

# A POLITICA NACIONAL DE SAUDE MENTAL

1980 – mobilização dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde visando a mudar a realidade dos manicômios;

pleno exercício de cidadania e participação ativa dos usuários formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho e cultura possibilitando circuitos de trocas nos territórios - abertura da sociedade para sua diversidade

2001 – Lei 10.216 – redireciona o modelo assistencial em saúde mental

2011- Decreto presidencial 7508, ampliação da RAPS

Portaria 3.088, (23 DE DEZEMBRO DE 2011) Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).

# DECRETO Nº 7.508/11

**Região de Saúde** - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

**III - atenção psicossocial;**

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

**Rede de Atenção à Saúde** - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

# REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

- Rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas;
- Deve-se considerar as especificidades loco-regionais;
- Ênfase nos serviços com base comunitária, caracterizados por plasticidade de se adequar às necessidades dos usuários e familiares e não os mesmos se adequarem aos serviços;
- Atua na **perspectiva territorial**, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

# REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

## DIRETRIZES

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a **autonomia** e a liberdade das pessoas;
- Promoção da **equidade**, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Combate a **estigmas** e preconceitos;
- **Garantia do acesso e da qualidade dos serviços**, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- **Diversificação** das estratégias de cuidado;
- Desenvolvimento de atividades **no território**, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da **cidadania**;
- Desenvolvimento de estratégias de **Redução de Danos**;
- Participação dos usuários e de seus familiares no controle social ;
- Organização dos **serviços em rede** de atenção à saúde, com estabelecimento de **ações intersetoriais** para garantir a integralidade do cuidado;
- Promoção de estratégias de educação permanente;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do **projeto terapêutico singular**.

# REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

## Objetivos

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- Promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

# JIFE – Junta Internacional de Control de Entorpecentes

- O grau de coesão social de uma comunidade pode servir como um barômetro da saúde da comunidade.
- Sociedades fraturadas, com baixo senso de coesão estão propensas a múltiplos problemas dos quais o abuso de drogas e criminalidade podem ser apenas os sinais mais visíveis.

# Ameaças a coesão social

- 1- Desigualdade social persistente
- 2-Migração
- 3- Transformações políticas e econômicas
- 4-A crescente cultura do excesso
- 5-Crescente individualismo e consumismo
- 6-Deslocamento dos valores tradicionais
- 7-Sociedades em conflito ou pós-conflito
- 8-Urbanização rápida
- 9-Quebra no respeito à Lei
- 10-Economia local das drogas.

# Cuidados do sofrimento da pessoa

- A Pessoa: Correlações entre esferas

memórias e experiências, visão de mundo, projeções, sonhos, expectativas e crenças; vida familiar e seus papéis (relações de poder); identidades; trabalho; autoimagem, vida secreta; afeto; sexualidade; amizades, amores, prazeres, interesses, hábitos, comportamentos, anatomia singular(dentro e fora); mundo inconsciente e uma narrativa de si e um mundo transcendente.

A privação e ameaças dessas esferas e sua organização pode gerar sofrimento

Doença: mais uma esfera

- O Sofrimento: não é dor nem perda mas ameaça ou ruptura da unidade sistêmica
- O Cuidado: Atenção ao conjunto de esferas que compõem a pessoa (abordagem integral) correlações com a doença existente e ou promotoras de doenças.



## Finalidades do projeto

- Quebra da lógica do “especialismo” na atenção em saúde mental;
- Qualificar o debate sobre atenção em saúde junto a sociedade;
- Convergência da atenção envolvendo diversas áreas e setores;
- Mudanças paradigmáticas;
- Promover a ampliação da RAPS em seus propósitos.

# Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

## Atenção Básica em Saúde

- Unidade Básica de Saúde,
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família,
- Consultório na Rua,
- Centros de Convivência e Cultura

## Atenção Psicossocial Estratégica

- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

## Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192,
- Sala de Estabilização,
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde

## Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidade de Acolhimento
- Serviço de Atenção em Regime Residencial CT's

## Atenção Hospitalar

- Enfermaria especializada em Hospital Geral
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

## Estratégias de Desinstitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos
- Programa de Volta para Casa

## Estratégias de Reabilitação Psicossocial

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

# Contatos

Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras  
Drogas/DAET/SAS/MS

[claudio.barreiros@saude.gov.br](mailto:claudio.barreiros@saude.gov.br)

