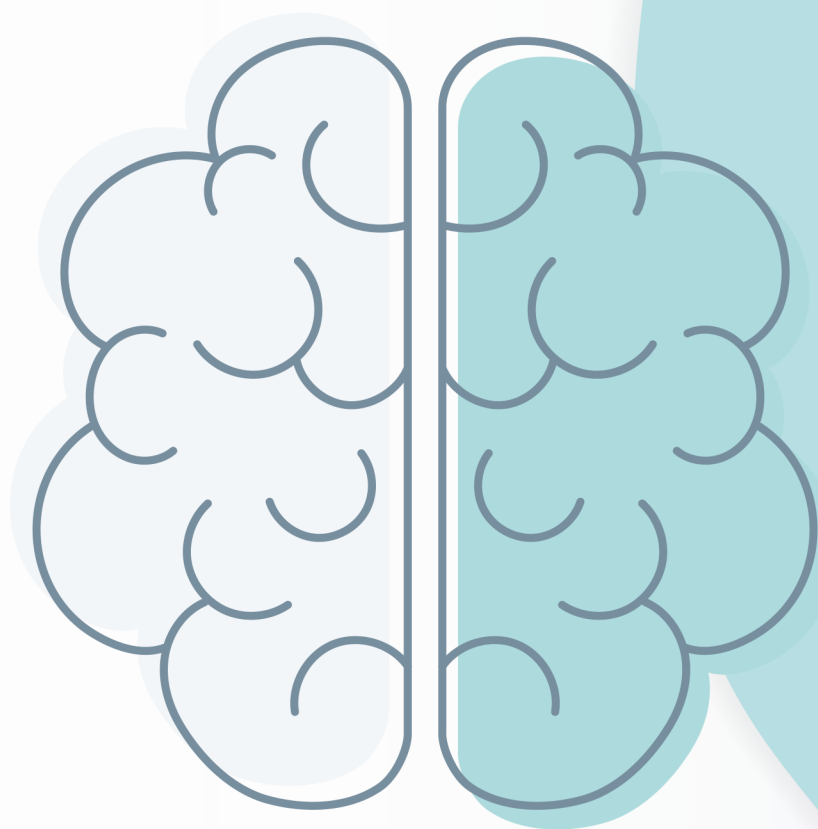


MINISTÉRIO DA SAÚDE



Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS

Brasília – DF
2022



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas



Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS

Brasília – DF
2022



2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas
Coordenação-Geral de Saúde Mental
SRTVN, Quadra 702, via W5, lote D
Edifício PO 700, 5º andar, ala sul
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: aps.saude.gov.br
E-mail: dapes@saude.gov.br

Editor-geral:

Antonio Rodrigues Braga Neto

Coordenação técnica:

Rafael Bernardon Ribeiro

Elaboração de texto:

Alexandre Fonseca dos Santos
Ana Cristina Carvalho Curvina
Aretuza Santos Oliveira De Freitas
Camila Cordeiro Florentino Secundo
Claudia Renata De Freitas Silva
Cleide Aparecida De Souza
Daniela Palma Araujo
Ivana Gomes Almeida
João Calisto Lobo Ameno

Juliana Fersura Reis
Júlio Cesar dos Santos Coelho
Leisenir De Oliveira
Leonardo Moreira
Luciana Mara Silva Almeida
Luciene Redondo de Freitas
Mauro Pioli Rehbein
Natália Batista Heinze
Valeria Debortoli De Carvalho Queiroz

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniel Pereira Rosa
Revisão textual: Khamila Silva
Design editorial: Gustavo Saraiva

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas.

Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
52 p. : il.

Modo de Acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf

ISBN 978-65-5993-281-8

1. Atenção Psicossocial. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde Mental. I. Título.

CDU 614.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0071

Título para indexação:

Technical Instructive of the Psychosocial Care Network (Rede de Atenção Psicossocial – RAPS) in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS)



NOTA AOS LEITORES

Caros leitores, este material tem por objetivo apresentar de forma consolidada e didática as normas e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, aproximando gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como demais atores da sociedade brasileira. Esta política é operada por meio de serviços e ações organizados pela Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e pelo Programa “De Volta Para Casa”, que estão ancorados na Lei n.º 10.216/2001 e nas demais leis e normativas que norteiam os princípios e as diretrizes para implantação e funcionamento da rede de saúde mental.

A ideia é apresentar a PNSM e suas recentes alterações realizadas por meio da Portaria n.º 3.588/2017 de uma forma completa e explicativa, capaz de levar aos gestores e aos profissionais de saúde informações que lhes permitam compreender e atuar de maneira mais eficiente e eficaz na assistência aos usuários da Raps no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva-se ainda estimular o investimento no avanço desta política e na superação de seus desafios, buscando a promoção de saúde mental e a prevenção de seus agravos, a assistência, a reabilitação e a (re)inclusão psicossocial das pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

Espera-se que ao final desta leitura, os senhores (as) estejam mais informados (as) sobre a PNSM e estimulados(as) a investir em processos de aprimoramento do planejamento, da gestão e do cuidado em saúde mental com qualidade a todos que dela necessitem.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1 INTRODUÇÃO	8
2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS	10
2.1 Componente da atenção primária é constituído pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS); Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Consultório na Rua (eCR)	10
2.2 Componente da atenção especializada é constituído pelos I) Centros de Atenção Psicossocial e pelas II) Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental – eMAESM	11
2.3 Componente da atenção hospitalar	18
2.4 Componente da atenção às urgências e emergências	23
2.5 Componente residencial de acolhimento transitório	24
2.6 Componente da Estratégias de Desinstitucionalização e Acolhimento às Pessoas com transtornos mentais em extrema vulnerabilidade e sem vínculo familiar	27
2.7 Componente das Ações de Reabilitação Psicossocial	35
3 FLUXO RECOMENDADO	37
4 PRODUÇÃO DO CUIDADO NO ÂMBITO DA RAPS	40
5 EQUIPE MÍNIMA PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DA RAPS	45
5.1 Equipe mínima para funcionamento dos Caps (por turno)	45
5.2 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo I, II e III (código único – 75 eMAESM)	50
5.3 Equipe mínima para leitos em saúde mental (código 87)	50
5.4 Horário de funcionamento dos serviços da Raps	51
6 ARCABOUÇO NORMATIVO, QUE DISPÕE SOBRE O RECORTE POPULACIONAL DE REFERÊNCIA, IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS DA RAPS	53
6.1 Serviços do componente da atenção básica	53
6.2 Estabelecimentos do componente da atenção especializada	53



6.3	Serviços do componente da atenção hospitalar	53
6.4	Serviços do componente de atenção residencial de acolhimento transitório	54
6.5	Estratégias de desinstitucionalização	54
6.6	Estratégias de reabilitação	54
7	ARCABOUÇO NORMATIVO SOBRE INCENTIVO FINANCEIRO DE PARCELA ÚNICA E DE CUSTEIO/MENSAL DOS ESTABELECIMENTOS, DOS SERVIÇOS E DAS AÇÕES DA RAPS	55
7.1	Serviços do componente da atenção básica	55
7.2	Serviços do componente da atenção especializada	55
7.3	Serviços do componente da atenção hospitalar	57
7.4	Serviços do componente Residencial de Acolhimento Transitório	58
7.5	Estratégias de moradia assistida	59
7.6	Ações de reabilitação	59
8	REGISTRO DAS AÇÕES AMBULATORIAIS DE SAÚDE – PSICOSSOCIAL – RAAS-PSI	60
8.1	Instrumentos de registros dos procedimentos de Caps	61
8.2	Normativas que orientam procedimentos adotados nos serviços da Raps	62
9	CONCEITOS IMPORTANTES NO ÂMBITO DA RAPS	63
9.1	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	63
9.2	Formulação de Projeto Terapêutico Singular	63
9.3	Matriciamento em saúde mental	65
9.4	Redes de saúde	65
10	PLANOS DE AÇÃO E INSERÇÃO DE NOVAS SOLICITAÇÕES DE INCENTIVO E HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DA RAPS NO SAIPS	67
11	SOLICITAÇÕES DE INCENTIVOS E HABILITAÇÕES VIA SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE – SAIPS	67
12	DEFINIÇÃO DE ITENS DE FINANCIÁVEIS (CUSTEIO E INVESTIMENTO)	69
13	CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS E INSTITUCIONAIS DA CGMAD/DAPES/ SAPS/MS	71
	REFERÊNCIAS	76



APRESENTAÇÃO

Este documento foi elaborado com objetivo de contribuir para que os gestores, os trabalhadores, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), os órgãos de controle, os setores governamentais e não governamentais e os demais atores da sociedade brasileira possam compreender, apropriar-se da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), englobando as recentes alterações promovidas por meio da Resolução CIT n.º 32, de 14 de dezembro de 2017 e Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

Apresentamos um conjunto de informações ancoradas nas legislações e nas normativas que norteiam o planejamento, a implantação e o funcionamento dos diferentes serviços e ações que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) nos municípios e/ou nas regiões de saúde dos estados e do Distrito Federal e, também o seu financiamento.

Ao final foram feitos apontamentos sobre as alterações da PNSM, sua importância, os avanços obtidos, os desafios a serem superados.



1 INTRODUÇÃO

A alteração do modelo assistencial e da Política de Saúde Mental no Brasil recebeu forte influência do Movimento pela Reforma Sanitária e do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileiro, que se iniciou no final dos anos de 1970. Esse movimento, que antecede o advento do SUS, questionou o modelo assistencial vigente no período do Inamps/previdenciário, centrado em grandes unidades hospitalares, inúmeras delas de características asilares. Naquele momento histórico não havia uma estrutura ambulatorial robusta e capilarizada, tampouco estruturação da atenção primária e priorização do cuidado comunitário. Desde a década de 1970 as sociedades médicas, como a Associação Brasileira de Psiquiatria, foram críticas do modelo e uniram-se aos demais profissionais e entidades da área de saúde no movimento antimanicomial, sendo parte importante nas discussões com a sociedade e no Congresso, que levaram à versão final da Lei Federal n.º 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe *sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no Brasil*, buscando assegurar os direitos sociais e a cidadania das pessoas com transtornos mentais (JORGE; FRANÇA, 2001).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em conformidade com os princípios e as diretrizes do Sistema único da Saúde (SUS), da Lei n.º 10.216/2001, e da Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, bem como os tratados internacionais assinados pelo Estado brasileiro, definiu, junto às instâncias de negociação e deliberação do SUS (Comissão Intergestores Regionais – CIR e Comissão Intergestores Bipartite – CIB), a metodologia e as estratégias para operar, em parceria com os demais entes federados, a PNSM no território nacional.

Trata-se de um arranjo institucional que consiste na implementação dos diferentes serviços e ações em saúde mental para que, de forma articulada com outros recursos intra e intersetoriais possam operar o cuidado em rede, buscando o alcance de intervenções potentes, capazes de responder às diferentes e complexas necessidades no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. O objetivo é que a rede seja o mais resolutiva possível no nível comunitário, dentro dos preceitos técnicos e científicos, respeitando os princípios éticos e os Direitos Humanos.

Nesse viés, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) como uma das redes prioritárias para compor as regiões de saúde nos estados. Em 2017, essa



rede foi alterada por meio da Portaria n.º 3.588/2017 incluindo novos serviços, bem como orientando alterações na vocação inicial dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), visando ampliar o alcance e a efetividade das ações da rede.

A PNSM está em processo de consolidação no País com a ampliação da Raps em todo o território nacional. Os processos de avaliação estão sendo aperfeiçoados e estão sendo realizados os ajustes necessários com vistas a superar os desafios inerentes a todo processo de implementação de política pública, sejam eles em função da alteração de perfil do público-alvo e suas necessidades, dos dados epidemiológicas, da disponibilidade orçamentária e financeira, entre outras; incluído eventos inesperados como uma Emergência em Saúde Pública a exemplo da pandemia da covid-19, que impactou as condições de saúde no Brasil e no Mundo.



2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) foi instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017 (PRT de origem n.º 3.088/2011, alterada pela PRT n.º 3.508/2011), e se constitui como rede prioritária para constituição das regiões de saúde nos estados e no Distrito Federal, como determina o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Trata-se de um conjunto de diferentes serviços e ações disponíveis nos territórios que, articulados, formam uma rede plural e integrada. Estes devem ser capazes de dar resposta às demandas e às necessidades, desde as mais simples às mais complexas e graves, apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares.

A Raps é composta por seis eixos de serviços. São eles:

- I- ***Atenção Primária em Saúde.***
- II- ***Atenção Especializada.***
- III- ***Atenção às Urgências e Emergências.***
- IV- ***Atenção Residencial de Caráter Transitório.***
- V- ***Atenção Hospitalar.***
- VI- ***Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação.***

Cada componente da rede é integrado por diferentes serviços e ações, e todos eles são igualmente importantes e complementares, devendo ser incentivados, ampliados e fortalecidos.

2.1 Componente da atenção primária é constituído pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS); Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Consultório na Rua (eCR)

As UBS e as eSF são serviços que funcionam como porta de entrada no SUS. Dada a sua capilaridade e o vínculo estabelecido com a comunidade, devem identificar



precocemente as pessoas que apresentam sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aqueles em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Também devem realizar o acolhimento e o atendimento humanizado deste público e acompanhar as pessoas com quadros clínicos e psicossociais estáveis, leves e moderados, a partir de interlocução permanente com os serviços especializados em saúde mental de referência. Também devem encaminhar, de forma responsável e assertiva, as pessoas com quadros clínicos psicossociais de maior complexidade, conforme o fluxo local. Devem, ainda, desenvolver ações de promoção de saúde mental e de prevenção de seus agravos incluindo os associados ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas. Nesse mesmo viés, as Equipes de Consultório na Rua, dada sua característica itinerante, devem ampliar o acesso ao cuidado, estabelecer vínculo e acompanhar as pessoas em situação de rua com necessidades em saúde, incluindo aquelas advindas da saúde mental, especialmente em decorrência do uso de drogas lícitas e/ou ilícitas. São serviços de saúde, que embora integrem a Raps, não estão sob gestão direta desta Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Quadro 1 – Estabelecimento e Serviços do Componente da Atenção Básica

Estabelecimentos e Serviços do componente da Atenção Básica

- Unidades de Atenção Básica (UBS)
- Equipes de Saúde da Família (eSF)
- Equipe de Consultório na Rua (eCR)

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS).

