href="#">Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)</a>	<a href="#">16</a>
<a href="#">4.1</a>	<a href="#">Resumo</a>	<a href="#">16</a>
<a href="#">4.2</a>	<a href="#">Detalhamento</a>	<a href="#">17</a>
<a href="#">4.2.1</a>	<a href="#">Competência das equipes</a>	<a href="#">17</a>
<a href="#">4.2.2</a>	<a href="#">Composição das equipes</a>	<a href="#">17</a>
<a href="#">4.2.3</a>	<a href="#">Custeio</a>	<a href="#">18</a>
<a href="#">4.2.4</a>	<a href="#">Cadastramento CNES</a>	<a href="#">18</a>
<a href="#">5</a>	<a href="#">Alterações na assistência Hospitalar especializada em psiquiatria no SUS</a>	<a href="#">18</a>
<a href="#">5.1</a>	<a href="#">Resumo</a>	<a href="#">18</a>
<a href="#">5.1.1</a>	<a href="#">Valores reajustados da diária hospitalar em psiquiatria no SUS:</a>	<a href="#">19</a>
<a href="#">5.1.2</a>	<a href="#">Orientações a partir da nova normativa..</a>	<a href="#">19</a>
<a href="#">5.2</a>	<a href="#">Internação crianças e adolescentes</a>	<a href="#">21</a>
<a href="#">6</a>	<a href="#">Serviço Residencial Terapêutico (SRT)</a>	<a href="#">21</a>
<a href="#">6.1</a>	<a href="#">Resumo</a>	<a href="#">21</a>
<a href="#">6.2</a>	<a href="#">Detalhamento</a>	<a href="#">22</a>
<a href="#">6.3</a>	<a href="#">Avaliação Funcional dos Ingressantes</a>	<a href="#">23</a>
<a href="#">6.3.1</a>	<a href="#">Guia de aplicação</a>	<a href="#">25</a>
<a href="#">7</a>	<a href="#">Esclarecimentos sobre as solicitações de incentivos e habilitações via SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde</a>	<a href="#">26</a>
<a href="#">8</a>	<a href="#">Definição de itens de financiáveis (custeio e investimento):</a>	<a href="#">27</a>
<a href="#">9</a>	<a href="#">Monitoramento</a>	<a href="#">28</a>

# 1 Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país, com o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de Saúde Mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, dentre outros, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, maconha, cocaína, crack e outras drogas).

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Esta Política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais tem sido um processo contínuo. Nesse cenário, após meses de debate, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representantes dos Estados (CONASS) e Municípios (CONASEMS), anunciou medidas para fortalecer esse atendimento no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada. Estamos em um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos, sem perder a essência de respeito à lei 10.216/01. A iniciativa enfrenta desafios e problemas já conhecidos. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validada e aplicável.

Para expandir e qualificar a RAPS, foi destinado pelo Governo Federal um adicional de mais de R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,5 bilhão. A RAPS foi ampliada e passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares. As ações foram construídas conjuntamente entre os gestores do SUS e cerca de 70 entidades, todas conhecedoras da realidade da saúde mental no país.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital-Dia
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo

substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares.

Um dos pontos da Nova Política Nacional de Saúde Mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns.

Além dos SRTs, o Governo Federal liberou recurso para a expansão de outros serviços da RAPS, importantes para a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Apenas no ano de 2018, foram habilitados 108 CAPS, 92 SRTs, 140 Leitos em Hospitais Gerais e 03 Unidades de Acolhimento. Nos dois últimos anos, o Ministério da Saúde criou cerca de 40% de todos os SRTs existente no país.

Outro ponto é aprimorar refere-se às estratégias para abordagem das pessoas com uso nocivo de drogas e com dependência de substâncias psicoativas, levando o poder público às áreas de maior vulnerabilidade social, promovendo o atendimento mais próximo do cidadão. Para tanto, foi criada nova modalidade de CAPS (IV AD) para funcionar 24 horas nas regiões de *cracolândias*, com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão. Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPS-AD.

Além disso, o atendimento Ambulatorial também passa a ser incentivado. Vale lembrar que esta modalidade é fundamental para o adequado atendimento da demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais mais comuns e prevalentes, que não se encaixam na atenção básica e que não necessitam de um serviço de reabilitação como os CAPS. Trata-se de ação custo-efetiva, que, quando com cobertura adequada, certamente impacta favoravelmente em diversos indicadores, tais como busca por atendimento, crises em Serviços de Emergências, tentativas de suicídio, internações, reinternações e afastamentos do trabalho por doença, para citar alguns. Ofertar consultas de diferentes categorias profissionais em Serviço Ambulatorial especializado, possibilitando seguimento clínico, social e em psicoterapia, é padrão em diferentes sistemas universais no mundo, como Reino Unido e Canadá. Para tanto, o Ministério da Saúde começa a custear Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental para atuar em Ambulatórios, de maneira integrada à Atenção Básica e aos CAPS, ocupando um vazio assistencial que existia na RAPS. O Ministério da Saúde não apoiará o fechamento de Ambulatórios, pois são serviços que não concorrem com os CAPS, na medida em que fornecem assistência a pacientes com necessidades distintas. Pelo contrário, o Ministério da Saúde passa a incentivar, inclusive financeiramente, a abertura e fortalecimento de tais Serviços, com o objetivo de dar conta da grande demanda reprimida para tratamento comunitário em Saúde Mental no país.

Outro grave problema a ser enfrentado é a falta de leitos psiquiátricos especializados e atendimento qualificado nos hospitais. A escassez de leitos para a prestação de assistência aos pacientes é bastante preocupante, e o Ministério está atento a esta questão. A partir de dezembro de 2017, é exigida a presença de equipe multiprofissional mínima em Enfermarias Especializadas de Hospitais Gerais, dando maior eficiência e qualidade no tratamento dos pacientes. O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas. O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos continua sendo

incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses Serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos. O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial. Somando leitos em Hospitais Psiquiátricos e aqueles em Hospitais Gerais, há cerca de 0,1 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério da Saúde seria de 0,45 por 1.000 habitantes (Portaria GM/MS 3088/2011, usando como referência o postulado pela portaria GM/MS 1101/2002). Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes. Em contrapartida, houve migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional, sendo as cadeias o maior manicômio do Brasil na atualidade. São estimados mais de 50.000 doentes mentais graves no cárcere (vide Andreoli, *et al.*, 2014 - "Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil". PLoS One, 9(2), e88836.

doi:10.1371/journal.pone.0088836), questão que deverá ser abordada assertivamente pelas políticas de saúde mental e de saúde prisional. Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das *cracolândias*, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica.

Sobre as Comunidades Terapêuticas, de apoio à recuperação de usuários de drogas, foi criado um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços (Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017). O objetivo é garantir o acompanhamento do poder público, promovendo a oferta de cuidado de qualidade aos pacientes com dependência química acolhidos nessas entidades. Vale lembrar que há regramento federal sobre o funcionamento destas entidades, a resolução CONAD 01/2015 (disponível em [http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/comunidades-terapeuticas/anexos/conad\\_01\\_2015.pdf](http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf)). As entidades que contratualizam com o poder público devem satisfazer esta normativa.