[saudemental@saude.gov.br](mailto:saudemental@saude.gov.br)

61- 3315 6230



Ministério da  
Saúde



# REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Implantados até fevereiro/2012

1742 CAPS

92 consultórios de rua

603 Serviços Residenciais Terapêuticos, com 3294 moradores

657 iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais

51 Centros de Convivência e Cultura

4.014 beneficiários no Programa de Volta para Casa

44 Unidades de Acolhimento

4.121 Leitos em Hospital Geral



# ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE



# ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

- a) Unidade Básica de Saúde / ESF /NASF
- b) Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:
  - Consultório na Rua;
  - Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Essa equipe multiprofissional coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.
- c) Centro de Convivência (será regulamentado por portaria específica, posteriormente).

# ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

## Transição de Consultório de Rua para Na Rua

Os 92 Consultórios de Rua selecionados em 2010 seguirão as diretrizes da **III Chamada para Seleção de projetos de Consultório de Rua (2010)** e estão sob a responsabilidade da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Estes CRs poderão ser cadastrados como Equipes dos Consultórios na Rua (eCR) após o período de 12 (doze) meses desde o início do financiamento e da execução do recurso, se adequando a uma das seguintes modalidades dispostas na Portaria Nº 122 de 2011.

# ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

## Equipe de Consultório na Rua (eCR)

Modalidades das eCR:

- Modalidade I (custeio de R\$9.500,00): equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, excetuando-se o médico, sendo:
  - a) dois profissionais de nível superior; e
  - b) dois profissionais de nível médio;
- Modalidade II (custeio de R\$13.000,00): equipe formada, minimamente, por seis profissionais, excetuando-se o médico, sendo:
  - a) três profissionais de nível superior; e
  - b) três profissionais de nível médio;
- Modalidade III (custeio de R\$18.000,00): equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.



# ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

## Equipe de Consultório na Rua (eCR)

A eCR poderá ser composta pelo seguinte profissionais de saúde:

- enfermeiro;
- psicólogo;
- assistente social;
- terapeuta ocupacional;
- médico;
- agente social\*;
- técnico ou auxiliar de enfermagem; e
- técnico em saúde bucal.

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior.

\*Entende-se por Agente Social: profissional de nível médio que desempenhe atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. É necessário ter habilidades e competências para: trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos; realizar atividades educativas e culturais; dispensação de insumos de proteção à saúde; encaminhamentos/mediação para Rede de Saúde e intersetorial; acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua.

# ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

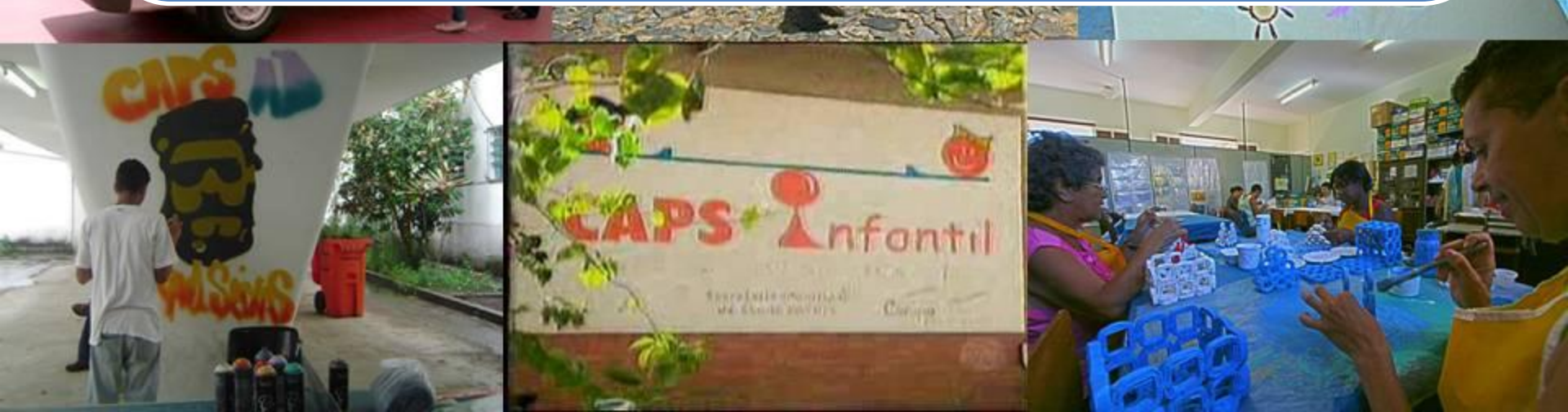
## Equipe de Consultório na Rua (eCR)