2.2 Componente da atenção especializada é constituído pelos I) Centros de Atenção Psicossocial e pelas II) Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental – eMAES

Os Caps diferenciam-se em função de sua **tipologia** (Caps, Caps I e Caps AD), relacionado ao seu público-alvo, e em relação ao seu **porte** (I, II, III, IV), relacionado ao recorte populacional de sua referência. Tais diferenças, implicam nos diferentes horários de funcionamento, nas diferentes composições da equipe como também na carga horária dos profissionais. São serviços que devem ter equipe multiprofissional especializada durante todo horário de funcionamento, composta obrigatoriamente por enfermeiro(a), médico(a) psiquiatra, técnicos/auxiliares de enfermagem e profissional administrativo, e



outras categorias profissionais como psicólogo(a), assistente social, terapeuta ocupacional, arteterapeuta, que devem integrar a equipe conforme projeto técnico institucional do serviço, que deverá estar em conformidade com as singularidades epidemiológicas e socioeconômicas de cada região. Os Caps são serviços especializados em saúde mental e de caráter territorial e comunitário. O foco primordial baseia-se no atendimento intensivo e na reabilitação de pessoas com transtornos mentais mais graves e persistentes, que necessitam de processos de reabilitação por meio de oficinas, terapias, atendimentos individuais e coletivos, em programas (projetos terapêuticos) individualizados.

Importante: Definição de transtornos mentais graves e persistentes. Este termo foi cunhado pelo Instituto nacional de saúde mental dos Estados Unidos (NIMH) em 1987, em substituição ao termo “doença mental crônica”, por conta da associação deste último com questões incuráveis e intratáveis. Compreende três dimensões: diagnóstico de um transtorno mental; gravidade do quadro; e disfunção, limitações funcionais e sequelas do quadro mental. **Nesta definição original do NIMH, de forma ilustrativa, temos (ZUMSTEIN; RIESE, 2020):**

- **Diagnóstico de transtorno mental**, como transtorno afetivo grave; psicose não orgânica ou outro quadro grave que possa gerar disfunção, como um transtorno obsessivo-compulsivo grave ou um transtorno borderline grave.
- **Disfunção:** limitações funcionais recorrentes e graves secundárias ao quadro mental, comprometendo as principais atividades da vida da pessoa. A pessoa deve preencher dois dos seguintes critérios, de forma contínua ou intermitente: 1) estar desempregado, ou está empregado de forma supervisionada, ou tem marcadas limitações nas habilidades no trabalho e dificuldades em manter o emprego; 2) Necessita de assistência financeira pública para manutenção na comunidade e pode não ser capaz de buscar esta assistência social sem ajuda; 3) Tem dificuldades em estabelecer e manter relações sociais de suporte; 4) Necessita de ajuda nas atividades de vida diária, como higiene, preparação de comida ou administração de recursos; 5) Exibe comportamento social inapropriado que resulta em intervenções por parte de equipes de saúde mental ou da justiça.
- **Duração:** encaixa-se em um dos critérios: 1) passou por tratamento psiquiátrico mais intensivo que ambulatorial mais de uma vez na vida (atendimento de crises, abrigamento/albergamento, HD/Caps 3 ou hospitalização); 2) Já passou por um período de abrigamento em moradia protegida ou equivalente, diferente de hospitalização por um período longo o bastante para transformar seu modo de viver habitual (institucionalização). Comentário: dada a insuficiência de espaços protegidos, como moradias protegidas e leitos de internação, este critério pode ser relativizado para interpretação do conceito no Brasil.

Podemos considerar alguns grupos didaticamente transtornos psicóticos, afetivos, espectro impulsivo-compulsivo, transtornos alimentares e da personalidade (GONÇALVES,



2011). O quadro a seguir resume as principais classificações dos transtornos mentais que, associados à cronicidade e à disfunção/limitação importantes, constituem os TMGP.

- **Transtornos psicóticos:** caracterizados pela perda de contato com a realidade, delírios (pensamentos não compartilhados), alucinações (percepções sem objeto), comportamentos bizarros, desorganizados, alterações no afeto e, por vezes, isolamento social:

- o Esquizofrenia: quadro psicótico crônico sem preponderância de sintomas afetivos.

- o Transtorno delirante persistente: destacam-se sintomas delirantes com poucos (se presentes) outros sintomas psicóticos.

- o Transtorno psicótico breve: quadros com recuperação relativamente rápida (é difícil definir, no início, se um quadro psicótico terá esse tipo de resolução ou não).

- o Transtorno esquizoafetivo: misto de um quadro esquizofrênico concorrente com sintomas afetivos.

- o Outras psicoses.

- **Transtornos afetivos graves**

- o Transtorno Afetivo Bipolar: alternância entre quadros de depressão e de aceleração (euforia ou irritabilidade).

- o Depressão recorrente grave: quadro depressivo cíclico, frequentemente sem desencadeante psicossocial evidente (antigamente chamada “depressão endógena”), com ou sem sintomas psicóticos.

- **Transtornos do espectro impulsivo-compulsivo:** transtornos mentais ligados ao controle de obsessões, impulsos e/ou compulsões (habitualmente classificados em diversas categorias nas nosografias psiquiátricas oficiais).

- o Transtorno obsessivo compulsivo: classificado como transtorno ansioso, pode ser leve, mas habitualmente necessita de cuidados especializados pelas frequentes perdas sociais. Caracterizado por ideias obsessivas sobre as quais o indivíduo não tem controle e compulsões que o indivíduo tem que realizar diante das obsessões.

- o Transtornos alimentares: comportamentos alimentares restritivos e/ou purgativos com ou sem episódios de ingesta alimentar exagerada (episódios bulímicos).

- o Outros transtornos de controle dos impulsos.

- **Transtornos ansiosos graves:** transtornos ligados ao aumento patológico da resposta ansiosa espontânea (no caso da ansiedade generalizada e no transtorno do pânico) ou diante de estímulos específicos, como na fobia social e outras fobias específicas. Também podemos incluir o transtorno do estresse pós-traumático.



- **Transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas:** dependências químicas por álcool e outras drogas, e suas comorbidades.
- **Transtornos do neurodesenvolvimento:** como formas mais graves do transtorno do espectro do autismo.
- **Transtornos de personalidade:** conjunto de alterações comportamentais que afetam o estilo de funcionamento completo do indivíduo (personalidade). Personalidade é definida pela totalidade dos traços emocionais e de comportamento de um indivíduo (caráter + temperamento). Pode-se dizer que é o “jeitão” de ser da pessoa, o modo de sentir as emoções ou o “jeitão” de agir. Em outras palavras, é o modo habitual, estável ao longo dos anos, de receber e processar os estímulos vindos do mundo e de devolver uma resposta (comportamento) ao meio externo. Em geral, consideramos a personalidade formada desde o início da vida adulta e estes quadros têm resposta variada ao uso da medicação e psicoterapias; são de diagnóstico criterioso e necessitam de avaliação abrangente; citamos a seguir alguns dos transtornos de personalidade mais conhecidos:
 - o Transtorno de personalidade emocionalmente instável ou Borderline
 - o Transtorno da personalidade paranoide
 - o Transtorno da Personalidade esquizoide
 - o Transtorno da personalidade esquizotípica
 - o Transtorno da personalidade histriônica
 - o Transtorno da personalidade antissocial
 - o Outros transtorno da personalidade: narcisista, evitativa, obsessivo-compulsiva ou dependente

Muitos destes pacientes necessitam de cuidados várias vezes por semana, além de medicação assistida e suporte para atividades de vida diária. O Caps deve promover articulação da rede em prol da reabilitação psicossocial e da inclusão sociofamiliar. Além disso os Caps buscam estabelecer uma parceria com os serviços de urgência e emergência no que diz respeito ao referenciamento do nível de média complexidade para a alta complexidade (hospital geral/psiquiátrico). As unidades funcionam historicamente de “portas abertas” e atendem tanto a demandas referenciadas pela atenção básica e demais serviços intra e intersetoriais quanto por demanda espontânea. São estratégicos na articulação da Raps, seja no que se refere à atenção direta, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando



em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF) e agentes comunitários de saúde (ACS) e com a média e alta complexidade, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nas comunidades.

As tipologias dos Caps são: Caps destinados às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes voltados para o público adulto (Caps I, II, III, IV); Caps Infantojuvenil (Caps i) destinado ao público infantojuvenil, que apresentam transtornos mentais e/ou problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, e Caps Álcool e Outras Drogas (Caps ad) destinam-se ao público adulto com problemas em decorrência do uso de drogas.

Em relação ao **porte**, são distribuídos em **quatro** categorias: Caps I para população acima de 15 mil habitantes; Caps II, Caps i e Caps AD (todos do tipo II) para população acima de 70 mil habitantes; Caps III para população acima de 150 mil habitantes; Caps III – 24 horas (Caps III, Caps AD III) para população acima de 150 mil habitantes e Caps IV – 24 horas (Caps AD IV) para capitais e municípios de mais de 500 mil habitantes (ponto de corte em revisão pelo Ministério, em conjunto com Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems). Os recortes populacionais foram definidos de forma arbitrária, de acordo com a conveniência, com critérios técnicos e bom senso, de forma que, em havendo justificativa bem embasada, tanto epidemiológica como de capacidade técnica, aplicam-se exceções.

Embora se diferenciem em porte e tipologia, todos devem atender aos casos clínicos e psicossociais de maior complexidade, independentemente da Hipótese Diagnóstica (HD), sendo indicado a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles associados ao uso de álcool e outras drogas, que necessitem de diferentes intervenções e estratégias como a **“permanência dia”** e **“permanência noite”**, esta última, apenas nos Caps III e IV, que funcionam 24 horas. Os Caps diferenciam-se dos ambulatórios especializados/eMAESM pela intensidade das intervenções e do perfil de gravidade dos pacientes assistidos. Tal característica impõem que as equipes estejam disponíveis em tempo integral; tendo o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como eixo norteador do processo de cuidado tanto no Caps como na Raps. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo I, II, e III, também integram este componente da Raps e se diferenciam em seu porte considerando a composição e a carga horária das equipes, constituídas por médico(a) psiquiatra, psicólogo(a) e assistente social. Essas equipes não exigem construção ou abertura de novos serviços, podendo ser cadastradas em hospitais (Hospitais Gerais, Clínicas e Ambulatórios (preexistentes ou novos; com múltiplas especialidades ou exclusivamente para saúde mental). A organização do espaço



físico deve considerar a oferta de cuidado individual e grupal, devendo estar articuladas a outros pontos da Raps e preferencialmente com vagas reguladas. No que diz respeito às ações desenvolvidas pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental deve-se buscar diferenciar suas práticas de outros serviços que compõem a Raps, a fim de evitar a sobreposição de função/atividades. Cabe especialmente às Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental atender às pessoas com transtornos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada, tais como: os transtornos de ansiedade, os transtornos de humor e a dependência química, referenciadas pela atenção básica e pelos Caps. A critério do gestor e de acordo com o porte e as características do município, podem ser constituídas equipes especializadas em determinados seguimentos ou temas, citando como exemplo as linhas de cuidados do AME Psiquiatria de São Paulo: infância e adolescência, álcool e drogas, psicogeriatría, psicoses e transtornos do humor. Também podem ser propostas a constituição de equipes vinculadas a serviços especializados, como saúde da mulher, oncológicas, autismo, cuidados forenses, desde que a demanda justifique uma equipe focada em determinado seguimento.

**Quadro 2 – Modelo do Projeto Técnico (Saisp-Aments)****Preenchimento de Porpostas Saips – Ament**

Ao encaminhar proposta de projeto técnico ao Ministério da Saúde, sugere-se que o proponente elabore projeto assistencial simples. Um mesmo projeto pode cobrir mais de uma equipe, desde que estejam vinculadas ao mesmo serviço, e esta característica deve ser explicitada no texto.

Sugere-se dividir o texto em:

Introdução

(características da rede onde se insere, características epidemiológicas da demanda, qual perfil assistencial deve atender (por exemplo, público adulto, infantil, se há algum recorte, como patologia etc.), perfil da unidade em que será inserida, como ela se conecta com sistema de regulação ou como será o fluxo de recebimento de pacientes)

Objetivos Gerais e Específicos**Justificativa****Dados Operacionais**

Características da unidade onde será inserida, dias e horas de atendimentos, espaço físico a ser ocupado, serviços oferecidos e dinâmica de trabalho, indicando como pretende cumprir com o objetivo maior de apoiar à atenção primária. A(s) equipes devem qualificar a capacidade de diagnóstico da rede, buscar estabilizar os quadros e, sempre que possível, promover o retorno dos pacientes às UBS, com altas pactuadas e implicadas. Também deve se prestar à função de referência e contrarreferência (opinião especializada). Também pode citar protocolos clínicos adotados e a linha de cuidados em que se insere.

Indicadores de Acompanhamento

Produtividade esperada por categoria profissional e por tipo de atendimento. Indicadores de resultado adotados, com forma e método de aferição. Por exemplo, tempo de espera para agendamento de consultas, tempo médio de seguimento entre admissão e retorno à APS, satisfação do cliente. Nível de atingimento de metas estabelecidas nos objetivos.



As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental devem buscar sempre manter vínculo com a unidade da APS de origem do paciente, a fim de ofertar o cuidado na perspectiva de refinar diagnóstico e instituir tratamento até a estabilização do quadro. Com base nos dados epidemiológicos e de sua demanda reprimida, municípios podem planejar fortalecer o cuidado especializado multiprofissional em sua rede, nesta perspectiva de apoiar a APS a ter maior resolutividade para os transtornos mentais mais prevalentes. Ao final deste processo, a equipe deve promover alta implicada, trabalhando de maneira colaborativa e integrada com a unidade de referência da APS. Nos casos de necessidades de cuidados intensivos e intervenções de reabilitação, devem se articular com o Caps de referência. Devem ainda, desenvolver a dimensão pedagógica junto às equipes da atenção básica por meio do matriciamento e, com isso, desempenhar a função de **reguladora** no que diz respeito ao referenciamento dos usuários da atenção primária para a atenção secundária e alta complexidade, nas duas direções. Os serviços da Raps são complementares e abrangem toda a complexidade dos transtornos mentais.