Na área da saúde indígena, o Ministério da Saúde publicou Portaria que objetiva aumentar o financiamento de CAPS que atendam a pacientes dessa população (Portaria GM/MS n.º 2663, de 11 de outubro de 2017). Com isso, o Ministério objetiva diminuir as barreiras de acesso ao cuidado dos indígenas que apresentam transtornos mentais. Vale ressaltar que tem havido aumento na prevalência de transtornos mentais entre os indígenas, tais como a dependência de álcool e outras drogas, bem como o suicídio.

Todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS e às necessidades apontadas em um diagnóstico inédito feito pelo Ministério da Saúde. Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNAS, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não-executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços. Esses dados foram apresentados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e estão sendo encaminhados para órgãos de controle e auditoria do SUS.

Juntamente com a expansão da assistência, o Ministério da Saúde passa a aprimorar o monitoramento e acompanhamento da política, bem como estabelecer diretrizes e protocolos de

assistência para que o atendimento aos pacientes acompanhados na RAPS seja embasada em evidências científicas. O Ministério da Saúde passa a trabalhar para oferecer tratamento de qualidade aos pacientes e seus familiares, com respeito ao dinheiro público.

Seguindo o compromisso com a oferta de tratamento de qualidade aos pacientes e seus familiares, a CIT fez questão de fazer constar em sua Resolução n.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017, que estabelece a Nova Política Nacional de Saúde Mental, que a assistência em Saúde Mental no SUS deverá seguir as melhores práticas clínicas e as mais robustas e recentes evidências científicas.

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (National Institute for Clinical Excellence, N., *Guidance on the use of electroconvulsive therapy*. 2014, National Institute for Clinical Excellence: London; Mochcovitch, M.D., et al., *Diretrizes Terapêuticas para Eletroconvulsoterapia - Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira*, in *Projeto Diretrizes*. 2013, AMB/CFM).

Além das ações assistenciais, o Ministério da Saúde também passa a atuar com maior vigor na esfera da prevenção. Na frente de dependência química, o Ministério da Saúde passa a ajustar e fazer novos estudos dos Programas que vinham em curso até o presente momento (TamoJunto, Elos e Famílias Fortes). Isso, pois os estudos conduzidos a partir da aplicação desses Programas mostram resultados bastante insatisfatórios, sendo que um deles chegou a causar ação iatrogênica (Programa TamoJunto). Ainda como parte das ações de prevenção, foi realizado convênio, em março de 2017, com o Centro de Valorização da Vida (CVV). Por meio dele, as ligações ao CVV deixaram de ser tarifadas, o que levou a grande aumento na demanda. Para dar conta dessa nova realidade, o Ministério aportou recurso financeiro para que a entidade passe a se organizar nesse novo contexto. O Ministério da Saúde também passa a ter ações prioritárias de prevenção ao suicídio em seis Estados do país com maiores de tais ocorrências, a saber, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Roraima e Piauí. O Governo Federal liberou R\$ 1.440.000,00 para a realização de ações de prevenção ao suicídio nesses Estados, que ocorrerão por meio de trabalho em conjunto com os territórios, levando-se em consideração as especificidades locais (Portaria GM/MS n.º 1315, de 11 de março de 2018).

No início do ano de 2018, ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD 01/2018), com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país.

Abaixo, seguem as principais mudanças apresentadas pela Resolução do CONAD 01/2018:

- Alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental;
- Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas;
- Posição contrária à legalização das Drogas;
- Estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça Abstinente, livre das drogas. Para lograr esse objetivo, diferentes estratégias de ação podem ser utilizadas, tais como Promoção de Abstinência, Suporte Social, Promoção da Saúde e Redução de Riscos Sociais e à Saúde e Danos;
- Fomento à pesquisa deve se dar de forma equânime, garantindo a participação de pesquisadores de diferentes correntes de pensamento e atuação;
- Ações Intersetoriais;
- Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da

- Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas;
- Modificação dos documentos legais de orientação sobre a Política Nacional sobre Drogas, destinados aos parceiros governamentais, profissionais da saúde e população em geral;
  - Atualização da posição do Governo brasileiro nos foros internacionais, seguindo a presente Resolução.

A partir de 2019, a Política acima passa a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, conforme a medida provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019:

*Art. 23. Constitui área de competência do Ministério da Cidadania:*

...

*V - políticas sobre drogas, quanto a:*

*a) educação, informação e capacitação para a ação efetiva para a redução do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;*

*b) realização de campanhas de prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;*

*c) implantação e implementação de rede integrada para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas;*

*d) avaliação e acompanhamento de tratamentos e iniciativas terapêuticas;*

*e) redução das consequências sociais e de saúde decorrente do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas; e*

*f) manutenção e atualização do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.*

É importante ressaltar que as mudanças nas Políticas descritas acima foram realizadas em obediência à Lei 10.206/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais. Vale lembrar aqui que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades e complexidade de seu quadro clínico, sem desprezar nenhuma forma de tratamento. Diante disso, a RAPS foi ampliada, com a inclusão de novos pontos de atenção, com o objetivo de ser mais estruturada e equilibrada na oferta de tratamento e cuidado aos pacientes e seus familiares. Seguiram-se orientações das melhores práticas nacionais e internacionais para o atendimento do indivíduo que apresenta transtorno mental, bem como de seus familiares. “A atenção equilibrada é essencialmente comunitária, mas os hospitais têm um importante papel de retaguarda. Isto quer dizer que serviços de saúde mental são oferecidos nos contextos comunitários habituais próximos à população atendida, e internações hospitalares são tão breves quanto possível, disponibilizadas prontamente e empregadas somente quando necessário. É importante coordenar os esforços de uma diversidade de serviços de saúde mental” (Thornicroft & Tansella, 2008).

Vale frisar que não há qualquer motivo para privar o paciente com transtorno mental de uma Rede potente, poliárquica, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e articulados. Assim sendo, não há nenhuma evidência, por exemplo, de que Ambulatórios Multiprofissionais, Hospitais-Dia e Hospitais Psiquiátricos devam ser excluídos da RAPS, em nenhum lugar do mundo. Basta estudar os Sistemas Públicos de Saúde Mental do Canadá (“British Columbia Mental Health Services”), Austrália (“Australian Mental Health Service Organisations”), França (Relatório Sumário - Saúde Mental na França - OMS), Alemanha (Brochura sobre o Sistema de Saúde Alemão - OMS) e Reino Unido (“National Health Services - UK - South London and Maudsley Trust”), por exemplo. Ou atentar para como organizam-se outras áreas da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), como cardiologia, ortopedia ou oncologia. Os Serviços devem,

sim, seguir os princípios básicos de legalidade, ética, atendimento humanizado, qualidade e de atendimento baseados em evidências. Devem as três esferas de Governo atuar de forma orientadora e fiscalizadora, garantindo o seguimento das normativas vigentes. Os Serviços devem sempre ser regulados, fiscalizados e melhorados.