### CRITÉRIOS DE IMPLANTAÇÃO

- População em situação de rua acima de 80 pessoas.
- 1 eCR a cada 80 – 1000 pessoas em situação de rua por município e mais 1 eCR a cada 1000 pessoas em situação de rua.
- Municípios com mais de 300 mil habitantes: Adultos em situação de rua levantados na Pesquisa do MDS (2008) e Criança e Adolescente em situação de rua levantados na Pesquisa da SDH (2011).
- Municípios inferiores 300 mil habitantes poderão ser contemplados com eCR, desde comprovada a existência de população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Departamento da Atenção Básica/SAS/MS.



# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA



# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

## CAPS I

- Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes

## CAPS II

- Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes

## CAPS III

- Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes

## CAPS AD

- Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

## CAPS AD III

- Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes

## CAPS i

- Atende crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

## Custeio:

- CAPS I - R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais;
- CAPS II - R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais;
- CAPS III - R\$ 63.144,38 (sessenta e três mil, cento e quarenta e quatro reais e trinta e oito centavos) mensais;
- CAPS I- R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil e cento e trinta reais) mensais;
- CAPS AD - R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais) mensais;
- CAPS AD III (24h) - R\$ 78.800,00 (setenta e oito mil, oitocentos) mensais.

Nas situações em que há repasse mensal maior do que os valores estabelecidos na Portaria, deverá haver avaliação in loco das condições de estrutura, equipe e produção e repactuação para adequação dos valores repassados.

# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD III (24 horas)

## Definição:

- Serviço 24 horas que oferece tratamento diário e continuado a pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo e/ou dependência de álcool, crack e outras drogas que interferem na diversas dimensões da vida (família, trabalho, educação, saúde etc.);
- O CAPS AD III poderá constituir-se como referência regional, de acordo com implantação pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) respectiva e desde que previsto no plano de Ação da Região de Saúde ou em instrumento equivalente;
- O CAPS AD III Regional será retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes.



# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

## Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD III (24 horas)

- Constitui-se em serviço aberto, de base comunitária que funciona segundo a lógica do território e fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas;
- Lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc);
- Ter disponibilidade para acolher casos novos, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, das 07 às 19 horas e para casos já vinculados, nas 24h;

# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD III (24 horas)

## Características do CAPS AD III 24h:

**Estrutura física:** Espaço para atendimento ambulatorial individual, para atividades de grupo, refeições, sala de observação/enfermagem, espaço de convivência, etc.

• **Atividades:** Atendimento individual e em grupos, oficinas, visitas domiciliares, atendimento aos familiares e articulações intersetoriais, permanência noturna.



# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD III (24 horas)

De acordo com PT 130, art 5º, itens V, VI e VII

- produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um PTS que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais
- regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros
- promover inserção, proteção e suporte de grupo para os usuários, no processo de reabilitação psicossocial

# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD III (24 horas)

## Características do CAPS AD III 24h:

- **Acolhimento noturno:** leitos de atenção integral para realizar intervenções em situações de crise sem intercorrência clínica grave ou comorbidade; também utilizados para repouso e observação.
- **A Regulação** dos leitos será realizada pela própria equipe do serviço, garantindo a alimentação dos sistemas de informação. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias.
- Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento. Se não houver uma UA de referência para o município essa regra poderá ser excepcionada.

# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

## Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD III (24 horas)

### Proposta de qualificação de CAPS AD em CAPS AD III 24h (negociado com SES e SMS):

- CAPS AD existentes nas capitais e 1 CAPS AD dos municípios que não possuem outros serviços de retaguarda (Leitos ou Unidade de Acolhimento).
- Os CAPS AD não qualificados como 24h deverão comprovar retaguarda 24h em Leitos de Enfermarias Especializadas e/ou em Unidade de Acolhimento.
- **Prazo para qualificação:** até dezembro de 2012.
- **Incentivo de implantação:** R\$ 75.000,00
- **Custeio Mensal:** R\$ 78.800,00

### Exigências para qualificação de CAPS AD em CAPS AD III 24h:

- Apresentar programa terapêutico com proposta de acolhimento 24h no próprio serviço;
- Expansão da Equipe;
- Instalação/Ampliação de leitos;
- Adequação da estrutura física.

# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD III (24 horas)

## 2) Proposta para implantação de novos CAPSad III 24h

- Critério: 1 CAPSad III 24h por município ou região de saúde com população acima de 200 mil habitantes e que não possuam CAPS ad.
- Financiamento:
  - Incentivo de implantação: R\$ 150.000,00
  - Custeio Mensal: R\$ 78.800,00

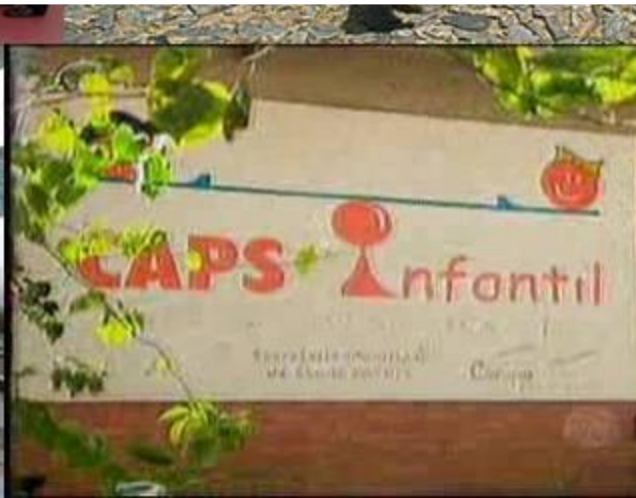
# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD III (24 horas)

Equipe Mínima para atendimento de cada 40 usuários por turno	Acréscimo da equipe para o período de acolhimento noturno	Equipe mínima no período diurno aos sábados, domingos e feriados
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 (um) médico clínico;</li><li>• 1 (um) médico psiquiatra;</li><li>• 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental;</li><li>• 5 (cinco) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais:<ul style="list-style-type: none"><li>a) psicólogo;</li><li>b) assistente social;</li><li>c) enfermeiro;</li><li>d) terapeuta ocupacional;</li><li>e) pedagogo; e</li><li>f) educador físico.</li></ul></li><li>• 4 (quatro) técnicos de enfermagem;</li><li>• 4 (quatro) profissionais de nível médio;</li><li>• 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 (um) profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro;</li><li>• 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e</li><li>• 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 enfermeiro</li><li>• 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;</li><li>• 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa</li></ul>



# ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA





# ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências – SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros - são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;



# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO





# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Unidade de Acolhimento

### DEFINIÇÃO

- A Unidade de Acolhimento é um componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Este ponto de atenção é um serviço novo que funcionará no período integral, 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana. Surgiu a partir das experiências das Casas de Acolhimento Transitório, que deverão seguir as diretrizes e funcionamento da UA.
- Devem oferecer acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo o direito de moradia, educação e convivência familiar/social com a possibilidade de acolhimento prolongado (de até 6 meses).
- As unidades poderão ser destinadas para adultos, ou para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e familiar, e encaminhadas pela equipe do Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Unidade de Acolhimento

- CAPS de referência será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, levando em conta as necessidades do mesmo, considerando a hierarquização do cuidado, e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde;
- Estas unidades deverão ter o espaço físico adequado ao desenvolvimento de atividades individuais e grupais, incluindo espaço externo para lazer, quartos para até 4 pessoas, além de outros cômodos como cozinha, espaço para refeições, banheiros, e outros.

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Unidade de Acolhimento

### Fluxo de Atendimento:

- Acolhimento Voluntário\* pela equipe da UA → Construção do Projeto Terapêutico Singular em parceria com o CAPS de referência que redirecionou o usuário → Acompanhamento clínico e psicossocial do usuário e familiar → Articulação com outros serviços de saúde ou outros setores (Ex: educação, habitação, CRAS, CREAS) → Reinserção social e sustentável (Ex: projetos de geração de trabalho e renda, economia solidária, programas culturais)

---

\* *Consentimento e responsabilidade do usuário baseado na lógica da Redução de Danos*

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Unidade de Acolhimento Adulto

### Requisitos específicos para constituição

- Disponibilizar mais de 5 (cinco) leitos psiquiátricos para atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em enfermaria especializada ou serviço hospitalar de referência.
- Os profissionais de nível universitário na área da saúde poderão pertencer às seguintes categorias profissionais:

I - assistente social;

II - educador físico;

III - enfermeiro;

IV - psicólogo;

V - terapeuta ocupacional;

VI - médico.