Quadro 3 – Estabelecimento e Serviços do Componente da Atenção Especializada

Estabelecimentos e serviços do componente da Atenção Especializada:	<ul style="list-style-type: none">• Centros de Atenção Psicossocial (Caps), nas suas diferentes tipologias e portes: Caps I; Caps II; Caps III; Caps i; Caps AD; Caps AD III e Caps AD IV• Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) tipo I, II e III
---	---

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS).

2.3 Componente da atenção hospitalar

O componente da atenção hospitalar é constituído pelas Unidades de Referência Especializadas em Saúde Mental em Hospitais Gerais (HG), os Leitos em Hospitais Psiquiátricos Especializados (HP) e os Leitos em Hospital-Dia.

Os estabelecimentos hospitalares para internação especializada em saúde mental e psiquiatria **devem desenvolver a função de retaguarda para os demais estabelecimentos e serviços da Raps**, contar com equipe multiprofissional (psiquiatras,



psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, entre outros), proporcionando o acompanhamento integral à saúde conforme o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada pessoa. Estes estabelecimentos devem estar integrados à Raps e articulados aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), seguindo os princípios básicos de legalidade, da ética da saúde pública, e dos direitos humanos. Segundo as Resoluções n.º 2.056/2013 e n.º 2.057/2013 do Conselho Federal de Medicina, a decisão pela internação é clínica e, em caso de involuntariedade, devem ser obedecidos os seguintes critérios:

- I- Incapacidade grave de autocuidado;
- II- Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde;
- III- Risco de autoagressão ou de heteroagressão;
- IV- Risco de prejuízo moral ou patrimonial
- V- Risco de agressão à ordem pública.

§1º O risco à vida ou à saúde compreende incapacidade grave de autocuidados, grave síndrome de abstinência à substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química

§2º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo diretor técnico médico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo tal procedimento ser adotado quando da respectiva alta.”

O ambiente de internação deve ser pensado no conforto e na acolhida. Por isso deve ser projetado associando a segurança do paciente com boa ambiência, como qualquer outro espaço de cuidados em saúde. Especificamente na saúde mental, são necessários espaços de convivência, de lazer, para prática de esporte, preferencialmente, em grupo. Diferentemente do projeto arquitetônico de uma enfermaria clínica, na qual o paciente geralmente fica apenas em seu quarto/leito, o paciente psiquiátrico apresenta outras necessidades e geralmente passa seu tempo em espaços comuns, de convivência e de atividades. Esta especificidade deve ser entendida e contemplada, bem como todo o planejamento para garantir a máxima segurança dos pacientes e equipe, minimizando riscos de intercorrências.

Todos os municípios, incluindo aqueles de pequeno porte, devem contar com referência especializada para internações, seja própria, em consórcios ou via regulação de leitos (municipal ou regional) em conformidade com o desenho da rede pactuada nas instâncias coletivas de gestão (Comissão Intergestores Regionais e Comissão Intergestores Bipartite).



- **Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral (Leitos de Saúde Mental – Código CNES 87):**

São leitos de saúde mental em enfermaria especializada em Hospitais Gerais (HG), que ofertam cuidado hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como para pessoas com outros transtornos mentais agudizados, com e sem comorbidades clínicas, advindos da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgências e Emergências (RUE).

O projeto terapêutico deve prever a avaliação diagnóstica e discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas, o manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que representem risco de vida para o usuário e/ou a outrem. O tratamento estará focado no manejo da crise aguda, pelo tempo mínimo necessário, sempre atentando para oferta do melhor cuidado, com segurança e proteção do paciente.

Os leitos de saúde mental em enfermaria/unidade especializada em Hospitais Gerais (HG), por contarem com as demais especialidades de um hospital geral, são indicados para pessoas com comorbidades clínicas mais graves e instáveis (por exemplo, quadros infecciosos, colagenoses e doenças autoimunes, quadros mentais orgânicos, *delirium*, diabetes grave, hipertensão grave, problemas cardiovasculares, problemas oncológicos, pacientes idosos etc.). Também se aplica a preferência de internações para os casos de abstinência graves (sintomas de interrupção do consumo da substância psicoativa, como *delirium tremens*, convulsões, ativação do sistema nervoso autônomo e alucinações). Não se excluem os demais casos de pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de drogas em extrema vulnerabilidade, que apresentem risco à sua integridade e à de terceiros.

Os leitos de saúde mental em enfermaria especializada em Hospitais Gerais (HG) **são serviços de retaguarda para a Rede de Atenção Psicossocial (Raps)**. Têm o dever de atender todas as faixas etárias, respeitadas as disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Municípios e regiões com alta demanda para tratamento de menores devem planejar unidades específicas para tal fim, proporcionando a necessária estrutura que atenda às especificidades em conformidade com o ECA, entre elas: acompanhamento presencial por responsável legal durante todo período de permanência e procedimentos realizados, privacidade, sigilo e medidas que assegurem a proteção da integridade da criança e adolescente.



- **Hospitais psiquiátricos (leitos de psiquiatria – código 47):**

São leitos em hospitais especializados em psiquiatria, que geralmente se dividem em unidades ou enfermarias. Como no caso anterior, devem atender a crises e agudizações, em internações de curta permanência (inferior a 90 dias). Devem ofertar cuidado hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como para pessoas com outros transtornos mentais agudizados, com e sem comorbidades clínicas, advindos da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgências e Emergências (RUE).

O processo terapêutico deve prever a avaliação diagnóstica e discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas, manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que representem risco de morte para o usuário e/ou a outrem. O tratamento é focado no manejo da crise aguda, pelo tempo mínimo necessário até a estabilização, sempre atentando para oferta do melhor cuidado, com segurança e proteção do paciente. As internações não podem ter característica de longa permanência e o paciente deve retornar ao seu território o mais breve possível, tendo como critério as condições de estabilidade clínica. Portanto, é importante a integração deste serviço com a rede local de atendimento a este paciente (Caps, Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental, ambulatórios, UBS/APS), como forma de corresponsabilização pelo cuidado e pelo planejamento terapêutico pós-alta.

- **Vagas de Saúde Mental em Hospital-Dia (código 73):**

São vagas (“leitos”) em hospitais gerais e especializados para assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas por dia. São destinados aos pacientes com transtornos mentais que necessitem de acompanhamento extra-hospitalar semi-intensivo, com a possibilidade de permanecer sob os cuidados da unidade durante o período do dia, retornando em seguida ao ambiente domiciliar. Devem proporcionar tratamento multiprofissional intensivo para pacientes em crise, convalescentes e subagudos, visando à estabilização e à retomada da sua vida extra-hospitalar o mais rápido possível. Para tanto, cada profissão deve empregar os recursos e estratégias disponíveis, em grupo ou individualmente, de



forma harmônica e integrada, configurando um plano terapêutico individualizado. Parte importante deste serviço é a medicação assistida e a instrumentalização do paciente e seus entes próximos para que possam fazê-lo autonomamente o mais breve possível. Destinam-se a atender: pacientes em crise – entende-se como crise o paciente que teve uma ruptura, agravamento de sintomas, desorganização, risco de suicídio, tendo uma demanda de intervenção intensiva imediata e pacientes dos diferentes serviços comunitários que já passaram pela internação integral, que mantêm necessidade de cuidados intensivos, mas já reúnem condições de alta e retorno ao lar. São pessoas que precisam de apoio diário ou alguns dias por semana no processo de recuperação e de reabilitação. Nesse caso, também é importante a integração desse serviço com a rede local de referência deste paciente (Caps, Equipe eMAESM, APS), como forma de corresponsabilização pelo cuidado e pelo planejamento terapêutico da transição de um HD para a rede ambulatorial.

Quadro 4 – Componente da Atenção Hospitalar

Estabelecimentos e Serviços do componente da Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none">• Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral (Leitos de Saúde Mental – Código 87)• Hospitais psiquiátricos (leitos de psiquiatria – código 47)• Leitos de Saúde Mental em Hospital-Dia (código 73)
---	---

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS).

São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela justiça.

2.4 Componente da atenção às urgências e emergências



Composto pelas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Prontos-Socorros (PS), e os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e Salas de Estabilização.

- **Samu** – são serviços de atendimento móvel, que devem atender às urgências em saúde, incluindo àquelas apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, em conformidade com os protocolos: BC 28 e AC 39 – **Manejo de crise em saúde mental**, básico e avançado, respectivamente; BC 29 e AC 40, básico e avançado, respectivamente – **Agitação e situação de violência**; BC 30 e AC 41 – **Intoxicação e abstinência alcoólica**, básico e avançado, respectivamente; BC 31 – básico, **Intoxicação por drogas estimulantes** e BP 27 – básico, **Contenção física** e referenciar o paciente de acordo com o fluxo local. Deve-se fortalecer ações de capacitação técnica e avaliação de desempenho sobre o atendimento realizado aos usuários da saúde mental.
- **UPA e Salas de Estabilização** – são serviços que devem atender às urgências em saúde, incluindo àquelas apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, de forma rápida e responsável, cada um em seu âmbito de atuação, em conformidade com protocolos e fluxos locais.

Quadro 5 – Componente da Atenção às Urgências e Emergências

Serviços do componente da Atenção às urgências e emergências:	<ul style="list-style-type: none">• Samu 192• Sala de Estabilização• UPA 24h• Pronto-Socorro (portas hospitalares de atenção à urgência)
---	---

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS).

2.5 Componente Residencial de Acolhimento Transitório



Composto pelas Unidades de Acolhimento (UA) e pelas Comunidades Terapêuticas (CT)

- **Unidades de Acolhimento (UA):**

São serviços cadastrados no Cnes dos Caps, em especial dos Caps i e dos Caps AD, e sob a responsabilidade técnica destes estabelecimentos. Apresentam caráter residencial (moradia provisória) e protetivo, que devem ser utilizados pelas equipes como recurso terapêutico para pessoas com problemas em decorrência do uso de drogas, em todas as faixas etárias, que estejam em situação de extrema vulnerabilidade psicossocial e com vínculos familiares e/ou territorial fragilizados, que necessitam de espaço protetivo e favorável para o exercício das relações de trocas interpessoais e de convivência, bem como para construção e experiência de novos projetos de vida livre de drogas.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é elaborado pela equipe do Caps com a participação dos usuários e seus familiares, da Unidade de Acolhimento e outros atores pertinentes ao processo.

O acesso às Unidades de Acolhimento só deve ocorrer por meio dos Caps e, necessariamente o usuário deve estar sob os cuidados do Caps. É um serviço que deve estar inserido na comunidade para favorecer a interlocução com os recursos comunitários imprescindíveis para que as pessoas com problemas em decorrência do uso de drogas possam desenvolver outros projetos de vida, mediado pelos profissionais de referência do Caps e da Unidade de Acolhimento. A previsão é que as pessoas permaneçam nas UA por até seis meses, a depender do PTS. Portanto, aqueles pacientes que saem de uma internação para desintoxicação devem ingressar nos cuidados do Caps, que poderá, em conformidade com o PTS, referenciar para acolhimento provisório na Unidade de Acolhimento, em um *continuum* de tratamento buscando a estabilização e a consolidação conquistadas durante a internação.

As Unidades de Acolhimento são ofertadas em duas tipologias:

- Unidade de Acolhimento para adultos (UAA) acima de 18 anos de idade, de ambos os gêneros. Podem acolher até 15 pessoas.
- Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI) para crianças e adolescente. Podem acolher até dez pessoas.



- **Comunidades Terapêuticas:**

As Comunidades Terapêuticas são instituições privadas, sem fins lucrativos, integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) (Decreto Presidencial n.º 9.761/2019), com caráter intersetorial e interdisciplinar, que prestam serviços de acolhimento residencial, de caráter transitório, com adesão e permanência voluntárias de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Integram também a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do Sistema Único de Saúde de forma intersetorial (Portarias do Ministério da Saúde n.º 3.088/2011 e n.º 3.588/2017), atuando, ainda, de forma complementar no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Portaria da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério da Cidadania n.º 69/2019).

As Comunidades Terapêuticas realizam suas atividades em prol da plena recuperação de seus acolhidos.

O trabalho realizado pelas Comunidades Terapêuticas está fundamentado em sólido arcabouço legal e normativo. Há expressa previsão no art. 26-A, da Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, alterada pela Lei n.º 13.840, de 05 de junho de 2019, bem como:

- Resolução Anvisa n.º 29, de 30 de junho de 2011, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
- Resolução Conad n.º 01, de 19 de agosto de 2015 – Marco Regulatório – regulamenta as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou à dependência de substância psicoativa, caracterizadas como Comunidades Terapêuticas.
- Resolução Conad n.º 03, de 24 de julho de 2020, que regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.
- Decreto n.º 9.761, 11 de abril de 2019, que aprova a Política Nacional sobre Drogas.



- Lei Complementar n.º 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal.

Os acolhidos nas Comunidades Terapêuticas devem passar por avaliação de equipe multidisciplinar que inclui o atendimento individual e familiar, bem como avaliação do risco de complicações clínicas diretas e indiretas do uso de álcool e outras drogas, ou de outras condições de saúde do usuário que necessitem de cuidado especializado e intensivo, que não esteja disponível em um serviço de saúde de atenção residencial transitória. O Plano Individual de Atendimento (PIA) deve ser desenvolvido pela Comunidade Terapêutica com a participação do acolhido, e pode contar com a parceria dos serviços de saúde mental de referência, com a equipe da atenção primária em saúde e com os serviços socioassistenciais.

Essas entidades oferecem acolhimento, com garantia de direitos e o respeito à autonomia dos indivíduos na reconstrução de trajetórias de vida pelo desenvolvimento de projetos terapêuticos que visam à promoção e manutenção da abstinência e à plena recuperação da dependência química. O período de acolhimento é entendido como etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas. Ademais, o atendimento prestado nas Comunidades Terapêuticas tem como principal característica **a adesão e a permanência voluntárias**, manifestadas por escrito.