É importante ressaltar que a RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos). Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores. Porém, também não cabe mais a ideia de que tais Serviços devam ser fechados. Os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes para internações humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial, assim que possível.

Novos componentes da RAPS, qualificação técnica dos Serviços e dos profissionais, incorporação das melhores práticas e melhora da retaguarda para crises são medidas a favor dos pacientes e suas famílias e contra a cronificação, o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, em defesa dos Direitos Humanos. Em última análise, são os portadores de transtornos mentais e suas famílias os principais interessados e afetados pela falta de recursos, falta de vagas assistenciais de qualidade e falta de uma Rede que contemple de fato as diferentes necessidades e cenários existentes na Saúde Mental.

Assim, as novas ações ocorrem em defesa do SUS, do cidadão e de seu direito a um atendimento efetivo, humanizado e de qualidade em Saúde Mental. O SUS lança diretrizes buscando oferecer uma rede assistencial equilibrada, ofertando tratamento, de acordo com as necessidades dos pacientes. Assim, a política pública passa a se adequar às demandas dos pacientes, e não o contrário.

## **2 Novos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

### **2.1 Resumo**

A presente normativa, seguindo o pactuado com os gestores municipais e estaduais na resolução CIT nº 32 de 2017, passa a incluir na RAPS, além dos serviços/pontos de atenção existentes, os seguintes:

- a. Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatorias Especializadas;
- b. Hospital Psiquiátrico;
- c. Hospital-Dia.

No que tange aos leitos psiquiátricos em Hospital Geral, os mesmos devem estar localizados em Enfermarias Psiquiátricas, contando com a presença de Equipe Multiprofissional obrigatória, incluindo a obrigatoriedade de médico psiquiatra. Tais Enfermarias deverão contar com o mínimo de oito (08) leitos, e máximo de trinta (30) leitos por Enfermaria, até 20% da capacidade total instalada do Hospital. Exceções são passíveis de análise, desde que justificadas e aprovadas nas instâncias colegiadas dos territórios. Passa a ser exigida ocupação de 80% para repasse integral do incentivo de custeio. Os incentivos para implantação devem ser solicitados de acordo com o

tamanho da enfermaria (3 níveis), e não mais isoladamente, por leito (abaixo, seguem maiores informações).

## 2.2 Detalhamento

Em seu Art. 1.º, a Portaria n.º 3588, altera o Art. 5.º, ponto II, do Título I do Anexo V da **Portaria de Consolidação n.º 3**. Desta forma, relativamente aos pontos de atenção que constituem a Atenção Psicossocial, aos Centros de Atenção Psicossocial, estabelecidos pela alínea a) deve acrescentar-se a alínea b) *Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas*. O texto fica então com a seguinte redação:

Art. 5.º

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- e. Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; e
- f. *Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas*.

Ainda no Art. 5.º, a referida portaria, altera o ponto V, relativo à Atenção Hospitalar. Desta forma, as alíneas a) e b) que definem seus pontos de atenção, devem ser substituídas pelas alíneas:

- a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;
- b) Hospital Psiquiátrico Especializado;
- c) Hospital dia.

Altera também o § 4º do Art. 7.º, relativo às modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, para acrescentar o CAPS AD IV, conforme definidos abaixo.

Em seu Art. 2.ª altera o Título II do mesmo Anexo, para incluir os referidos CAPS AD IV – Centros De Atenção Psicossocial De Álcool E Outras Drogas Do Tipo IV, estipulando que:

## 2.3 Definições gerais dos CAPS AD IV

Os CAPS AD IV são Pontos de Atenção Especializada, que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e que se destinam a proporcionar atenção integral e continuada às pessoas com quadro de dependência de substâncias psicoativas (relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas). Devem funcionar 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive aos fins de semana e feriados. Visam o atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, sendo que, tratando-se destes dois últimos grupos populacionais, seu atendimento deverá adequar-se ao previsto no Estatuto da Criança e do

Adolescente.

Estes novos Centros podem ser de dois tipos: **CAPS AD IV Novo** ou **CAPS AD IV Reestruturado**, resultado, este último, da adaptação de um CAPS AD pré-existente. Poderão ser criados em todas as capitais estaduais, bem como nos Municípios com população acima de 500.000 habitantes, devendo funcionar de forma a prestar assistência às pessoas em cenas abertas de uso de drogas, as chamadas “*cracolândias*”. Sua implementação deverá ocorrer conforme o previsto no Plano de Ação Regional ou instrumento equivalente.

Para funcionar 24 horas nas regiões de *cracolândias*, o CAPS AD IV deverá contar necessariamente com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão. Os demais profissionais de Saúde Mental, que juntamente com psiquiatras e equipe de enfermagem que compõem o Serviço, trabalharão em turno diurno. Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPS-AD para tratamento de reabilitação psicossocial.

### 2.3.1.1 Objetivos gerais

São objetivos gerais do CAPS AD IV: atender integralmente pessoas de todas as faixas etárias, com quadros graves decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (dependência de substâncias psicoativas); proporcionar serviços de atenção continuada, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando para isso com leitos de observação, além de estratégias de reabilitação psicossocial.

### 2.3.1.2 Diretrizes quanto ao funcionamento

O CAPS AD IV deve:

- 1.<sup>a</sup> ser um serviço aberto que funciona segundo a lógica do território e que fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;
- 2.<sup>a</sup> ser um lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade;
- 3.<sup>a</sup> ter capacidade para atender urgências e emergências psiquiátricas (tanto em termos de estrutura física, como de equipe técnica);
- 4.<sup>a</sup> ter capacidade para acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso;
- 5.<sup>a</sup> produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;
- 6.<sup>a</sup> promover a inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de

reabilitação psicossocial;

7.<sup>a</sup> organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos;

8.<sup>a</sup> designar profissionais de referência para cada usuário;

9.<sup>a</sup> adequar a oferta dos serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida;

10.<sup>a</sup> oferecer cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD IV;

11.<sup>a</sup> responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica;

12.<sup>a</sup> compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações no próprio CAPS ou em outros Pontos de Atenção;

13.<sup>a</sup> funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

14.<sup>a</sup> funcionar de forma articulada com as equipes de Consultório na Rua, que atuarão junto aos usuários nas cenas de uso;

15.<sup>a</sup> articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; e

16.<sup>a</sup> orientar os cuidados de acordo com as diretrizes e as linhas de cuidados vigentes no SUS.

17.<sup>a</sup> ser capaz de ofertar programas de tratamento completos, incluindo consultas, terapias, oficinas, suporte em assistência social, intervenções de reabilitação e atividades intersetoriais;

18.<sup>a</sup> articular-se com equipamentos que forneçam abrigo/moradia transitória, como unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas onde está inserido;

19.<sup>a</sup> integrar-se ao sistema de regulação de vagas do território.