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Unidade de Acolhimento Adulto

### Requisitos específicos para constituição

- Municípios ou regiões com população igual ou superior a 200 mil habitantes
- Equipe mínima: composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção:
  - a) profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas; e
  - b) profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.

# **ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO**

## **Unidade de Acolhimento Adulto**

**Número de vagas: 10 a 15 por unidade**

**Incentivo de implantação: R\$ 70.000,00**

**Custeio Mensal: R\$ 25.000,00**

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

**Equipe mínima:** composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção:

- a) profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas;
- b) profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia;
- c) profissionais com nível superior na área de educação, com a presença mínima de 1 (um) profissional em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

**Número de vagas:** 10 por unidade

**Incentivo de implantação:** R\$ 70.000,00

**Custeio Mensal:** R\$ 30.000,00



Ministério da  
Saúde





# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

**Requisitos Específicos para implantação:** estimativa de vulnerabilidade ao uso de drogas a partir do número de Crianças e Adolescentes

- A implantação da Unidade de Acolhimento deve seguir os seguintes parâmetros:

I – Municípios que contabilizem de 2.500 (duas mil e quinhentas) a 5.000 (cinco mil) crianças, adolescentes e jovens em risco para uso de drogas 01 (uma) Unidade de Acolhimento.

II – A partir da segunda UA Infantil, será implantada 1 (uma) nova unidade para cada 5.000 (cinco mil) crianças, adolescentes e jovens em risco para uso de drogas.

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

- Referência para municípios com mais de 100.000 habitantes;
- Número de crianças, adolescentes e jovens em risco para uso de drogas, a partir do cálculo abaixo:

$$\frac{\text{Pop (10-19)}}{100} \times 6\% = N$$

**Pop:** População com recorte do número de habitantes entre 10 e 19 anos.

**6%:** Percentual de uso de qualquer droga no último mês por estudantes de 10 a 19 anos, segundo dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), realizado em 2010.

**N:** Número de crianças, adolescentes e jovens em risco para uso de drogas.

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Serviço de Atenção em Regime Residencial

De acordo com Portaria 3088, artigo 6º, item IV

- Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas - serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta Instituição funciona de forma articulada com (i) a atenção básica -que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários - e com(ii) o Centro de Atenção Psicossocial que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Serviço de Atenção em Regime Residencial

### Fluxo de atendimento:

- O ingresso de residentes no serviço será mediante consentimento do usuário e avaliação prévia do CAPS. A Atenção Básica poderá indicar o ingresso de residentes, em avaliação conjunta com o CAPS de referência;
- A avaliação para ingresso no serviço será realizada por equipe multidisciplinar, com atendimento individual do usuário e se possível, de sua família;
- O PTS deverá ser desenvolvido pelo serviço de atenção em regime residencial, com acompanhamento do CAPS de referência, da Atenção Básica e de serviços das redes de outros setores, considerando o caso a caso;
- O CAPS de referência é o responsável pela gestão do cuidado e do PTS durante a permanência do usuário no serviço de atenção em regime residencial.

Obs. : Todo usuário será livre para interromper a qualquer momento a sua permanência no serviço de atenção em regime residencial.

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Serviço de Atenção em Regime Residencial

### Diretrizes do projeto técnico:

- respeitar, garantir e promover os direitos do residente como cidadão;
- ser centrado nas necessidades do residente, em consonância com a construção da autonomia e a reinserção social;
- garantir ao residente o acesso a meios de comunicação;
- garantir o contato frequente do residente com a família desde o início da inserção na entidade;
- respeitar a orientação religiosa do residente, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade;
- garantir o sigilo das informações prestadas pelos profissionais de saúde, familiares e residentes;
- inserção da entidade na Rede de Atenção Psicossocial, em estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes; e
- permanência do usuário residente na entidade por no máximo 6 (seis) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais 3 (três) meses, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado.