As Comunidades Terapêuticas integram as diferentes redes intersetoriais de cuidados às pessoas com dependência química e são importantes para o enfrentamento dos problemas em decorrência da dependência de substâncias psicoativas. Há unidades com contratualização municipal, estadual e federal, além daquelas financiadas por recursos próprios. Para que sejam consideradas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras em termos legais, devem seguir toda a normativa vigente supracitada, especialmente a Resolução Conad n.º 01/2015. As Comunidades Terapêuticas financiadas pelo governo federal, por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred) do Ministério da Cidadania, estão distribuídas em todo o território, como pode ser verificado no Mapa Virtual: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/app-sagi/geosagi/localizacao_equipamentos_tipo.php?tipo=comunidades_terapeuticas&rct=1.



É importante afirmar que o trabalho realizado pelas Comunidades Terapêuticas ocorre em colaboração com os demais equipamentos da rede de saúde, de assistência social e da rede de assistência às pessoas com dependência química, sendo uma oferta terapêutica e um importante componente dessas redes assistenciais, à disposição das pessoas com problemas decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas.

Importante: A CT deve observar o direito do residente ao contato frequente, com visitas regulares, dos familiares desde o primeiro dia de permanência no estabelecimento; estimular situações de convívio social entre os residentes por meio de atividades terapêuticas, de lazer, cultura, esporte, alimentação e outras; promoção de reunião e assembleias para que residentes e equipe técnica possam discutir juntos aspectos cotidianos de rotina e funcionamento; promoção de atividades individuais e coletivas sobre prevenção ao uso de drogas; estímulos aos residentes para participação ativa nas ações do PIA/PTS.

Quadro 6 – Componente Residencial de Acolhimento Transitório

Serviços do componente residencial
de Acolhimento Transitório

- Unidade de Acolhimento
- Comunidades Terapêuticas

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/SAPS/SAS).

2.6 Componente da Estratégias de Desinstitucionalização e Acolhimento às Pessoas com transtornos mentais em extrema vulnerabilidade e sem vínculo familiares

Integrado pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em suas duas tipologias e o Programa de Volta para Casa (PVC).

- **Serviços de Residência Terapêutica (SRT):**

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são moradias assistidas, de natureza permanente ou por períodos prolongados, registradas no Cnes dos Caps e sob a responsabilidade das equipes destes estabelecimentos de serviços comunitários/ambulatoriais. Devem acolher preferencialmente egressos de internações prolongadas, mas a partir da Portaria n.º 3.588/2017 passaram a ser autorizadas a acolher outras



peças com necessidade deste tipo de acolhimento, por exemplo, pacientes com transtornos mentais graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, reconhecendo a necessidade de grandes contingentes de pacientes com transtornos mentais graves nessas condições. Os candidatos ao acolhimento em SRT devem ser pessoas com transtornos mentais com acentuada vulnerabilidade, sem suporte social e econômico, e sem vínculos familiares ou com vínculos frágeis.

O SRT é caracterizado em duas tipologias, definidas pelas necessidades específicas de cuidado dos moradores:

- a) SRT tipo I – Acolhe até dez moradores com certa autonomia.
- b) SRT tipo II – Acolhe até dez moradores com acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes.

Importante: Dada a vocação de moradia dos SRTs destinados preferencialmente às pessoas egressas de longas internações, mas a existência de necessidades e demandas de outra natureza das pessoas com transtornos mentais, esse componente da Raps vem sendo discutido de forma interministerial para melhor adequação à realidade do País.

Recomendações para ingresso nos SRTs

Como orientação 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 (RIBEIRO, 2004).

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 esfíncteres, 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 esfíncteres, 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” (MIMOSSO *et al.*, 2010)



A utilização de instrumento padronizado e validado deve auxiliar na uniformização da comunicação e na avaliação objetiva, 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 7 – Escala MIF – Medida de Independência Funcional

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

Fonte: FRESCHI, 2011.



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 (FRESCHI, 2011).

Quadro 8 – Score para pontuação da MIF

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

Fonte: FRESCHI, 2011.



Pacientes forenses

Para orientar o acolhimento de casos de pacientes egressos do sistema de justiça criminal, que tenham sido submetidos ao tratamento compulsório judicial (Medida de Segurança), o Ministério da Saúde preparou uma nota técnica e um roteiro de avaliação de risco (Nota Técnica 67/2-21 CGMD/Dapes/Saps/MS), disponível para download em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211216_N_InstrumentoparaAvaliacaodoRiscosPsicossociaisdeViolencia-pacientesforenses-inclusaoemSRT_7107186306922612782.pdf

Importante: os pacientes moradores dos SRTs devem ser atendidos e acompanhados por profissionais dos Serviços comunitários da Raps (Caps, ambulatórios, APS).

- **Programa De Volta Para Casa**

O “**Programa de Volta Para Casa**” foi instituído pela Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, regulamentada pela Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o auxílio-reabilitação psicossocial, atualmente no valor atual de **R\$ 500,00** (quinhentos reais), destinado às pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (dois ou mais anos ininterruptos) em hospitais psiquiátricos ou de custódia, visando favorecer a ampliação da rede de relações destas pessoas e o seu bem-estar global, estimular o exercício pleno dos seus direitos civis, políticos e de cidadania, fora da unidade hospitalar.

Os valores do referido auxílio serão pagos diretamente aos beneficiários, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

É um importante programa da Política Nacional de Saúde Mental e é uma das estratégias para atender o disposto na Lei n.º 10.216/2001, *que dispõe em seu artigo 5º:*

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2001)



a) Adesão e habilitação do município no PVC

A inclusão dos municípios no programa dar-se-á mediante homologação da habilitação dos que solicitarem adesão ao Programa, pelo Ministério da Saúde, em portaria específica, a partir de análise que irá considerar condições de implantação do programa e critérios de prioridade, definidos nos arts. 3º e 4º da Portaria GM n.º 2.077, regulamentada pela Portaria n.º 5 arts. 50 e 51, respectivamente, a serem analisados.

O Termo de Adesão, observadas as formalidades legais e de direito e resolvidas as obrigações de parte a parte, poderá ser rescindido por iniciativa do Ministério da Saúde, na qualidade de representante da União na gestão do Programa “De Volta para Casa”, em face de infração por parte do município de quaisquer normas de organização, funcionamento, acompanhamento e avaliação do programa.

b) Referência técnica do PVC no município

O município, no ato de solicitar adesão e habilitação junto ao PVC, deverá designar um profissional de referência para acompanhar o programa e seus beneficiários no que diz respeito à garantia da atenção continuada em saúde mental na rede de saúde local ou regional. Indica-se, em média, um profissional de referência para cada 15 beneficiários acompanhados.

c) Monitoramento do PVC

A equipe de saúde e o técnico de referência do PVC devem acompanhar os beneficiários por meio de emissão de relatórios trimestrais para monitoramento local da implantação do programa, seu desempenho e alcance de objetivos.

d) Inclusão de novo (A) beneficiário (A) no PVC

Novas inclusões devem ser enviadas exclusivamente por meio do formulário eletrônico do link:

<https://forms.gle/PaaaoaQTT4KFJYbu7>



A inclusão de novos beneficiários deve ser solicitada pelo próprio beneficiário ou seu representante legal, quando curatelado e encaminhado os seguintes documentos:

- I- Ficha de Cadastramento.
- II- Ficha de Cadastro Complementar com Cnes do estabelecimento de referência.
- III- Estabelecimento de Atenção à Saúde (EAS) assinada pela Referência Técnica do PVC em seu município.
- IV- RG ou Certidão de Nascimento (Cópia simples).
- V- CPF (Cópia simples).
- VI- Comprovante de período de internação (Documento que ateste internação em Hospital Psiquiátrico ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) por no mínimo dois anos ininterruptos, contendo as datas de início de internação e de alta hospitalar.
- VII- Declaração de Alta Hospitalar com assinatura e identificação do profissional por meio de CRM legível; ou Declaração da(o) secretária(o) de Saúde estadual ou municipal.
- VIII- Comprovante de residência (contendo endereço idêntico àquele da Ficha de Cadastro).
- IX- Cópia simples de correspondência comercial preferencialmente no nome da pessoa que pleiteia o benefício; ou Declaração da Secretaria Municipal de Saúde, em papel timbrado, datada e assinada pelo gestor (prefeito e/ou secretário de Saúde), no caso de morador de Serviço Residencial Terapêutico (SRT).
- X- Comprovante da conta bancária (cópia simples do cartão ou extrato bancário no nome da pessoa que pleiteia o benefício).
- XI- Solicitação de auxílio-benefício pelo próprio beneficiário – (Quando não tem representante legal/curador. Assinado também pela pessoa que pleiteia o benefício) (Anexo II preenchido).



e) No caso de usuário com representação legal (curador):

- I- RG (do representante legal/curador).
- II- CPF (do representante legal/curador).
- III- ANEXO III – Solicitação de auxílio-benefício pelo representante legal (curador) assinado pelo beneficiário e pelo representante.
- IV- Termo de compromisso do representante legal (curador) preenchido e assinado (Anexo VI preenchido).

f) No caso de usuário de HCTP:

- I- Resumo de alta (Assinado pelo médico e/ou diretor na Instituição).
- II- Guia/Alvará de soltura.

g) Suspensão do “auxílio de reabilitação psicossocial”

Pedidos de suspensão ou cancelamento devem ser enviados exclusivamente por meio do formulário eletrônico do link:

<https://forms.gle/i9U3kEZJeHi51phc9>

- I- A qualquer momento, por solicitação do beneficiário ou seu representante legal (PRT de origem MS/GM n.º 2.077/2003).
- II- Quando ocorrer reinternação do beneficiário em hospital psiquiátrico, por período igual ou superior a 30 dias ao ano (PRT de origem MS/GM n.º 2.077/2003, art. 9º, § 2º).
- III- Quando o beneficiário, de acordo com relatório trimestral de avaliação individual, realizado pela coordenação local, não reunir condições de permanecer inserido no Programa, conforme inciso II, do artigo 4º, da supracitada Lei (PRT de origem MS/GM n.º 2.077/2003, art. 9º, § 3º).



- IV-** Quando a coordenação local do Programa identificar que o representante legal não cumpre com as exigências contidas no termo de compromisso, enquanto não seja definido um novo representante legal (PRT de origem MS/GM n.º 2.077/2003, art. 9º, § 4º).
- V-** Quando o gestor local descumprir com os compromissos firmados no Termo de Adesão municipal ao Programa (PRT de origem MS/GM n.º 2.077/2003, art. 9º, § 5º).
- VI-** Quando o paradeiro do beneficiário for desconhecido por mais de 40 (PRT de origem MS/GM n.º 2.077/2003, art. 9º, § 6º).

Em caso de suspensão em função dos itens II e III, é facultado recurso, pelo beneficiário ou seu representante legal, à Secretaria Estadual de Saúde e, em última instância, ao Ministério da Saúde. É também facultado recurso do município ao Ministério da Saúde no caso do item.

Importante: cabe à Secretaria Municipal de Saúde a notificação imediata à Secretaria de Estado da Saúde (CAP-SES), dos casos de reinternação dos beneficiários em hospital psiquiátrico ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Fonte: Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017 (PRT de origem MS/GM n.º 2.077/2030).

Quadro 9 – Componente das Estratégias de Desinstitucionalização e Acolhimento às Pessoas com transtornos mentais em extrema vulnerabilidade e sem vínculo familiar

Serviços de moradia e “auxílio reabilitação psicossocial”	<ul style="list-style-type: none">• SRT Tipo I• SRT Tipo II• PVC
---	--

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS).

2.7 Componente das Ações de Reabilitação Psicossocial

O componente de reabilitação é integrado pelas iniciativas de geração de trabalho e renda para usuários da Raps e seus familiares e pelo “Programa de Volta para Casa” (PVC).



Iniciativa de geração de trabalho e renda:

Trata-se de um conjunto de ações para o fortalecimento, a inclusão e o exercício de direitos de cidadania de pacientes e seus familiares mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho, habitação, educação, cultura, segurança e direitos humanos. Constitui-se em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, conforme estabelecido pela Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, Título VIII, Capítulo III, Seção XI (PRT origem n.º 132/2012).

O incentivo financeiro disponibilizado pelo Ministério da Saúde é destinado aos entes federados que obedeçam aos seguintes critérios: I – estar inserido na Rede de Atenção Psicossocial (Rasp); II – estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (Cist) do Ministério da Saúde; e III – ter estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos.

O incentivo financeiro será repassado para os entes federados que apresentarem projeto de reabilitação psicossocial constituído por iniciativa(s) de geração de trabalho e renda, empreendimento(s) solidário(s) e cooperativa(s) social(s) e plano de aplicação de recursos detalhado.

Terão prioridade para recebimento do incentivo financeiro os entes que, I – tenham implantado Serviços Residenciais Terapêuticos; II – tenham aderido ao Programa De Volta pra Casa; III – possuam usuários em internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia.

Por meio de um conjunto de ações, a reabilitação psicossocial busca o fortalecimento, a inclusão e o exercício de direitos de cidadania de pacientes e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho, habitação, educação, cultura, segurança e direitos humanos.

Importante: o financiamento dos projetos de reabilitação e geração de renda dar-se-á mediante seleção de projetos apresentados em conformidade com editais e a depender da disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde em conformidade com a PC n.º 6, de 28/2021 (PRT de origem n.º 132/2012).



3 FLUXO RECOMENDADO

A porta de entrada para o cuidado na Raps, conforme normativas, são os estabelecimentos e os serviços da Atenção Primária em Saúde, da Urgência e Emergência e os Centros de Atenção Psicossocial, onde as pessoas são acolhidas, sejam elas referenciadas ou por demanda espontânea.

O estabelecimento de fluxos territoriais da Raps é imprescindível e deve ser construído com a participação de todos os envolvidos, ou seja, representantes da atenção básica, atenção hospitalar, especializada e Rede de Urgência e Emergência (RUE). Deve ser pactuado com a RAS local e publicizado para toda sociedade, bem como monitorado e constantemente avaliado em sua eficácia.