### **2.3.1.3 Atividades**

A atenção integral ao usuário no CAPS AD IV inclui as seguintes atividades:

1) Trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria;

2) Atendimento individual para consultas de rotina e de emergência, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;

3) Oferta de medicação assistida e dispensada;

4) Atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social,

dentre outras;

- 5) Oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;
- 6) Visitas e atendimentos domiciliares;
- 7) Atendimento à família, individual e em grupo;
- 8) Atividades de reabilitação psicossocial;
- 9) Estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social; e
- 10) Fornecimento de refeição diária aos usuários.

**Procedimentos para inserção da habilitação 06.37 pelo CAPS AD IV (fonte: Portaria SAS 544/2018):**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>
03.01.08.032-1	Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.033-0	Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório por Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.039-9	Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos Serviços Hospitalares de Referência para Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtornos Mentais E Com Necessidades de Saúde decorrente do Uso de Álcool, Crack E Outras D
03.01.08.027-5	Práticas Corporais Em Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.030-5	Matriciamento de Equipes da Atenção Básica
03.01.08.020-8	Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial

03.01.08.021-6	Atendimento em Grupo de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial
----------------	--

03.01.08.022-4	Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.023-2	Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.024-0	Atendimento Domiciliar para Pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou Familiares

**Procedimentos que deverão ser informados para estabelecimentos habilitados em 06.37 CAPS AD IV (fonte: Portaria SAS 544/2018):**

03.01.08.001-1	Abordagem Cognitiva Comportamental do Fumante (Por Atendimento / Paciente)
03.01.08.004-6	Acompanhamento de Paciente em Saúde Mental (Residência Terapêutica)
03.01.08.014-3	Atendimento em Oficina Terapêutica I - Saúde Mental
03.01.08.015-1	Atendimento em Oficina Terapêutica II - Saúde Mental
03.01.08.016-0	Atendimento em Psicoterapia de Grupo
03.01.08.017-8	Atendimento Individual em Psicoterapia
03.01.08.037-2	Acompanhamento de Pessoas Adultas com Sofrimento ou Transtornos Mentais Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas - Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)
03.01.08.038-0	Acompanhamento da População Infanto-Juvenil com Sofrimento ou Transtornos Mentais Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI)
03.03.17.010-7	Tratamento em Psiquiatria em Hospital Dia
03.01.07.004-0	Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação
03.01.06.002-0	Atendimento de Urgência C/ Observação até 24 Horas em

03.03.17.012-9	Atenção Especializada
03.03.17.013-1	Tratamento Clínico em Saúde Mental em Situação de Risco Elevado de Suicídio
03.03.17.014-0	Tratamento Clínico para Contenção de Comportamento Desorganizado e/ou Disruptivo
03.03.17.015-8	Tratamento Clínico para Avaliação Diagnóstica e Adequação Terapêutica, incluindo necessidades de Saúde decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas
03.03.17.016-6	Tratamento Clínico de Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool
03.03.17.017-4	Tratamento Clínico De Transtornos Mentais E Comportamentais Devido do Uso de "Crack".
03.03.17.018-2	Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas

#### 2.3.1.4 Composição da equipe mínima

O CAPS AD IV deve funcionar com, pelo menos, uma equipe mínima para atendimento, sendo que, em situações de férias, licenças e outros afastamentos, cabe ao gestor de saúde local garantir a composição dessa equipe, conforme ela é descrita:

- 1) Profissional de nível médio para realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.
- 2) Turno Diurno:
  - a) 1 (um) médico clínico (diarista);
  - b) 2 (dois) médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h);
  - c) 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);
  - d) 6 (seis) profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;
  - e) 6 (seis) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h); e

f) 4 (quatro) profissionais de nível médio.

3) Turno Noturno:

a) 1 (um) médico psiquiatra (plantonista 12h);

b) 1 um (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e

c) 5 (cinco) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h).

### 2.3.1.5 Estrutura física mínima

De acordo com as normas sanitárias vigentes, o CAPS AD IV deverá ter a seguinte estrutura física mínima:

- 1) Recepção e espaço para acolhimento inicial/espera;
- 2) Salas para atendimento individual (consultório);
- 3) Sala para atendimento de grupo;
- 4) Espaço para refeições;
- 5) Espaço para convivência;
- 6) Banheiros com chuveiro;
- 7) Espaço para atividades físicas/esportes;
- 8) No mínimo 10 (dez) e no máximo 20 (vinte) leitos de observação;
- 9) Posto de enfermagem;
- 10) Sala para reuniões da equipe técnica; e
- 11) Espaço para atendimento e tratamento de urgências e emergências médicas.

### 2.3.1.6 Incentivo financeiro

A Seção IV-A do Capítulo III do Título VIII da **Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS** de 28 de setembro de 2017, foi retificada, passando a estabelecer-se o incentivo de:

- I. **200.000,00 (duzentos mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Novo; e**
- II. **125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Reestruturado.**

Este incentivo, destinado a apoiar apenas a implantação de CAPS AD IV públicos, será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde estaduais ou municipais ou do distrito federal e os valores repassados serão utilizados para

reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio.

No Art. 1 021.º B da mesma Portaria, estabelece-se que, para fazer jus ao incentivo financeiro de custeio previsto, o gestor deverá apresentar um projeto técnico que contenha os seguintes requisitos:

- 1) Projeto assistencial que atenda ao disposto nesta normativa;
- 2) Termo de compromisso de que garantirá condições técnicas mínimas de espaço físico e equipe, acima detalhadas;
- 3) Termo de compromisso de início funcionamento do CAPS AD IV em até 3 (três) meses, a contar do recebimento do incentivo financeiro, renovável uma única vez por igual período, mediante justificativa aceite pelo Ministério da Saúde; e
- 4) Parecer favorável pactuado na respectiva CIB.

Ainda nesta portaria, o Art. 1.021º C, estabelece que, a partir do credenciamento de cada CAPS AD-IV junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de **R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais, para o custeio do CAPS AD IV** efetivamente implantado e em funcionamento.

Estipula, em parágrafo único, que, tratando-se de um CAPS AD IV Reestruturado, o acréscimo financeiro será calculado a partir da diferença entre os valores já incorporados, referentes à habilitação anterior e o valor referido no parágrafo anterior.

O Art. 1 021.º D estabelece que os recursos orçamentários relativos às ações referidas nos dois parágrafos anteriores correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho: (I) Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental – Despesas Diversas; e (II) Crack, É Possível Vencer ou Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

## 3 Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral

### 3.1 Resumo

Fica estabelecido que o Ministério da Saúde irá incentivar e habilitar somente unidades especializadas em saúde mental/psiquiatria em hospitais gerais, com mínimo de 8 e máximo de 30 leitos por enfermaria, até 20% da capacidade total instalada, exigindo equipe multiprofissional mínima completa, incluindo psiquiatra responsável pela condução dos casos. Exceções são passíveis de análise, desde que bem justificadas e aprovadas nas instâncias colegiadas. Passa a ser exigida ocupação de 80% para repasse integral do incentivo de custeio. Os incentivos para implantação devem ser solicitados de acordo com o tamanho da enfermaria (3 níveis). e não mais

isoladamente, por leito.