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Serviço de Atenção em Regime Residencial

### Requisitos mínimos de funcionamento:

- direito do usuário residente ao contato frequente, com visitas regulares, dos familiares desde o primeiro dia de permanência na entidade;
- estímulo a situações de convívio social entre os usuários residentes em atividades terapêuticas, de lazer, cultura, esporte, alimentação e outras, dentro e fora da entidade;
- promoção de reuniões e assembleias com frequência mínima semanal para que os usuários residentes e a equipe técnica possam discutir aspectos cotidianos do funcionamento da entidade;
- promoção de atividades individuais e coletivas de orientação sobre prevenção do uso de álcool, crack e outras drogas, com base em dados técnicos e científicos, bem como sobre os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde;
- estímulo à participação dos usuários residentes nas ações propostas no Projeto Terapêutico Singular;
- realização de reuniões de equipe com frequência mínima semanal;
- manutenção, pela equipe técnica da entidade, de registro escrito, individualizado e sistemático contendo os dados relevantes da permanência do usuário residente; e
- observância às disposições contidas na Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011, da ANVISA.

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Serviço de Atenção em Regime Residencial

### Estrutura física:

- Observar as resoluções da ANVISA de números 50, de 21 de fevereiro de 2002 e 29, de 30 de junho de 2011;
- Acesso facilitado e situada fora dos limites de unidade hospitalar geral ou especializada, inclusive hospital psiquiátrico; e
- Não é permitido quarto de contenção e trancas que não permitam a livre circulação do usuário residente pelos ambientes acessíveis da entidade

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Serviço de Atenção em Regime Residencial

### Equipe Técnica Mínima para cada módulo de 15 vagas:

- 1 (um) coordenador, profissional de saúde de nível universitário com pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas-aula) ou experiência comprovada de pelo menos 4 (quatro) anos na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presente diariamente das 7 às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; e
- no mínimo 2 (dois) profissionais de saúde de nível médio, com experiência na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presentes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.



# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Serviço de Atenção em Regime Residencial

### Requisitos para financiamento:

- No mínimo 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), preferencialmente Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III);
- Pelo menos 1 (uma) Unidade de Acolhimento Adulto;
- Serviço hospitalar de referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; e
- Retaguarda de atendimento de urgência (SAMU e Pronto-socorro ou Pronto-atendimento ou Unidade de Pronto Atendimento).

# ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

## Serviço de Atenção em Regime Residencial

- **Número de vagas:** até dois módulos de 15 vagas por entidade
- **Custeio Mensal:** R\$ 15.000,00 para cada módulo de 15 (quinze) até um limite de financiamento de 2 (dois) módulos por entidade beneficiária.

Obs.: O número total de usuários na entidade beneficiária não pode ultrapassar 30 (trinta);



# ATENÇÃO HOSPITALAR



# ATENÇÃO HOSPITALAR

## Serviço Hospitalar de Referência em Hospital Geral

- **Serviço Hospitalar de Referência** para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- Oferece retaguarda em Hospital Geral para os usuários com Transtornos Mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, com internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário;
- Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

# ATENÇÃO HOSPITALAR

## Serviço Hospitalar de Referência em Hospital Geral

- Possui como diretriz fundamental não se constituir como um ponto de atenção isolado, mas que funcione em rede com os outros pontos de atenção.
- É recomendável a implantação do ponto do telessaúde, que favorecerá a corresponsabilização pelos casos, a continuidade do cuidado e a construção do projeto terapêutico singular.

# ATENÇÃO HOSPITALAR

## Serviço Hospitalar de Referência em Hospital Geral

- **Financiamento:**

**Incentivo** – o incentivo para adequação da área física, aquisição e instalação de equipamentos, capacitação e atualização das equipes se dará, após aprovação dos projetos, via SICONV para os estabelecimentos filantrópicos, GESCON para os estabelecimentos federais e Fundo a Fundo para os estabelecimentos das Secretarias municipais e estaduais, 100% SUS.

18 mil reais – implantação de até 05 leitos;

33 mil reais – implantação de 06 a 10 leitos;

66 mil reais - implantação de 11 a 20 leitos;

99 mil reais - implantação de 21 a 30 leitos.