O fluxo é um instrumento de assistência e de gestão, que uma vez bem definido e pactuado, contribui para resolubilidade da rede, valorização dos trabalhadores da saúde, redução de custos e satisfação dos usuários e da sociedade como um todo.

A porta de entrada do sistema é preferencialmente os serviços da atenção primária, mas também são portas de entrada do sistema, os serviços de urgência e emergência e, no caso da Raps, também os Caps.

Em que pese o sistema contar com três portas de entrada para a Raps, todos os componentes da rede devem estar ancorados na atenção primária.

Nas situações de acesso ao SUS via APS, as pessoas com transtornos mentais deverão ser acolhidas e acompanhadas, com ou sem apoio matricial. De acordo com o quadro clínico apresentado, a gravidade e a complexidade, os serviços especializados devem ser acionados ou os da urgência e emergência, que definirão a necessidade ou não em recorrer à atenção hospitalar.

Em situações que a porta de entrada ocorrer nos Caps, as pessoas devem ser acolhidas e diante de quadros mais leves, referenciadas, de forma responsável, para a atenção primária ou para os equipes especializadas em saúde mental; diante de quadros que necessitem de atendimento mais próximo e intensivo, o caso deverá ser discutido imediatamente com a equipe local para definição do acolhimento em “*observação*” ou “*permanência dia*” e após, seguir fluxo da organização, do cotidiano interno do Caps, até estabilidade do quadro e articulação territorial para retorno à atenção primária e comunidade. Entretanto, em casos



clínicos agudos, que apresentarem risco para o usuário ou terceiros, não respondendo de forma segura à tecnologia de cuidado adotada pelo Caps, deverão ser referenciadas de forma responsável, para a atenção hospitalar em saúde mental. Ou, ainda, diante de comorbidades clínicas agudas, acionar imediatamente os serviços da RUE.

Importante: o acesso aos leitos deve ser regulado a partir de critérios clínicos e as internações devem ser de curta duração (inferior a 90 dias). O ambiente hospitalar deve ser pensado respeitando a especificidade do cuidado em saúde mental, seguindo os padrões da arquitetura hospitalar moderna e as normativas sanitárias. O maior balizador para indicação da internação deve ser a gravidade do quadro, o interesse no bem-estar do paciente e a preservação da vida. Importante ainda que os leitos estejam integrados aos demais serviços da Raps, não se tornando um ponto isolado na rede. É recomendado a implantação do ponto de telessaúde para favorecer a corresponsabilização pelos casos e a continuidade do cuidado (altas implicadas, em colaboração com os estabelecimentos e serviços, que irão dar o seguimento pós-alta: APS, Caps ou Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (Ament)).

Em situações de crise nas quais o acesso à rede ocorra nos estabelecimentos e serviços da RUE, as pessoas devem ser atendidas em conformidade com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS e, conforme o quadro clínico apresentado, serem referenciadas para a atenção hospitalar, ou retornar para a atenção primária ou secundária.

A definição de protocolos ou diretrizes clínicas podem favorecer o cuidado resolutivo e os encaminhamentos mais assertivos. É muito favorável que sejam elaborados e adotados em todos os níveis de atenção.

A rede local ou regional deve contar com fluxo desenhado para atendimento de urgências e emergências e leitos hospitalares de retaguarda (em hospital geral ou hospital especializado). Para contribuir com esses fluxos, o Ministério tem desenvolvido linhas de cuidados, de forma a orientar e ordenar os fluxos locais, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental.



As linhas de cuidado já publicadas estão disponíveis em:

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/todas-linhas>

Atualmente estão publicadas:

- *LC de autismo*
- *LC tabagismo*
- *LC de depressão*
- *LC de Álcool e Drogas*
- *LC de Ansiedade*



4 PRODUÇÃO DO CUIDADO NO ÂMBITO DA RAPS

Os cuidados em saúde mental devem ser pautados na Lei n.º 10.216, 6 de abril de 2001, nas melhores práticas clínicas e técnicas, e ancoradas nas evidências produzidas pelas ciências em saúde e pelas diretrizes das políticas públicas de saúde. Todas as relações produzidas nos processos de trabalho dos profissionais de saúde e na relação deles com os cidadãos usuários do SUS devem observar os direitos constitucionais dos que procuram os diferentes pontos de cuidado da Rede.

O que se busca é consolidar um modelo de atenção à saúde mental diversificado, integrado, aberto e de base comunitária, cujas ações são organizadas em redes de cuidados territoriais e com atuação transversal com outras políticas específicas para o estabelecimento do vínculo e do acolhimento nos diversos espaços do território, como a própria UBS, a casa das pessoas, os espaços comunitários e as escolas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do SUS, ofertando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de agravos e a manutenção da saúde. A APS tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, incluindo os relacionados aos problemas em saúde mental. Vale ressaltar que, segundo dados comparativos apresentados por Kesses e Üstün, os problemas correlacionados à saúde mental configuram-se como importante fator de adoecimento das pessoas, em especial no Brasil, que apresenta uma das maiores taxas de prevalência de ansiedade e de depressão do mundo. O estudo *São Paulo Megacity* mostrou que, nos últimos 12 meses avaliados, em torno de 19,9% da população apresentou algum transtorno ansioso e 11% transtornos depressivos (ANDRADE *et al.*, 2012). Soma-se a esse cenário a taxa de 6% de pessoas que fazem uso prejudicial de alguma substância psicoativa.

Espera-se que este nível de atenção seja resolutivo em todas as comorbididades, principalmente nas que apresentam potencial para cronificação como os transtornos mentais e os problemas em decorrência do uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, que podem impactar o capital pessoal, familiar, social e econômico das pessoas, seus familiares e da sociedade como um todo. Tecnologias como teleconsultas e teleconsultoria, cujo uso foi ampliado durante a pandemia de covid-19, devem auxiliar a aumentar a resolutividade da APS e da Raps.



Cuidar da saúde mental da população brasileira constitui um grande desafio para os trabalhadores da atenção básica e da especializada que devem se valer das melhores práticas e estratégias, de forma a alcançar o maior número de pessoas, com a melhor relação de custo-efetividade. Para além de promover saúde, devem adotar práticas intra e intersetoriais que produzam valorização das pessoas e das interrelações, autonomia e protagonismo das pessoas e da coesão social. A APS deve ser capaz de identificar precocemente as pessoas que apresentam quadros compatíveis com problemas do campo da saúde mental, acompanhar aqueles de menor complexidade e prevalentes, bem como referenciar os de maior complexidade para os estabelecimentos e os serviços do nível secundário de forma assertiva e responsável. Importante também ampliar e assegurar acesso das pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de drogas em situação de rua, incluindo a utilização de busca ativa com equipes como dos Consultórios na Rua (CR), por ser um serviço estratégico para abordagem desse público.

Para fortalecer e apoiar os trabalhadores de saúde do nível da atenção primária e ainda favorecer o cuidado no campo da saúde mental, deve-se estabelecer uma aproximação com as equipes dos estabelecimentos e serviços da atenção especializada em saúde mental (Caps e Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental), lançando mão de estratégias como o matriciamento, entendendo como matriciamento aqui, a discussão de casos individuais e coletivos in loco, os atendimentos, as visitas domiciliares compartilhadas e a interconsulta. É indispensável ainda, que as equipes participem dos processos de educação continuada que devem ser ofertados frequentemente, dada a rotatividade dos trabalhadores nesse nível de atenção e o avanço das tecnologias de cuidado.

Importante: a busca pela inovação e pela utilização dos diversos referenciais teóricos no processo da clínica e da atenção psicossocial é fundamental para assegurar a integralidade e a longitudinalidade da atenção aos usuários do SUS, bem como a adoção de tecnologias diversas para execução dos processos como o matriciamento, presencial ou on-line; reuniões on-line, teleconsulta, telemedicina, entre outras.

Quando extrapolada a competência da atenção primária para o cuidado às pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e drogas, mesmo com utilização dos diversos recursos de interlocução com os estabelecimentos e os serviços especializados, o cuidado deve ser referenciado para o nível de atenção secundária. Neste ponto da linha de cuidado, as Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental são estratégicas, pois podem



ofertar escuta e condutas específicas capazes de alterar situações clínicas que apresentam maior dificuldade de manejo. Entretanto, é importante que os encaminhamentos da atenção básica para o nível da atenção secundária só ocorram após o processo de matriciamento ou de uma interlocução próxima com as equipes, visando otimizar os serviços de atenção especializada e evitar seu esgotamento. Essa lógica favorece o papel de equipes de ligação, buscando a garantia de disponibilidade destes profissionais para casos mais graves, sempre na perspectiva de buscar estabilidade e efetuar o encaminhamento de volta à APS quando possível. Importante ainda destacar que, independentemente do ponto de cuidado em que a pessoa esteja, a atenção primária continuará responsável pela saúde dessa pessoa na perspectiva da longitudinalidade e da responsabilidade territorial, compondo o cuidado por meio do PTS, considerando a relação com os familiares e participação na comunidade.

Importante: as equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental são importantes e as estratégicas frente às altas taxas de transtornos de ansiedade, depressão e uso de drogas e imprescindíveis no contexto da revogação de normativas para implementação de novos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Para preservar a capacidade de atendimento das Equipes Especializadas em Saúde Mental é recomendado que as portas de entrada desses serviços estejam vinculadas ao matriciamento da atenção primária, seja ele presencial ou on-line, e da interlocução com os Caps, sejam eles municipais ou regionais.

Em situações em que a “crise” se apresenta, afetando inclusive as relações familiares e por vezes comunitárias, é indicado o encaminhamento para atendimento em unidade de saúde qualificadas para o atendimento de crises, que pode ser um Caps habilitado para tal, um Pronto-Socorro Psiquiátrico ou unidade da RUE de referência na região. Os Caps têm a característica de estabelecimento com “porta aberta” e acolhimento durante o horário integral de seu funcionamento sem necessidade de agendamento, sendo assim, pode ser qualificado para atendimento a crises, especialmente os Caps IV. Importante que cada território tenha definidos e publicizados os pontos de entrada preferenciais para sua população, de forma a facilitar a abordagem destas situações tão angustiantes para pacientes e familiares.

Os Caps podem ser acionados pela Atenção Primária em Saúde, pelas Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde mental, por outros estabelecimentos e serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), da atenção hospitalar, serviços intersetoriais, controle social, e devem acolher também a demanda espontânea. São estabelecimentos estratégicos no âmbito da Raps, especialmente para os quadros mais graves e debilitantes,



com tendência à cronicidade. Por esta característica abrigam em seu cadastro e têm sob responsabilidade técnica os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e as Unidades de Acolhimento (UA).

Importante: no caso dos territórios com UA infantojuvenil é recomendável a instituição de uma comissão intersetorial com a presença de representante da saúde mental, educação, assistência social, conselho tutelar, conselho da criança e do adolescente, Ministério Público da Infância e Adolescência e outros atores que a gestão do SUS local entender como pertinente, visando discutir sobre o funcionamento do serviço no território, resolver nós críticos oriundos das relações mediadas na casa e no território, bem como estabelecer a responsabilidade compartilhada.

Os Caps III 24 horas, em sua maioria, dada a “não obrigatoriedade” da “porta aberta” no período noturno, não realiza novos acolhimentos neste período, requerendo com isso, arranjos territoriais junto aos demais estabelecimentos e serviços da Raps para garantir cobertura noturna aos novos casos que necessitem de atenção imediata. É um serviço de elevado custo para o gestor local (em geral, municipal), que possui número reduzido de vagas e que não dispõe de plantão médico 24 horas. Aos poucos, deve ser substituído pelos Caps IV e por reforço nas portas de urgência e emergência especializadas e com leitos de retaguarda (PS).

Destaca-se aqui, que o Caps AD IV (24 horas), instituído pela Portaria n.º 3.588/2017, que mantém portas abertas 24 horas, com atendimento às urgências e emergências em tempo integral. Entretanto, por ora, são estabelecimentos destinados apenas ao atendimento aos usuários de drogas e podem ser implantados nas capitais e nos municípios acima de 500 mil habitantes. Dada a urgência sanitária e a necessidade de ampliar o acesso da população ao atendimento de crises, especialmente no contexto da pandemia de covid 19, o Ministério vem flexibilizando o recorte populacional dos Caps AD IV com base em indicadores epidemiológicos e na capacidade técnica de implementação dos gestores interessados.

Embora seja instituído por normativas que a RUE deva atender às “crises” em saúde mental nos territórios, especialmente as UPAs e o Samu, entretanto, observa-se que há certos desafios relacionados à estrutura, ao financiamento e à disponibilidade de trabalhadores qualificados para que esta rede execute com segurança e eficácia esta referência nos territórios.



Importante: a indisponibilidade da “porta aberta” nos períodos noturnos, na maioria dos Caps, bem como as dificuldades estruturais de parte destes estabelecimentos e ainda, o fato da RUE estar em processo de consolidação para que seus estabelecimentos e serviços possam desempenhar de fato a função de referência para atendimento às crises em SM nos territórios, trás desafios territoriais que provocam discussões técnicas e a busca da construção de novos arranjos visando garantir a oferta desse cuidado durante 24 horas por dia, 7 dias da semana.

Os Centros de Atenção Psicossocial e as Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental devem ser capazes de acompanhar os casos clínicos psicossociais de forma sistematizada, resolutiva, ética e responsável, em parceria com a APS, acionando a RUE quando necessário, a fim de evitar a necessidade de acesso à atenção hospitalar desnecessariamente. Os serviços devem seguir os protocolos clínicos e as linhas de cuidado publicadas e atualizadas pelo Ministério da Saúde.

Entretanto, é indispensável a retaguarda hospitalar para a Raps, que deve ser acessada em situações de gravidade clínica e psicossocial garantindo a integralidade e a especificidade do cuidado, seja em enfermarias especializadas em saúde mental nos hospitais gerais ou nos hospitais especializados de psiquiatria.

Importante: as abordagens e as condutas no âmbito da Raps devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente, e nos preceitos da saúde pública e coletiva.