## 3.2 Detalhamento

É alterado o Art. 57.º da **Portaria de Consolidação n.º 3 GM/MS**, relativo à definição da **Equipe Técnica Multiprofissional** responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral). Concretamente, altera a gradação do número de leitos implantados, propondo a seguinte proporção:

1. Para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
  - a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
  - b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana; e
  - c) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10h por semana.
2. Para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
  - a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
  - b) 1 (um) enfermeiro por turno;
  - c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e
  - d) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínima de serviços de 20h por semana.
3. Para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
  - a) 5 (cinco) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
  - b) 1 (um) enfermeiro por turno;
  - c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária de 90h por semana;
  - d) 1(um) médico clínico responsável pelas interconsultas; e
  - e) 1 ou 2 (um ou dois) médico(s) psiquiatra(s) responsável(is) pelos leitos, contabilizando carga-horária total de serviços de 30h por semana.

Quanto às demais normativas para os leitos de Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral:

- O número de leitos não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral; cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos. No entanto, os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros estabelecidos poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades.

- Mantém o incentivo de custeio anual por cada leito implantado em R\$ 67.321,32, pago integralmente se a ocupação for maior ou igual a 80%.

- Fixa os incentivos de implantação em:

. Enfermaria de 8 a 10 leitos: R\$ 33.000,00

. Enfermaria de 11 a 20 leitos: R\$ 66.000,00

. Enfermaria de 21 a 30 leitos: R\$ 99.000,00

- Estipula, em seu Art. 6.º, que a configuração deste Serviço Hospitalar de Referência deve obedecer às seguintes **Normas de Transição**:

. Nos casos de até 10 (dez) leitos já implantados e habilitados em Enfermarias não-especializadas, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas manterá a exigência técnica de equipe nos termos dos incisos I e II do art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a redação anterior à publicação da presente Portaria, ou seja:

1. Para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno; 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; e
2. para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos.
2. Ao gestor local é facultada a possibilidade de apresentar um plano de readequação para atender ao disposto nas novas regras estabelecidas a partir da redação desta Portaria, solicitando incentivo para implantação de novos leitos ou organização de serviço local ou regional nos moldes estabelecidos agora estabelecidos.
3. Nos casos de mais de 10 (dez) leitos já implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas terá 12 (doze) meses, a contar da data da publicação desta Portaria (21/12/17), para se adequar tecnicamente à nova normativa quanto ao espaço físico e equipe terapêutica agora exigidos.

O Ministério da Saúde deixa claro que os leitos antigos, que não se encontram em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais deverão passar por processo de Transição, com o objetivo de se adequarem às novas normativas do SUS. Vale ressaltar que, a partir da publicação da Portaria n.º 3588/2017, não serão mais habilitados pelo Ministério da Saúde leitos em Hospitais Gerais, que não sigam as novas regras de funcionamento.

## 4 Unidades Ambulatorias

# Especializadas - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)

## 4.1 Resumo

Equipe composta por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, que devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio da realização de consultas e psicoterapia. Deverá ser lotada em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e ambulatórios de hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. Presta-se a “ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade”, atendendo necessidades de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e os CAPS. Os gestores, de acordo com perfil epidemiológico e necessidades assistenciais, têm agora uma opção para suplementar sua rede na modalidade que mais se adequar ou que julgue mais custo-efetiva. Com o objetivo de ofertar maior efetividade no tratamento de base comunitária em Saúde Mental, o Ministério da Saúde passa a incentivar o tratamento Ambulatorial, inclusive financeiramente, por meio da criação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT).

Em que pese o financiamento do atendimento Ambulatorial, por meio das AMENTs, vale ressaltar que quaisquer Unidades Ambulatoriais, contando ou não com essas Equipes, fazem parte da RAPS, devendo ser consideradas e tratadas dessa maneira.

## 4.2 Detalhamento

O Art. 50-J da Portaria n.º 3588 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). As AMENT, parte estratégica da atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados, têm por objetivo prestar tratamento multiprofissional em Saúde Mental, integrando-se aos demais Serviços da RAPS e das demais redes de atenção à saúde. Municípios de pequeno porte e que apresentem dificuldades de implantação e manutenção da estrutura de um CAPS I, incluindo questões relacionadas ao RH, podem optar por uma equipe AMENT. É facultado ao Município, considerando o contexto de sua Rede e suas necessidades mais prementes, planejar a melhor composição de serviços assistenciais comunitários/Ambulatoriais. Municípios maiores, e que já apresentam outros Serviços da RAPS, também são incentivados a constituir AMENTs para dar maior potência e volume aos atendimentos de base comunitária, diminuindo, assim, o "gap" assistencial que domina parte considerável dos territórios no país.

### 4.2.1 Competência das equipes

Compete às equipes AMENT:

1. Ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;
2. Prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, incluindo moradores de residências terapêuticas;
3. Constituir-se, preferencialmente, como referência regional para assistência ambulatorial especializada em Saúde Mental;
4. Trabalhar, de forma integrada, com outros pontos de atenção da RAPS e de outras redes do SUS; e
5. Estabelecer articulações com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, por forma a garantir direitos de cidadania e ação intersetorial.

## 4.2.2 Composição das equipes

O Art. 50-L estabelece que estas equipes terão de ter um caráter multiprofissional mínimo, e define sua composição da seguinte forma:

- a. **Equipe tipo 1:** composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais); Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de apenas um profissional de cada ocupação para cumprimento do total das horas.
- b. **Equipe tipo 2:** composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de um profissional médico e um assistente social para o cumprimento do total das horas estipuladas, sendo possível a repartição da carga horária de 60 horas entre 2 psicólogos.
- c. **Equipe tipo 3:** composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais). Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de um profissional médico e um assistente social para o cumprimento do total das horas estipuladas, sendo possível a repartição da carga horária de 60 horas entre 2 psicólogos. O 5º profissional é de livre escolha, podendo ser médico psiquiatra, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo (30 horas semanais).

Um Município pode solicitar a constituição de várias AMENTs, inclusive em um mesmo estabelecimento de saúde, de acordo com sua demanda sanitária.

## 4.2.3 Custeio

O custeio das equipes dar-se-á na forma do art. 1.062- A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, ficando estabelecidos os seguintes valores:

- 1) Equipe tipo 1: R\$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais;

2) Equipe tipo 2: R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e

3) Equipe tipo 3: R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais.