**Custeio** – repasse fundo fundo no valor de R\$ 67.321,32 por leito implantado, a ser transferido em 12 parcelas

- Importante salientar também que a configuração de enfermarias especializadas dar-se-á a partir da implantação de 10 leitos. Abaixo desse número os leitos poderão estar localizados na clínica médica (adultos) ou pediatria (infantis).
- Os leitos já habilitados como SHRad (Portaria 2842/2010) poderão ser qualificados (Portaria 148/2012), desde que atendam aos requisitos de funcionamento. Até normatização específica, esses leitos já existentes serão regidos pela Portaria 480/SUS/2012 (2012)





# ESTRATÉGIAS DE DESTITUCIONALIZAÇÃO



# ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

- Projetos que visam a garantir às pessoas com transtorno mental em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.
- Regiões de saúde que ainda disponham de hospital psiquiátrico devem construir projeto de desinstitucionalização de forma articulada com o plano de expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.
- É importante que gestores realizem censo dos moradores em hospitais psiquiátricos para construção do projeto de desinstitucionalização.



# ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

## Programa de Volta para Casa (PVC)

- O Programa de Volta para Casa (PVC) é uma política pública de reabilitação e inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização. Foi instituído pela Lei 10.708/2003 e prevê um auxílio reabilitação de caráter indenizatório para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. Toda pessoa com mais de 2 anos ininterruptos tem direito ao PVC.

# ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

## Serviço Residencial Terapêutico

- Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização de pessoas com histórico de internação de longa permanência. Caracterizam-se como moradias, inseridas na comunidade e destinadas à reabilitação psicossocial/cuidado de pessoas com transtorno mental que não possuam suporte social e laços familiares. Na rede de Atenção Psicossocial – RAPS, os SRTs apresentam-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização
- Os SRT podem ser constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador.
- SRT Tipo I: moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.
- SRT Tipo II: modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

Obs. : Para fins de repasse de recursos financeiros, os Municípios deverão compor grupos de no mínimo quatro moradores em cada tipo de SRT



Ministério da  
Saúde



# ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

## Serviço Residencial Terapêutico

### Equipe

SRT I: Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência.

SRT II: Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

# ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

## Serviço Residencial Terapêutico

**Financiamento** (Portaria 3.090, de 23 de dezembro de 2011)

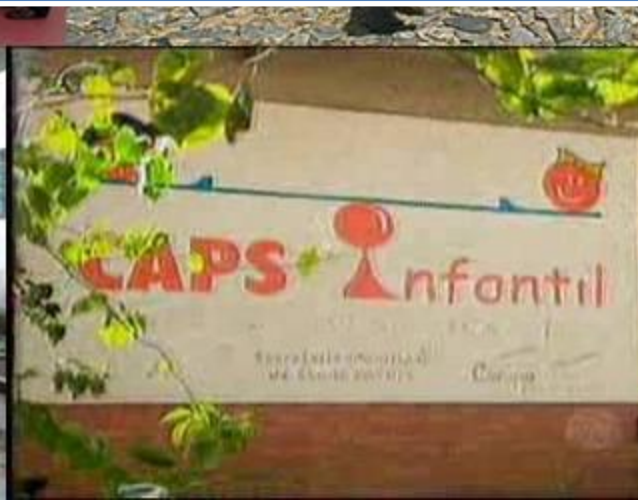
Incentivo de Implantação (SRT Tipo I e Tipo II): R\$ 20.000

Incentivo de Custeio Mensal das SRT Tipo I e II							
Nº de Moradores	SRT tipo I			Nº de moradores	SRT tipo II		
	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)		Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	10	12.000,00	8.000,00	20.000,00

Incentivo de Custeio Mensal de SRT Tipo I e II					
Nº de Moradores	SRT tipo I		Nº de Moradores	SRT tipo II	
	Serviço	Total		Serviço	Total
4	5.000,00	5.000,00	4	8.000,00	8.000,00
5	6.250,00	6.250,00	5	10.000,00	10.000,00
6	7.500,00	7.500,00	6	12.000,00	12.000,00
7	8.750,00	8.750,00	7	14.000,00	14.000,00
8	10.000,00	10.000,00	8	16.000,00	16.000,00
			9	18.000,00	18.000,00
			10	20.000,00	20.000,00



# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL



# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Critérios: estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde e 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

Incentivos:

- R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 e 50 usuários;
- II - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 51 e 150 usuários; e
- III - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem mais de 150 usuários.

# Arcabouço legal

- **PORTARIA/GM Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**

*Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).*

- **PORTARIA/GM Nº 3.089, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(\*)**

*Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*

- **PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012**

*Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.*

- **PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012**

*Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial*

- **PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011**

*Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.*

- **PORTARIA Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012**

*Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.*



# Arcabouço legal

- **PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012**

*Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.*

- **PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012**

*Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS.*