Grande parte das regiões de saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal possuem uma rede de assistência em saúde mental, podendo ser localizado um serviço de saúde mais próximo do seu endereço. Importante destacar que o acesso preferencial é por meio da APS, que, ao ultrapassar sua capacidade de resolução, deve encaminhar o paciente de forma detalhada e responsável ao **Caps** ou **Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental** de referência. No mapa informado no link a seguir poderá buscar a unidade mais próxima na sua região <https://aps.saude.gov.br/noticia/10659>.



5 EQUIPE MÍNIMA PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DA RAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) habilitados terão funcionamento mínimo de oito horas diárias, de segunda a sexta-feira, podendo ser estendido para terceiro turno até as 21 horas, a critério do gestor local. Aqueles que necessitam de leito de acolhimento noturno deverão funcionar 24 horas, podendo manter a porta aberta para novos acolhimento apenas no período diurno, conforme as normativas de funcionamento.

5.1 Equipe mínima para funcionamento dos Caps (por turno)

O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), inclusive da equipe mínima exigida para funcionamento, são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, por meio de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos, junto ao gestor local.

a) **Caps I:**

Equipe mínima para funcionamento por turno:

- 1 ou mais médico(a) psiquiatra ou clínico com formação em saúde mental, totalizando carga horária de 40 horas/semanais.
- 1 ou mais enfermeiro(a), totalizando carga horária de 40 horas/semanais.
- 3 ou mais profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário ao projeto técnico institucional) totalizando 120 horas/semanais.
- 4 ou mais profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem; administrativo, técnico educacional e artesão) totalizando 160 horas/semanais.



b) Caps II:

Equipe mínima para funcionamento por turno:

- 1 ou mais médico(a) psiquiatra totalizando 40 horas/semanais.
- 1 ou mais enfermeiro(a) totalizando 40 horas/semanais.
- 4 ou mais profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário para o projeto técnico institucional), totalizando carga horária de 160 horas/semanais.
- 6 ou mais profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem; administrativo, técnico educacional e artesão) totalizando carga horária de 240 horas/semanais.

c) Caps III

Equipe mínima para funcionamento por turno:

- Diurno:

- 2 ou mais médicos psiquiatras totalizando carga horária de 80 horas/semanais.
- 1 ou mais enfermeiro(a) com formação em saúde mental totalizando carga horária de 40 horas/semanais.
- 5 ou mais profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário para o projeto técnico institucional), totalizando carga horária de 200 horas/semanais.
- 8 ou mais profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem; administrativo, técnico educacional e artesão) totalizando carga horária de 320 horas/semanais.



- Noturno (12 horas)

- 3 ou mais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, totalizando carga horária de 252 horas/semanais.
- 1 ou mais profissional de nível médio da área de apoio, totalizando carga horária de 84 horas/semanais.

- Finais de semana e feriados (12 horas)

- 1 ou mais profissionais de nível superior (entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo ou outro profissional de nível superior que justificado pelo projeto técnico institucional), totalizando carga horária de 24 horas/semanais.
- 3 ou mais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, totalizando carga horária de 72 horas/semanais.
- 1 ou mais profissional de nível médio de apoio totalizando carga horária de 24 horas/semanais.

d) Caps i:

- 1 ou mais médicos (entre categoria psiquiatria, neurologia ou pediatria com formação em saúde mental) totalizando carga horária de 40 horas/semanais.
- 1 ou mais enfermeiros totalizando carga horária de 40 horas/semanais.
- 4 ou mais profissionais de nível superior (entre psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário ao projeto técnico institucional) totalizando carga horária de 160 horas/semanais.
- 5 ou mais profissionais de nível médio (entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, administrativo, técnico educacional e artesão) totalizando carga horária de 200 horas/semanais.

e) Caps AD:

- 1 ou mais médico psiquiatra totalizando carga horária de 40 horas/semanais.
- 1 ou mais enfermeiros totalizando carga horária de 40 horas/semanais.



- 1 ou mais médico clínico geral totalizando carga horária de 40 horas/semanais.
- 4 ou mais profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário para o projeto técnico institucional), totalizando carga horária de 160 horas/semanais.
- 6 ou mais profissionais de nível médio (entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, administrativo, técnico educacional e artesão) totalizando carga horária de 240 horas/semanais.

f) **Caps AD III**

– Diurno (por turno):

- 60 horas de profissionais médicos, entre psiquiatras e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo no mínimo um psiquiatra. Deverá ser garantida a presença mínima de um médico no período diurno de segunda a sexta-feira.
- 1 ou mais enfermeiro com experiência e/ou formação em saúde mental totalizando carga horária de 40 horas/semanais.
- 5 ou mais profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário para o projeto técnico institucional) totalizando carga horária de 200 horas/semanais.
- 4 ou mais técnicos de enfermagem totalizando carga horária de 160 horas/semanais.
- 4 ou mais profissionais de nível médio, totalizando carga horária de 160 horas/semanais.
- 1 ou mais profissional de nível médio administrativo, totalizando carga horária de 40 horas/semanais.

– Noturno (12 horas):

- 1 profissional de nível superior, preferencialmente enfermeiro, totalizando carga horária de 84 horas/semanais.
- 2 ou mais técnicos de enfermagem sob supervisão do enfermeiro do serviço, totalizando 168 horas/semanais.



- 1 ou mais profissional de nível médio administrativo, totalizando carga horária de 84 horas/semanais.

– Fins de semana e feriados (diurno):

- 2 profissionais de nível superior, sendo que um deles deverá ser necessariamente enfermeiro, totalizando carga horária de 24 horas/semanais.
- 3 ou mais técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do Serviço, totalizando carga horária de 72 horas/semanais.
- 1 ou mais profissional de nível médio administrativo, totalizando carga horária de 24 horas semanais.

g) Caps AD IV

– Diurno

- 1 ou mais médico clínico geral, totalizando 40 horas/semanais (diarista).
- 1 ou mais médico psiquiatra totalizando 40 horas/semanais (diarista).
- 1 médico psiquiatra plantonista (12 horas).
- 2 enfermeiros com experiência ou formação em saúde mental plantonistas (12 horas).
- 6 ou mais profissionais de nível superior (entre psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico), totalizando carga horária de 240 horas/semanais (diaristas).
- 6 técnicos de enfermagem plantonistas (12 horas).
- 4 profissionais de nível médio, totalizando carga horária de 160 horas/semanais.

– Noturno

- 1 médico psiquiatra plantonista (12 horas).
- 1 enfermeiro com experiência e/ou formação em saúde mental plantonista (12 horas).
- 5 técnicos de enfermagem plantonistas (12 horas).



5.2 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo I, II e III (código único – 75 eMAESM)

a) Equipe Tipo I

- 1 médico psiquiatra ou com experiência em psiquiatria, com carga horária totalizando 10 horas/semanais.
- 1 ou mais psicólogos, totalizando carga horária de 30 horas/semanais.
- 1 ou mais AS, totalizando carga horária de 30 horas/semanais.

b) Equipe Tipo II

- 1 médico especialista em psiquiatria, totalizando carga horária de 20 horas/semanais.
- 2 ou mais psicólogos, totalizando carga horária de 60 horas/semanais.
- 1 ou mais AS, totalizando carga horária de 30 horas/semanais.
- 1 ou mais profissionais de nível superior, totalizando carga horária de 30 horas/semanais.

c) Equipe Tipo III

- 1 ou mais médicos psiquiatras, totalizando carga horária de 30 horas/semanais.
- 2 ou mais psicólogos, totalizando carga horária de 60 horas/semanais.
- 1 ou mais assistentes sociais, totalizando carga horária de 30 horas/semanais.

5.3 Equipe mínima para leitos em saúde mental (código 87)

a) Serviço de 8 a 10 leitos:

- 2 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno.
- 2 profissionais de nível superior, totalizando carga horária mínima de 40 horas/semanais.



- 1 médico psiquiatra responsável pelos leitos, totalizando carga horária mínima de 10 horas/semanais.

b) Serviço de 11 a 20 leitos

- 4 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno.
- 1 enfermeiro por turno.
- 2 profissionais de nível superior, totalizando carga horária mínima de 60 horas semanais.
- 1 médico psiquiatra responsável pelos leitos, com carga horária mínima de 20 horas/semanais.

c) Serviço de 21 a 30 leitos

- 1 enfermeiro por turno.
- 2 ou mais profissionais de nível superior, totalizando carga horária mínima de 90 horas/semanais.
- 1 ou mais médico psiquiatra responsáveis pelos leitos, totalizando carga horária de 30 horas/semanais.

5.4 Horário de funcionamento dos serviços da Raps

- a) **Caps I:** 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. (Origem: PRT MS/GM n.º 336/2002, art. 4º, § 1º, VI).
- b) **Caps II:** 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h. (Origem: PRT MS/GM n.º 336/2002, art. 4º, § 4º, VI).
- c) **Caps III:** 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h e o acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação (Origem: PRT MS/GM n.º 336/2002, art. 4º, § 8º, VII).



- d) **Caps i:** 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21h (Origem: PRT MS/GM n.º 336/2002, art. 4º, § 12, VII).
- e) **Caps AD:** 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h (Origem: PRT MS/GM n.º 336/2002, art. 4º, § 15, VII).
- f) **Caps AD IV:** funcionará de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e a responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria (Redação dada pela PRT GM/MS n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017).



6 ARCABOUÇO NORMATIVO, QUE DISPÕE SOBRE O RECORTE POPULACIONAL DE REFERÊNCIA, IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS DA RAPS

6.1 Serviços do componente da atenção básica

a) Equipes de Consultórios na Rua (eCR) – Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de – Anexo I do Anexo XXII (Portaria de origem n.º 122/2011).

6.2 Estabelecimentos do componente da atenção especializada

a) Centros de Atenção Psicossocial (Caps I, II, III, Caps i e Caps AD) – Portaria de Consolidação n.º 3, de 28/2017, Anexo V, Título II, Capítulo I, arts. 20 a 26 (Portaria de Origem n.º 336/2002).

b) Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas 24 horas (Caps AD III) – Portaria de Consolidação n.º 3, de 28/2017, Anexo V, Título II, Capítulo II, Seção I, II, III, Subseção I, II e III (Portaria de Origem n.º 130/2012).

c) Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas para capitais e cidades acima de 500 mil habitantes – Portaria n.º 3.588/2017.

d) Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental (tipo I, tipo II, tipo III) – Portaria n.º 3.588/2017.

6.3 Serviços do componente da atenção hospitalar

a) Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral (Leitos de Saúde Mental – código 87) – Portaria de Consolidação n.º 3, de 28/2017, Anexo V, Título III, Capítulo I, Seção I, II, III, Capítulo II e III (Portarias de origem n.º 148/2012 e n.º 3.588/2017).

b) Leitos em hospital dia (código 73) – Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Capítulo V, das Disposições Finais, Anexo I do Anexo XXIV, arts. 1º e 10; Portaria n.º 3.588/2017.

c) Leitos psiquiátricos (código 47) em hospitais especializados em psiquiatria – Portaria n.º 3.588/2017.



6.4 Serviços do componente de atenção residencial de acolhimento transitório

- a)** Unidade de Acolhimento infantojuvenil (UA i) e Unidade de Acolhimento para adultos (UAA) – Portaria de Consolidação n.º 3, de 28/2017, Anexo V, Título II, Seção IV (Portaria de Origem n.º 121/2012).
- b)** Comunidades Terapêuticas (CT) – Portaria de Consolidação n.º 6 de 28/2017, Anexo XCI, Seção X, Capítulo III, Título III (Portaria de Origem n.º 131/2012).

6.5 Estratégias de desinstitucionalização

- a)** Serviços Residenciais Terapêuticas tipo I e II (SRT I, SRT II) – Portaria de Consolidação n.º 3, de 28/2017, Anexo V, Título V e Anexo 4, 5, 6, 7, 8 e 9 do Anexo V (Portaria de Origem n.º 3.090/2011) e alterada pela Portaria n.º 3.588/2017.

6.6 Estratégias de reabilitação

- a)** Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais – Portaria de Consolidação n.º 6, de 28, de setembro de 2017, Título VIII, Capítulo III, Seção XI.



7 ARCABOUÇO NORMATIVO SOBRE INCENTIVO FINANCEIRO DE PARCELA ÚNICA E DE CUSTEIO/MENSAL DOS ESTABELECIMENTOS, DOS SERVIÇOS E DAS AÇÕES DA RAPS

7.1 Serviços do componente da atenção básica

a) Equipe Consultório na Rua (eCR) modalidade I

- Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) – Portaria de Origem MS/GM n.º 122/2012, art. 8º I).

b) Equipe Consultório na Rua (eCR) modalidade II

- Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – R\$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) – Portaria de Origem MS/GM n.º 122/2012, art. 8º II).

c) Equipe Consultório na Rua (eCR) modalidade III

- Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) – Portaria de Origem MS/GM n.º 122/2012, art. 8º III).

7.2 Serviços do componente da atenção especializada

a) Caps I

- Incentivo financeiro/**parcela única para implantação do estabelecimento** – R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção II, Artigo n.º 997, de 28/9/2017 (Portaria de Origem GM/MS n.º 245, de 17, de fevereiro de 2005).
- Incentivo financeiro **custeio/mensal** – R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção III, Artigo n.º 999, de 28/9/2017 (Portaria de Origem GM/MS n.º 3.089, de 23, de dezembro de 2011).

b) Caps II

- Incentivo financeiro/**parcela única para implantação do estabelecimento** – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção II, Artigo n.º 997, de 28/09/2017 (Portaria de Origem GM/MS n.º 245, de 17, de fevereiro de 2005).