#### 4.2.4 Cadastramento CNES

Para fins de cadastramento destas equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segundo a portaria SAS 544/2018, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental recebem a sigla 'eMAESM' e serão cadastradas com os seguintes códigos:

1. Equipe tipo 1: código 57 - eMAESM1
2. Equipe tipo 2: código 58 - eMAESM2
3. Equipe tipo 3: código 59 - eMAESM3

Estas Equipes poderão ser cadastradas em Hospitais (Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos), Clínicas e Ambulatórios (pré-existentes ou novos). As AMENTs podem ser localizadas em Clínicas e Ambulatórios Gerais ou Especializados em Saúde Mental.

## 5 Alterações na assistência Hospitalar Especializada em Psiquiatria no SUS - Hospitais Psiquiátricos

### 5.1 Resumo

A Portaria 3588, em seu Art. 9.º, informa que se mantém as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do **Anexo XXV à Portaria de Consolidação no 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. No entanto, a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento. Em caso de fechamento ou descredenciamento de tais Serviços (mesmo contrariando as novas diretrizes do Ministério da Saúde), o Ministério deve ser notificado e aprovar a nova destinação deste recurso federal, que deverá ser aplicado necessariamente na RAPS. Foram criados dois novos procedimentos para faturamento hospitalar – um para internações curtas (até 90 dias) e outro para internações prolongadas (mais de 90 dias) ou reinternações antes de 30 dias da última alta hospitalar, tendo sido concedidos os reajustes abaixo elencados:

#### 5.1.1 Valores reajustados da diária hospitalar em psiquiatria no SUS:

Procedimento 03.03.17.019-0 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS)	
Porte Hospitalar	Valor Final portaria GM/MS 2434/2018
Tipo I - até 160 leitos	R\$ 82,40
Tipo II - de 161 a 240 leitos	R\$ 70,00
Tipo III - 241 a 400 leitos	R\$ 61,01
Tipo IV - acima de 400 leitos	R\$ 59,00
Procedimento 03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS)	
Porte Hospitalar	Valor Final portaria GM/MS 2434/2018
Tipo I - até 160 leitos	R\$ 66,05
Tipo II - de 161 a 240 leitos	R\$ 56,19
Tipo III - 241 a 400 leitos	R\$ 50,85
Tipo IV - acima de 400 leitos	R\$ 47,29

### 5.1.2 Orientações a partir da nova normativa

Foram criados dois novos procedimentos na tabela do SUS e inseridos no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), os quais

substituem o procedimento único anteriormente utilizado para faturamento nestas unidades:

- 03.03.17.019-0 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS)
- 03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS)

O prestador, quando tiver internação que supere 90 dias ou reinternação do mesmo paciente em menos de 30 dias deverá mudar o procedimento faturado, sob risco de penalização. É exceção os casos de internações compulsórias, ou seja, aquelas determinadas judicialmente. Nestes casos o prestador não possui governabilidade para proceder alta, e deve assim justificar ao gestor autorizador ou à auditoria.

As AIHs, correspondentes aos pacientes já internados quando da publicação da Portaria n.º 3588/2017, também deverão ser reajustadas, inclusive daqueles pacientes com internações de longa permanência (internações superiores a 90 dias) (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018).

### **5.1.2.1 Recurso correspondente às AIHs (teto MAC) de leitos ou unidades fechadas/descredenciadas**

O parágrafo único do artigo n.º 10 da portaria GM/MS 3588/2017 estabelece que o encerramento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará *ao redirecionamento do recurso correspondente para outras ações em saúde mental no respectivo Estado.*

O § 3º do artigo 1028 da Portaria de Consolidação GM/GM n.º 6/2017 revogou o artigo 78 da Portaria de Consolidação GM/GM n.º 3/2017, por ser originário de norma posterior àquela. Este § 3º do artigo 1028 da Portaria de Consolidação GM/GM n. 6/2017, por sua vez, comunica-se com o Artigo 10 da Portaria GM/MS 3588/2017. Desta forma, conforme pactuado com CONASS e CONASEMS, que as propostas de redirecionamento dos recursos provenientes de AIHs de casos de pacientes transferidos de Hospitais Psiquiátricos para SRTs, ou decorrentes do simples fechamento de unidades hospitalares especializadas devem ser destinados para a RAPS, no respectivo Estado (qualquer Serviço da Rede, incluindo Hospital Psiquiátrico). Esta destinação do recurso federal deve ser pactuada em CIB e encaminhada a este Ministério, para aprovação.

Importante reforçar que o Ministério da Saúde não mais incentiva ou estimula o fechamento de leitos especializados, mas a sua qualificação, elevando os padrões assistenciais. O Ministério tem reforçado este entendimento, nas Portarias em que ocorre desabilitação de leitos e Serviços, como na portaria SAS Nº 324, DE 20 DE MARÇO DE 2018:

*“Art. 2º Os gestores estaduais e municipais atingidos por esta Portaria deverão, através de suas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, informar à Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde sobre o destino dos recursos correspondentes ao financiamento dos equipamentos ora desabilitados, para homologação ou repactuação, no prazo de 90 (noventa) dias.”*

A diretriz adotada por esta Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde é no sentido de qualificar os Hospitais Psiquiátricos remanescentes para que recebam novos pacientes com e não que fechem as portas às demandas da população, piorando ainda mais desassistência, que vinha aumentando nessa área nos últimos anos. Vale lembrar que o Ministério da Saúde recomenda 1 leito para cada 2,2 mil habitantes, tendo como base a Portaria

nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002 (0,45 leito por 1.000 habitantes). Tal norma foi transcrita na portaria GM/MS 3088/2011 e consolidada com erro matemático grosseiro, ao transformar 0,45/1.000 em 1/23.000 habitantes. Considerando a redução do número de leitos psiquiátricos já efetivada ao longo dos últimos anos, para níveis atuais de 0,1 leito por 1.000 habitantes (somando-se leitos de Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos), o Ministério da Saúde entende que a oferta de vagas em unidades para assistência de crises/surtos/alta complexidade está perigosamente baixa. O processo de desinstitucionalização deva avançar, no entanto sem que seja excludente em relação à qualificação dos Hospitais Psiquiátricos remanescentes para oferta de vagas para internação a pacientes com quadros clínicos agudizados.

## 5.2 Internação de crianças e adolescentes

Não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos Serviços da RAPS, sendo aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente. O melhor interesse do paciente deve sempre prevalecer.

Deve-se colocar como exemplo o caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Vale ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes.

Cita-se o texto-resposta à Consulta nº 6.769/10, feita ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (disponível em <https://bit.ly/2TuUndM>). Apesar de ser posicionamento de um Conselho profissional local, vale para embasar o tema:

*“A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente possível, desde que algumas condições especiais sejam respeitadas. É vedada a permanência de crianças e adolescentes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigamento (quarto, enfermaria ou ala) de adultos, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns. Porém, quando forem indicadas pelo médico, e devidamente registradas em laudos, como providências úteis ao tratamento em si, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra.”*

# 6 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

## 6.1 Resumo

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), seja tipo I ou tipo II, passam a atender até 10

moradores. Continuam a acolher preferencialmente egressos de internações prolongadas, mas abrem-se para pessoas com necessidades deste tipo de acolhimento, como por exemplo, pacientes com transtornos mentais graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, devido ao fato de haver grandes contingentes de pacientes com transtornos mentais graves nessas condições, fruto de graves problemas na condução da Política Nacional de Saúde nas últimas décadas.

Os pacientes moradores dos SRTs devem ser tratados e acompanhados por profissionais dos Serviços comunitários da RAPS (CAPS, Ambulatórios). O financiamento dos SRTs não foi modificado nas mudanças da Política ocorridas em dezembro de 2017.

## 6.2 Detalhamento

O título V da Portaria 3588/2017, relativo aos SRTs, em seu Art. 77, que estipula a criação de tais Serviços em Saúde Mental no âmbito do SUS para atendimento ao portador de transtornos mentais, altera o parágrafo único e passa a definir os 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”*. Salienta-se que esta modalidade pode ser utilizada para pacientes com necessidade de cuidados de longa permanência, como pacientes com transtornos mentais graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, devido ao fato de termos grandes contingentes de pacientes graves nessas condições. Inclusive o número de pessoas com transtornos mentais graves nas ruas e nos presídios aumentou consideravelmente nas últimas duas décadas, em decorrência de problemas graves na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental. Também resta claro que os SRTs são moradias, unidades individuais, podendo ser casas ou apartamentos. Estas unidades não necessitam ser células isoladas, periféricas; de acordo com o planejamento e projeto do gestor, podem constituir condomínios ou vilas terapêuticas, em comunidades urbanas, e até rurais, desde que garantidos os direitos básicos e inalienáveis dos moradores. Arranjos verticais (apartamentos) podem ser uma solução em grandes centros urbanos.

Altera ainda o § 1º do Art. 80 do anexo V, definindo os SRT Tipo I, como moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher até no máximo 10 (dez) moradores. A estrutura de financiamento federal manteve-se a mesma, entendendo o Ministério da Saúde que estes Serviços devem ser cofinanciados pelos Estados e Municípios.

De acordo com o artigo 83 do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS 03/2017, que estabelece *“normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS”*, em seu item IV, os SRTs devem estar *“sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo”*. Mais adiante, o artigo 85 desta mesma portaria de consolidação estabelece *“que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:*

*I - 01 (um) profissional médico;*

*II - 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial”*

Apesar de ser um serviço majoritariamente ligado à rede municipal, sendo esta a vinculação preferencial, há que se destacar que não há vedação à abertura de SRTs de gestão estadual, se esta for a estratégia definida para potencializar o processo de desinstitucionalização e garantia de direitos de cidadania dos pacientes com transtornos mentais necessitados deste tipo de acolhimento. Ainda citando o artigo 83 do anexo V da portaria de consolidação GM/MS 03/2017, complementam o item IV (acima) os itens III e V:

*III - estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, c)*

*V - a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, e)*

Adicionalmente, o Ministério da Saúde reforça seu entendimento quanto à importância de que os leitos ocupados por pacientes que serão transferidos para os SRTs permaneçam abertos nos Hospitais Psiquiátricos, para ofertar tratamento aos pacientes com quadros clínicos agudos, em situações que os mesmos ofereçam risco a si ou a terceiros. Orienta-se a priorização de acolhimento a pacientes em maior situação de vulnerabilidade nos SRTs. Aqueles pacientes que já estejam abrigados em equipamentos estatais ou filantrópicos diferentes de Hospital Psiquiátrico, como equipamentos da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, lares abrigados, condomínios terapêuticos e moradias protegidas, desde que em condições aceitáveis, não devem ser transinstitucionalizados.

Conforme explicitado em diversos trechos desta Nota Técnica, não há mais possibilidade de continuar o fechamento de leitos psiquiátricos no país, pois há importante déficit de vagas para internação de pacientes com quadros clínicos agudizados, o que tem gerado impactos negativos nos indicadores em Saúde Mental. No Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) será cobrado este compromisso dos gestores, para que a saúde da população não seja comprometida.

## **6.3 Avaliação Funcional dos Ingressantes**

Como sugestão de ferramenta de avaliação de grau de independência funcional para as atividades de vida diária dos pacientes encaminhados para SRT, fica sugerida a versão brasileira da escala “Medida de Independência Funcional (MIF)”, validada em 2004 (Riberto, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica. 11, 2 (ago. 2004), 72-76. <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102481/100795>):

*“Trata-se de um instrumento amplamente utilizado internacionalmente para avaliação da capacidade funcional e tem como diferencial a incorporação da avaliação cognitiva. A escala é composta por 18 categorias agrupadas em seis dimensões: autocuidado, controle de esfínteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item tem uma pontuação de 1 a 7, em que 1 corresponde à dependência total e 7, à independência completa. Cada dimensão é analisada pela soma dos itens que a compõem. Nesse instrumento são*

*descritos dois domínios: o motor, referente às dimensões de autocuidado, controle de esfínteres, transferências e locomoção; e o cognitivo, que engloba as dimensões de comunicação e cognição social.*

*O escore total da MIF é obtido somando-se a pontuação de cada dimensão, sendo que o mínimo é de 18 e o máximo, de 126 pontos. Até 18 pontos, considera-se que há dependência completa, com necessidade de assistência total; de 19 a 60 pontos, dependência modificada, com assistência de até 50% na tarefa; de 61 a 103 pontos, dependência modificada, com necessidade de assistência de até 25% na tarefa e de 104 a 126 pontos, equivalente a independência completa/modificada.” Fonte: MINOSSO, JSM et al . Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 23, n. 2, p. 218-223, Apr. 2010. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso).*

A utilização de instrumento padronizado e validado deve auxiliar na uniformização da comunicação e na avaliação mais objetiva dos pacientes, ou seja, quantitativa do grau de independência do paciente em processo de encaminhamento para SRT, de forma a orientar o planejamento de ações por parte do gestor e equipe de saúde envolvidos no acolhimento.

**Quadro 1 – Escala MIF - Medida de Independência Funcional**

CATEGORIAS	Escore						
	1	2	3	4	5	6	7
<b>CUIDADOS PESSOAIS</b>							
1. Alimentação							
2. Auto cuidado							
3. Banhar-se							
4. Vestir tronco superior							
5. Vestir tronco inferior							
6. Higiene íntima							
<b>CONTROLE ESFINCTERIANO</b>							
7. Controle vesical							
8. Controle intestinal							
<b>MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS</b>							
9. Cama / cadeira / cadeira de rodas							
10. Banheiro							
11. Banho chuveiro / banheira							
<b>LOCOMOÇÃO</b>							
12. Andar / cadeira de rodas							
13. Escadas							
<b>COMUNICAÇÃO</b>							
14. Compreensão							
15. Expressão							
<b>COGNITIVO SOCIAL</b>							
16. Interação social							
17. Resolver problemas							
18. Memória							
<b>ESCORE TOTAL</b>							

### 6.3.1 Guia de aplicação

“Neste instrumento, o escore inclui: 7 pontos representando o nível de completa independência e 1 ponto, a completa dependência. O escore total na escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos a cada item dentro das categorias. Essa pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, definidos no quadro abaixo, com escore mínimo de 18 e máximo de 126.