- Incentivo financeiro **custeio/mensal** – R\$ 33.086,25 (trinta e três mil e oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção III, Artigo n.º 999, de 28/9/2017 (Portaria de Origem GM/MS n.º 3.089, de 23, de dezembro de 2011).
- c) **Caps III**
 - Incentivo financeiro/**parcela única para implantação do estabelecimento** – R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção II, Artigo n.º 997, de 28/9/2017 (Portaria de Origem GM/MS n.º 245, de 17, de fevereiro de 2005).
 - Incentivo financeiro **custeio/mensal** – R\$ 84.134,00 (oitenta e quatro mil e cento e trinta e quatro reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção III, Artigo n.º 999, de 28/9/2017 (Portaria de Origem GM/MS n.º 3.089, de 23, de dezembro de 2011).
- d) **Caps i**
 - Incentivo financeiro/**parcela única para implantação do estabelecimento** – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção II, Artigo n.º 997, de 28/09/2017 (Portaria de origem GM/MS n.º 245, de 17, de fevereiro de 2005).
 - Incentivo financeiro **custeio/mensal** – R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil cento e trinta reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção III, Artigo n.º 999, de 28/9/2017 (Portaria de origem GM/MS n.º 3.089, de 23, de dezembro de 2011).
- e) **Caps AD**
 - Incentivo financeiro/**parcela única para implantação do estabelecimento** – R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção II, Artigo n.º 997, de 28/9/2017 (Portaria de origem GM/MS n.º 245, de 17, de fevereiro de 2005).
 - Incentivo financeiro **de custeio/mensal** – R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil setecentos e oitenta reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção III, Artigo n.º 999, de 28/9/2017 – Portaria de origem GM/MS n.º 3.089, de 23 de dezembro de 2011).
- f) **Caps AD III – NOVO**
 - Incentivo financeiro/**parcela única para implantação do estabelecimento** – R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção III, Artigo n.º 1.011, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem GM/MS n.º 3.099, de 23 de dezembro de 2011).



- Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção III, Artigo n.º 999, de 28/9/2017 (Portaria de origem GM/MS n.º 3.089, de 23, de dezembro de 2011).
- g) **Caps AD III – QUALIFICADO**
 - Incentivo financeiro/**parcela única para qualificação do estabelecimento** – R\$ **75.000,00 (setenta e cinco mil reais)** – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção III, Artigo n.º 1.011, de 28/9/2017 (Antiga Portaria GM/MS n.º 3.099, de 23, de dezembro de 2011).
 - Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção III, Artigo n.º 999, de 28/9/2017 (Antiga Portaria GM/MS n.º 3.089, de 23, de dezembro de 2011).
- h) **Caps AD IV – NOVO**
 - Incentivo financeiro/**parcela única implantação do estabelecimento** – R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) – Portaria n.º 3.588 de 21 de dezembro de 2017, Artigo n.º 1.021 – A.
 - Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) – Portaria n.º 3.588 de 21 de dezembro de 2017, Artigo n.º 1.021 – C.
- i) **Caps AD IV – REESTRUTURADO**
 - Incentivo financeiro/**parcela única para implantação do estabelecimento** – R\$ 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) – Portaria n.º 3.588 de 21 de dezembro de 2017, Artigo n.º 1.021 – A.
 - Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) – Portaria n.º 3.588 de 21, de dezembro de 2017, Artigo n.º 1.021 – C.
- j) **Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental**
 - Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – Tipo I – R\$ 12.000,00 (doze mil reais); Tipo II – R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais); Tipo III – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) – Portaria n.º 3.588 de 21 de dezembro de 2017, Artigo n.º 1.062 – A.

7.3 Serviços do componente da atenção hospitalar

- a) **Unidades de Referência especializada em saúde mental em Hospital Geral (leitos de Saúde Mental em Hospital Geral – código 87)**
 - Incentivo financeiro/**parcela única para implantação dos leitos** – de 8 a 10 leitos – R\$ 33.000,00 (trinta e três mil reais); de 11 a 20 leitos – R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais); de 21 a 30 leitos – R\$ 99.000,00 (noventa e nove mil reais) – Portaria n.º 3.588 de 21 de dezembro de 2017, Artigo n.º 1.032 – A.



- Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – R\$ 5.610,00 (cinco mil e seiscentos e dez reais – por leito) – Portaria n.º 3.588 de 21/12/2017, Artigo n.º 1.033 – A.
- b) **Leitos em Hospital Psiquiátrico (código 47)**
 - **Custeio Mensal via AIH, por produção (diárias)** – Nível de classificação/número de leitos/incorporação de recursos – Portaria n.º 52, de 20 de janeiro de 2004; Portaria n.º 2.644, de 28 de outubro de 2009; Portaria n.º 404, de 19 de novembro de 2009; Portaria n.º 3.588 de 21 de dezembro de 2017; Portaria n.º 164, de 19 de janeiro de 2018.
- c) **Leitos em hospital-dia (código 73)**
 - **Custeio mensal via AIH, por produção (diárias no valor de R\$ 39,88)** – Portaria n.º 7, de 9 de janeiro de 2008 (Portaria de criação do leito).

7.4 Serviços do componente Residencial de Acolhimento Transitório

- a) **Unidade de Acolhimento para adultos (UA)**
 - Incentivo financeiro/**parcela única para implantação do serviço** – R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção IV, Artigo n.º 1.017, de 28/9/2017 (Antiga Portaria GM/MS n.º 121, de 25 de janeiro de 2012).
 - Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção IV, Artigo n.º 1.019, de 28/9/2017 (Antiga Portaria GM/MS n.º 121, de 25 de janeiro de 2012).
- b) **Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UA i)**
 - Incentivo financeiro/**parcela única para implantação do serviço** – R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção IV, Artigo n.º 1.017, de 28/09/2017 (Antiga Portaria GM/MS n.º 121, de 25 de janeiro de 2012).
 - Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção IV, Artigo n.º 1.019, de 28/9/2017 (Antiga Portaria GM/MS n.º 121, de 25 de janeiro de 2012).



7.5 Estratégias de moradia assistida

Serviço Residencial Terapêutico tipo I (SRT I)

- Incentivo financeiro/**parcela única para implantação do serviço** – R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção IV, Artigo n.º 1.027, de 28/9/2017 (Portaria de origem GM/MS n.º 3.099, de 23 de dezembro de 2011).
- Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – de R\$ 5.000,00 a R\$ 10.000,00 (cinco mil reais a dez mil reais – a depender do n.º de moradores) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção IV, Artigo n.º 1.028, de 28/09/2017 (Portaria de origem GM/MS n.º 3.099, de 23, de dezembro de 2011).

Serviço Residencial Terapêutico tipo II (SRT II)

- Incentivo financeiro/**parcela única implantação do serviço** – R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção IV, Artigo n.º 1.027, de 28/9/2017 (Portaria de origem GM/MS n.º 3.099, de 23 de dezembro de 2011).
- Incentivo financeiro de **custeio/mensal** – de R\$ 10.000,00 a R\$ 20.000,00 (dez mil reais a vinte mil reais – a depender do n.º de moradores) – Portaria de Consolidação n.º 06, Título VIII, Capítulo III, Seção IV, Artigo n.º 1.028, de 28/9/2017 (Portaria de origem GM/MS n.º 3.099, de 23 de dezembro de 2011).

7.6 Ações de reabilitação

- Programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 a 50 usuários – R\$ 15.000,00 (quinze mil reais)/**parcela única** – Portaria de consolidação n.º 6, Seção XI, Capítulo III, Título III (Portaria de origem n.º 132/2012).
- Programa de reabilitação psicossocial que beneficia entre 51 a 150 usuários – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais)/**parcela única** – Portaria de consolidação n.º 6, Seção XI, Capítulo III, Título III (Portaria de origem n.º 132/2012).
- Programa de reabilitação psicossocial que beneficia mais de 150 usuários – R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)/**parcela única** – Portaria de consolidação n.º 6, Seção XI, Capítulo III, Título III (Portaria de origem n.º 132/2012).



8 REGISTRO DAS AÇÕES AMBULATORIAIS DE SAÚDE – PSICOSSOCIAL – RAAS-PSI

O Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (Raas) é ferramenta importante para comunicar as atividades desenvolvidas, permitindo acompanhamento e monitoramento, além de valorizar a produção de cada profissional. É importante que os gestores informem as ações e os procedimentos desenvolvidos em cada unidade. Cada município deve fazer uso destas informações em sua prática e atuação, visando qualificar seus serviços de saúde mental e acompanhar desempenho.

A implantação do Raas nos Caps é uma oportunidade para pôr em análise os processos de trabalho destes serviços, buscando efetivamente orientar o modelo de atenção para o cuidado territorial e centrado no usuário.

- Campo de informação sobre o uso de álcool, crack e/ou outras drogas por parte do usuário.
- Informações sobre a origem do paciente.
- Informações sobre encaminhamentos.
- Possibilidade de informar se a ação foi realizada no Caps ou no território.

É importante destacar que os procedimentos poderão ser realizados por todos os Caps, independentemente de sua tipologia. O Acolhimento Noturno poderá ser informado por todos os Caps, entretanto é necessário ter disponível e informado no Cnes o *Leito de Acolhimento Noturno* (possível para todos os tipos de Caps e obrigatório para os Caps III e Caps AD III).

O atendimento a um número maior de CIDs permite atenção dos casos mais graves, não reduzida à questão diagnóstica, pois o que determina o ingresso de uma pessoa na unidade é a avaliação psicossocial do caso.



8.1 Instrumentos de registros dos procedimentos de Caps

Os procedimentos são registrados em três instrumentos sistematizados pelo Ministério da Saúde:

- Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (Raas): são registrados procedimentos de cuidado direto dos usuários do serviço e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade, após ingresso no serviço.
- Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I): registra-se o acolhimento inicial por Caps.
- Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C): são registradas ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado.

Para 2022 o Ministério pretende, em conjunto com Conass e Conasems, lançar cronograma para migração do registro para o sistema e-SUS. Todas as orientações serão repassadas aos gestores em momento oportuno.



8.2 Normativas que orientam procedimentos adotados nos serviços da Raps

Quadro 10 – Portarias de Procedimentos da Raps

PORTARIA N.º 854, DE 22 DE AGOSTO DE 2012	Procedimentos de Caps	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html
PORTARIA N.º 855, DE 22 DE AGOSTO DE 2012	Procedimentos de UA e UAI	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/sas/2012/prt0855_22_08_2012.html
PORTARIA N.º 856, DE 22 DE AGOSTO DE 2012	Procedimento para Comunidades Terapêuticas	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html
PORTARIA N.º 857, DE 22 DE AGOSTO DE 2012	Portaria de Procedimentos para SRT	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/sas/2012/prt0857_22_08_2012.html
PORTARIA N.º 953, DE 12 DE SETEMBRO DE 2012	Procedimentos de leitos em hospital geral	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/sas/2012/prt0953_12_09_2012.html
PORTARIA SAS/MS N.º 544 DE 7 DE MAIO DE 2018	Procedimentos em Caps AD IV)	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/sas/2018/prt0544_20_06_2018.html
PORTARIA N.º 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017	Procedimentos de leitos em hospitais psiquiátricos	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Base completa de procedimentos:
<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

Fonte: elaboração própria.

Importante: a dificuldade de monitorar e avaliar a RAPS a partir de informações apenas dos procedimentos realizados, sem conhecimento sobre a população atendida, sobre a integralidade das ações e do cuidado, e sobre o percurso dos usuários na rede, levou a CGMAD à definir adoção do E-SUS como instrumento de registros das ações desenvolvidas nos serviços. A implementação do sistema está em planejamento final com previsão de execução o mais rápido possível.



9 CONCEITOS IMPORTANTES NO ÂMBITO DA RAPS

9.1 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), formulado no âmbito do Caps ou outros estabelecimentos e serviços onde o paciente esteja se tratando, consiste **num conjunto de condutas terapêuticas e psicossociais** que devem ser elaboradas e articuladas com base nas necessidades de saúde de cada usuário e **seu contexto familiar, social, econômico e cultural**, considerando suas opiniões, desejos, sonhos e seu projeto de vida. É um instrumento que visa ao cuidado de forma singular em uma interação democrática e horizontal entre trabalhador/usuário/família/instituição e comunidade, proporcionando a cada usuário de Caps a ter um **projeto terapêutico individual**, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades de saúde.

9.2 Formulação de Projeto Terapêutico Singular

- **Definição do gestor do PTS (profissional de referência)**
- Abordagens biológica e farmacológica
- Abordagens psicossocial e familiar
- Abordagens para inclusão socioeducativa, profissional, e de geração de renda
- Apoio do sistema de saúde
- Apoio da rede comunitária
- Trabalho em equipe: quem faz o quê? Com qual objetivo?

O projeto é dinâmico, deve conter prazos e resultados esperados, bem como ser rediscutido periodicamente, de acordo com as necessidades e os resultados alcançados. A depender



do projeto terapêutico do usuário, o Caps deverá ofertar diversas ações de cuidado como atendimento individual médico, psicológico, do serviço social, da terapia ocupacional, bem como ações coletivas para organização psíquica do sujeito e ainda, ações voltadas para familiares e para a comunidade visando favorecer a inclusão sociofamiliar dos usuários. Tais ações que compõe o PTS dos usuários podem ser organizadas em atendimento:

- **Intensivo:** trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.
- **Semi-intensivo:** nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Deve ser oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.
- **Não intensivo:** oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para estar em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Cada Caps, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional. O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade acompanhar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço, sempre que necessário. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos Caps. Neste projeto terapêutico a gestão da Raps pode definir especificidades e especialidades da unidade, com base nas necessidades epidemiológicas e na expertise de seus profissionais. Em municípios com múltiplas unidades, cada Caps pode definir linhas de cuidado preferenciais.



9.3 Matriciamento em saúde mental

O matriciamento de equipes dos estabelecimentos, dos serviços da APS, dos serviços urgência e emergência e dos estabelecimentos hospitalares de referência consiste em apoio presencial ou por via eletrônica sistemático (síncrono ou assíncrono, por meio de referência e contrarreferência), suporte técnico aos profissionais para condução do cuidado em saúde mental por intermédio de discussões de casos clínicos individuais e coletivos. As ações de matriciamento podem contemplar diferentes abordagens tais como: os processos de trabalho, o atendimento, as visitas domiciliares compartilhadas e as ações intersetoriais no território. Todas as discussões devem contribuir para o processo de cogestão e de responsabilização do Projeto Terapêutico Singular.

O matriciamento é um processo de construção compartilhada de cuidado, visando criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. É um espaço coletivo de cogestão, educação e formação no qual se combinam diferentes saberes, produzindo conhecimento mútuo e trocas para fomentar a cooperação no processo de cuidado. Tem como objetivo assegurar a atenção especializada no território e potencializar os profissionais não especializados para intervenção no campo da saúde mental.