É importante ressaltar que o escore total da MIF é de 126 pontos, porém é possível obter três classificações que são as condições: sem ajuda (S.A.) – escores 7 e 6; necessitando de ajuda (N.A.) – escores 5, 4 e 3; e dependência completa (D.C.) – escores 2 e 1.”

<b>NÍVEL</b>	<b>EQUIVALENTE EM FUNCIONALIDADE</b>
7 (S.A.)	<b>Independência completa:</b> toda tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável
6 (S.A.)	<b>Independência modificada:</b> capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente
5 (N.A.)	<b>Supervisão:</b> sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contato ou a ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário
4 (N.A.)	<b>Mínima assistência:</b> necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa)
3 (N.A.)	<b>Moderada assistência:</b> necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, (realiza 50% do esforço necessário na tarefa)
2 (D.C.)	<b>Máxima assistência:</b> utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
1 (D.C.)	<b>Total assistência:</b> assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa.

Fonte: FRESCHI, Larissa. Avaliação da qualidade de vida e funcionalidade em pacientes com doença arterial coronariana submetidos à revascularização cirúrgica ou angioplastia. 2011. 98 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2S2FG5b>

## **7 Esclarecimentos sobre as solicitações de incentivos e habilitações via SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde**

O SAIPS foi instituído pela Portaria nº 281, de 27 de fevereiro de 2014, e é uma ferramenta de gestão que foi desenvolvida para facilitar e agilizar os pedidos de recursos – feito por gestores Municipais, Estaduais ou do Distrito Federal – para custeio, implantação, habilitação ou credenciamento de equipes, unidades e serviços em saúde. Trata-se de um instrumento de comunicação, que organiza o processo e permite transparência na sua condução. Alerta-se que a

senha é de uso pessoal e intransferível, devendo os gestores manterem o cadastro de profissionais ativos atualizado, sendo que cada usuário é responsável pelas informações prestadas.

O fato de o SAIPS ficar aberto a novos pedidos de maneira permanente no caso dos serviços e equipes da RAPS pode gerar a expectativa equivocada de que as aprovações são automáticas, como se o registro fosse mera formalidade, sem estar sujeito ao julgamento técnico, ao planejamento, às prioridades eleitas pela área, às contingências orçamentárias e à responsabilidade fiscal.

A tramitação e aprovação final de cada proposta está sempre condicionada à avaliação de instâncias superiores, análise de prioridades do Ministério, com base em planejamento e em indicadores epidemiológicos, bem como à disponibilidade de dotação orçamentária do Ministério da Saúde, que tem teto e programação definida, mas sujeita a mudanças.

Por fim, destaca-se a redação do Artigo 8º da Portaria GM/MS 281/2014:

**Art. 8º O cadastramento da proposta não gera quaisquer obrigações ao Ministério da Saúde em relação ao seu atendimento.**

*§ 1º As propostas enviadas ao Ministério da Saúde por intermédio do SAIPS serão analisadas conforme os critérios definidos para cada Rede, Programa ou Política.*

*§ 2º A área técnica responsável pela Rede, Programa ou Política analisará o mérito da solicitação, podendo indicar adequações, aprovar, aprovar com pendências a serem sanadas em prazo determinado ou rejeitar a proposta.*

*§ 3º O gestor público de saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal deverá assegurar o monitoramento da execução de cronograma ou de solução de pendências definidas para as propostas.*

## **8 Definição de itens de financiáveis (custeio e investimento):**

São frequentes as dúvidas de gestores sobre as definições de itens financiáveis com recursos repassados pelo Governo Federal. São conceitos importantes aqueles que definem materiais/itens permanentes e materiais/itens de consumo, bem como recursos para custeio e recursos para investimento (capital). É vedada a destinação de recursos de capital para realização de despesas de custeio e vice-versa. Se isso acontecer, a entidade deve submeter justificativa à avaliação do órgão responsável pela análise de sua prestação de contas.

Recursos de capital, conhecidos como investimento, são recursos aplicados no patrimônio, tais como obras, construções, instalações e aquisição de equipamentos e materiais permanentes, que são incorporados ao patrimônio. Já os recursos da categoria de custeio destinam-se a cobrir despesas relacionadas à aquisição de material de consumo (materiais de uso corrente, como materiais de escritório, insumos, limpeza, materiais para reparos e adequações, contas de água, luz, etc.) e contratação de serviços (manutenção hidráulica, portaria, segurança, transporte, elétrica, telefonia, jardinagem etc.).

Tais definições podem ser consultadas na Portaria nº 448 da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, de 13 de setembro de 2002, disponível neste link: <https://bit.ly/2tdul3N>

Destaca-se:

*Art. 1º - Divulgar o detalhamento das naturezas de despesa, 339030 - Material de Consumo, 339036 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física, 339039 - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica e 449052 -Equipamentos e Material Permanente, de acordo com os anexos I, II, III, IV, respectivamente, para fins de utilização pela União, Estados, DF e Municípios, com o objetivo de auxiliar, em nível de execução, o processo de apropriação contábil da despesa que menciona.*

*Art. 2º - Para efeito desta Portaria, entende-se como material de consumo e material permanente:*

*I - Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei n. 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;*

*II - Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.*

*Art. 3º - Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente:*

*I - Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;*

*II - Fragilidade, cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;*

*III - Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;*

*IV - Incorporabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal; e*

*V - Transformabilidade, quando adquirido para fim de transformação.*

## 9 Monitoramento

Destaca-se, por fim, relativamente ao monitoramento do processo de implantação e adequada gestão dos serviços da RAPS, que a Portaria n.º GM/MS 3462/2010 estabelece o que segue: "Art. 4º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas". Desse modo, é obrigatório o registro mensal dos procedimentos no sistema de informação do Ministério da Saúde para o efetivo custeio dos Serviços. Tal normativa foi reiterada pela Resolução CIT n.º 36/2018.

Quanto aos incentivos financeiros de parcela única para implantação de novos Serviços da RAPS, bem como para qualificação de Serviços já existentes, a Portaria de Consolidação GM/MS n.º

6/2017 estabelece prazos para que os gestores implantem os respectivos Serviços. Assim sendo, caso os gestores, que receberam os incentivos financeiros, mas que não implantaram os Serviços, deverão devolver os recursos para a União. Tal normativa foi reiterada pela Resolução CIT n.º 35/2018.

Quirino Cordeiro Júnior

Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde

MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Documento assinado eletronicamente por **Quirino Cordeiro Junior**, **Coordenador(a)-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas**, em 04/02/2019, às 15:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **7718127** e o código CRC **C21AEA49**.

**Referência:** Processo nº 25000.021223/2019-50

SEI nº 7718127

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - CGMAD  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - [saude.gov.br](http://saude.gov.br)