9.4 Redes de saúde

A fragmentação histórica da política de saúde no País ocasionou a concorrência entre os serviços de saúde, impôs obstáculos ao estabelecimento de fluxos, propiciou a ausência de pactuações e de comunicação eficaz entre gestores, trabalhadores, usuários e com a sociedade como um todo. Atualmente, esta situação se apresenta como um desafio a ser superado no cotidiano de todos os atores envolvidos no SUS em busca de um sistema eficiente, que garanta a integralidade do cuidado. Dessa forma, a tecnologia do trabalho em rede é a única possibilidade conhecida para superação de tal desafio. As redes “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010).



As principais características da rede é a formação de relações horizontais entre os serviços, tendo a APS como centro de comunicação: a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos. Foi nesta perspectiva que Rede de Atenção Psicossocial (Raps) foi instituída, no ano de 2011, e que, apesar das dificuldades, vem se consolidando ao longo dos anos.



10 PLANOS DE AÇÃO E INSERÇÃO DE NOVAS SOLICITAÇÕES DE INCENTIVO E HABILITAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS DA RAPS NO SAIPS

Deverão ser elaborados de acordo com instrutivo específico, que integra este documento na forma de um anexo. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220218_N_InstrucoesPlanodeAcao_8148757692337753764.pdf.

11 SOLICITAÇÕES DE INCENTIVOS E HABILITAÇÕES VIA SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE – SAIPS

O Saips foi instituído pela Portaria MS/GM n.º 281, de 27 de fevereiro de 2014 (incorporada na Portaria de Consolidação n.º 01/2017, no CAPÍTULO VII, Seção I), 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.

O fato de o Saips ter permanecido aberto por anos de maneira permanente, no caso dos serviços e equipes da Raps, pode ter gerado a expectativa equivocada de que não há limite orçamentário e que as aprovações são automáticas, como se o registro fosse mera formalidade. No entanto, as propostas estão sujeitas ao julgamento técnico, ao planejamento, às prioridades eleitas pela área, às contingências orçamentárias e à responsabilidade fiscal. O Ministério da Saúde está definindo critérios para classificar as propostas em nível de prioridade, considerando a cobertura de cada município ou região, bem como a existência de contrapartidas pactuadas nas CIBs.

A tramitação e aprovação final de cada proposta está sempre condicionada à avaliação de instâncias superiores, análise de prioridades do Ministério da Saúde com base em planejamento, nas metas do Plano Nacional de Saúde 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 n.º 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.



12 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, como 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 regular, 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 n.º 448 da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, de 13 de setembro de 2002.

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.º 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.



13 CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS E INSTITUCIONAIS DA CGMAD/ DAPES/SAPS/MS

A construção de uma rede de cuidados com assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais e àquelas que fazem uso prejudicial ou são dependentes de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, tem sido um processo contínuo e um grande desafio. 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 dos municípios (Conasems), anunciou medidas para fortalecer esse atendimento no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT n.º 32/2017 e Portaria n.º 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada. A reforma do modelo de assistência em saúde mental está em um processo evolutivo e necessitava de aprimoramentos constantes, sem perder a essência do disposto na Lei n.º 10.216/2001 e as conquistas obtidas pelo movimento da reforma e da luta antimanicomial. Entretanto, o Ministério aponta seu olhar para adiante, para o futuro, e se apoia em sólidas bases científicas, no cuidado ético e nas experiências internacionais para propor as mudanças em curso, que levam em conta os indicadores de saúde, especialmente taxas de suicídio, encarceramento e a pauperização de doentes mentais graves deslocados para as ruas, prisões e cemitérios. Estas graves consequências não podem ser ignoradas e há que se reconhecer tanto as virtudes como as deficiências da Raps.

A iniciativa enfrenta desafios e problemas já conhecidos. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso ao tratamento efetivo no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validada e aplicável. Os serviços não se substituem, mas se complementam e dão potência à rede, sendo aplicável sempre a modalidade mais simples e menos invasiva, a partir da Atenção Primária em Saúde (APS) até a Atenção Hospitalar, quando necessário, para favorecer o cuidado integral das pessoas. Outros pontos sensíveis da PNSM estão em debate, como:

- Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): compreende-se que o modelo nacional de moradias assistidas para pessoas com transtornos mentais e/ou deficiência intelectual/psicossocial com indicação para este tipo de acolhimento precisa ser aprimorado e



integrado às políticas da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, do Ministério da Cidadania. 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 razoáveis, não devem ser transinstitucionalizados. Trata-se de uma pauta a ser debatida de forma interministerial e interfederativa. Também cabe discussão a respeito da ampliação do leque de opções de arranjo de moradias protegidas, e o Ministério buscará incentivar condomínios terapêuticos urbanos e rurais e projetos de verticalização em grandes centros urbanos (como flats e apartamentos), com estrutura de apoio centralizada e otimizada, ampliando o acesso e reduzindo custos. Pessoas com níveis cada vez mais altos de dependência, comprometimentos físico e cognitivo têm sido acolhidas em SRTs, superando sua capacidade de manejo. Com o envelhecimento da população, esta questão terá que ser abordada pelo poder público.

- Os Centros de Atenção Psicossocial tipo I (Caps I): municípios de pequeno porte podem apresentar dificuldades de implantação e manutenção da estrutura de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps I), incluindo questões relacionadas aos profissionais, sendo assim, uma opção é a implantação da Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental, especialmente considerando que os transtornos mais prevalentes são ansiedade, depressão e dependência de substâncias. Importante que cada gestor avalie, a partir do perfil epidemiológico local e da sua demanda, e decida pelo caminho mais efetivo possível. As equipes não exigem criação de novos estabelecimentos, podendo ser agregada a um ambulatório, policlínica ou hospital já existente. Considerando o contexto de cada rede local e regional e suas necessidades mais prementes, planejar a melhor composição de serviços assistenciais comunitários e ambulatoriais/equipes especializadas em saúde mental é muito importante, tendo em vista que o bom cuidado na APS e na atenção especializada em saúde mental comunitária/ambulatorial é capaz de prevenir e intervir precocemente nas crises, evitando necessidade de uso de estruturas mais complexas, como os estabelecimentos e os serviços de urgência e emergênica, os Caps e os hospitais. **Entretanto, é importante que os municípios, independentemente do porte, componham a região de saúde em suas referências de média e alta complexidade.**

- A desinstitucionalização: 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 eles ofereçam risco a si ou a terceiros. Não há como sustentar um estímulo ao fechamento indiscriminado de leitos psiquiátricos no País, pois há importante *deficit* 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. Conforme já pactuado e publicado na Portaria n.º 3.588/2017, no caso excepcional de fechamento de leitos, os gestores estaduais e municipais envolvidos deverão, por meio de suas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, submeter à Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde plano de uso dos recursos correspondentes ao financiamento dos equipamentos desabilitados, para homologação ou repactuação. Em última análise, se o recurso não se destinar à Raps, deveria ser restituído à União. Vale destacar que o Brasil conta hoje com uma cobertura baixa de vagas para internação especializada: em 2021 há 0,07 leito para cada 1.000 habitantes, somados todos os leitos disponíveis (HG e HP). Esta taxa é dez vezes menor que a média de cobertura dos países da OCDE (OECD, 2022), e traz potenciais riscos à saúde da população, pela escassez. O Ministério da Saúde está revendo seus parâmetros referenciais de cobertura, dado o decurso temporal, pois originalmente o parâmetro fixado em 2002 e que é referência para o atual seria de 0,45 leito por 1.000 habitantes (Portaria GM/MS n.º 1.101/2002). Destacamos que o parâmetro constante na Portaria n.º 3.088/2011 para “LEITOS – ENFERMARIA ESPECIALIZADA” tem como referência de origem no seu texto justamente a Portaria GM/MS n.º 1.101/2002, ou seja, o parâmetro de 0,45 leito psiquiátrico por 1.000 habitantes, mas traz o número de 1 leito para cada 23 mil habitantes. **Esse número não tem justificativa técnica ou matemática, já que seria a transformação do índice de 0,45 em uma razão com antecedente ‘1’, o que, na realidade, corresponderia a 1 leito a cada 2.200 habitantes (1 : 2222)**. Já em documento de 2017 (Brasil, 2017a) que trata dos parâmetros do SUS, temos o seguinte quadro:

Quadro 11 – Leitos de Psiquiatria em Hospital Geral

Atenção Hospitalar	LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL como Serviço Hospitalar de Referência (SHR)	1 leito para 23 mil habitantes
--------------------	---	--------------------------------

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017a.



Com base nesta publicação poder-se-ia interpretar que o quantitativo de **1 leito para 23 mil habitantes**, muito utilizado como se fosse um parâmetro universal para quaisquer leitos especializados que atendam saúde mental, na verdade **seria o quantitativo estimado originalmente pela equipe redatora da Portaria GM/MS n.º 3.088/2012 para leitos em hospitais gerais; ou seja, previa que 10% do total de leitos psiquiátricos especializados do País estivessem alocados em unidades em hospitais gerais, o que é mais razoável**. De qualquer forma, o Ministério da saúde destaca que continua incentivando a expansão dos leitos qualificados em hospitais gerais e que a cobertura mínima aconselhável de leitos para atendimento de crises, somados os leitos em hospitais especializados aos de hospital geral, seria de 0,30 leito para cada 1.000 habitantes.

Trata-se de um número de referência, com base em dados internacionais que demonstram que coberturas muito abaixo deste nível pioram os indicadores, como a taxa de suicídio, pauperização, exclusão e de encarceramento de doentes mentais. Entretanto, reconhecemos as diferenças regionais e que uma boa rede e uma boa logística de atendimento precoce e abordagem da crise inicial, bem como programas ativos de prevenção de recaída, fazem diminuir a necessidade de internação, com a ressalva de que, no atual nível do conhecimento, não somos capazes de suprimi-la totalmente ou aboli-la, mesmo nos melhores sistemas públicos de saúde do mundo. Faz-se necessária a reestruturação e a modernização destes serviços da Raps, sem prejuízo dos avanços na assistência ambulatorial.

Para corroborar com a proposta de qualificar a assistência psiquiátrica nos hospitais psiquiátricos existentes e disponibilizar leitos para pessoas com quadros psiquiátricos agudos, é importante que os gestores apresentem projeto de desinstitucionalização dos moradores nos hospitais psiquiátricos sob a gestão local, conforme pactuado na ocasião da publicação Portaria n.º 3.588/2017, e que liberem estas vagas aos pacientes em crise, preferencialmente modernizando e equipando adequadamente os espaços que eventualmente estejam inadequados.

- **Atendimento à crise:** aprimorar e ampliar o atendimento às crises é prioridade do Ministério da Saúde. A qualificação da RUE e a estruturação de novos pronto-socorros psiquiátricos nos pontos de atenção existentes é medida importante para combater o gargalo atual. Leitos de retaguarda regulados e uma garantia de seguimento integral pós-alta também são fundamentais. Os Caps III, embora funcionem 24h, não se constituem como equipamentos para atendimento de urgências e emergências. Embora promovam acolhimento noturno aos pacientes sobre seus cuidados, não mantêm as



portas abertas para acolhimento noturno aos novos casos e não têm obrigatoriedade de manter médico plantonista 24h. Além disso, destacamos não haver uma homogeneidade dos atendimentos às urgências/emergências em saúde mental nas UPAs, Samu e PS gerais no País. Esse contexto leva o Ministério da Saúde a propor saídas para superar essa lacuna na rede, como a instituição do Caps IV para atendimento às urgências e emergências em saúde mental, de base comunitária e territorial, bem como estímulo ao reforço da rede de PS especializados já em funcionamento ou à ativação deste recurso em instituições vocacionadas e com recursos técnicos para tal.



Referências

ANDRADE, L. H. *et al.* Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, p. e31879, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>. Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 29 jun 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. **ECA**: Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei n.º 8.069, de 13 de 1990. Brasília: Ministério da Mulher, da Família, e dos Direitos Humanos, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL. Lei n.º 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Portaria n.º 448, de 13 de setembro de 2002**. Divulga o detalhamento das naturezas de despesas 339030, 339036, 339039 e 449052. Brasília: Ministério da Fazenda, 2002. Disponível em: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9::::9:P9_ID_PUBLICACAO:8754. Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017a. v. 1, Caderno 1. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 29 abr. 2022.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 5 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017f. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Brasília: MS, 2017h. Altera 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 17 mar. 2022.

FRESCHI, L. **Avaliação da qualidade de vida e funcionalidade em pacientes com doença arterial coronariana submetidos à revascularização cirúrgica ou angioplastia**. 2011. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2S2FG5b>. Acesso em: 16 mar. 2022.

JORGE, M.; FRANÇA, J. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n.1, p 3-6, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000100002>. Acesso em: 16 mar. 2022.

KESSLER, R. C.; ÜSTÜN, T. B. **The who world mental health surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders**. [S.l.]: Cambridge University Press, 2011.



OECD. **Hospital beds**. [S.l.]: OECD, 2022. (indicador). Disponível em: <https://data.oecd.org/healtheqt/hospital-beds.htm>. Acesso em: 21 mar. 2022.

ZUMSTEIN, N.; RIESE, F. Defining Severe and Persistent Mental Illness-A Pragmatic Utility Concept Analysis. **Front Psychiatry**, v. 11, p. 648, 2020;11:648. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00648/full>. Acesso em: 17 mar. 2022.



Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.315, de 11 de maio de 2018**. Brasília: MS, 2018. Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1315_16_05_2018.html. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.491, de 18 de dezembro de 2017** Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. Brasília: MS, 2017i. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491_22_12_2017.html. Acesso em: 16 mar. 2022.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, Apr. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7n8WhRb6Wvcs3QdrWx3ywJn/?lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Dia Mundial de Saúde Mental 2020**. Brasília: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-da-saude-mental-2020>. Acesso em: 17 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais**. Brasília: OPAS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839. Acesso em: 17 mar. 2022.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (OPAS). **Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe**. Washington: PAHO, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 mar. 2022.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102481/100795%20>. Acesso em: 16 mar. 2022.



**Conte-nos o que pensa
sobre esta publicação.**

**Clique aqui e
responda a pesquisa.**



DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**

